



Dipartimento di Scienze politiche

Cattedra di Politiche della sanità

IL PIANO DI RIENTRO COME STRUMENTO DI
RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI
IL CASO DELLA REGIONE ABRUZZO

Relatore
Prof. Antonio La Spina

Candidato
Matteo Bonfante

Matr. 627742

Correlatore
Prof. Daniele Mascia

ANNO ACCADEMICO 2016 - 2017

INDICE

Introduzione

Capitolo 1: Piano di rientro e commissariamento. Disciplina e obiettivi

- 1.1 Servizio sanitario e limiti finanziari
- 1.2 La disciplina giuridica del Piano di rientro
- 1.3 Il Piano di rientro come strumento di riqualificazione dei servizi

Capitolo 2: La sanità della regione Abruzzo

- 2.1 La vicenda abruzzese
- 2.2 I tavoli di monitoraggio
- 2.3 Monitoraggio: alcune tendenze
 - 2.3.1 Il monitoraggio sulle attività di riequilibrio finanziario
 - 2.3.2 Il monitoraggio sulla riorganizzazione dei servizi

Capitolo 3: La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria. Gli interventi

- 3.1 Il personale
- 3.2 La farmaceutica
- 3.3 I rapporti con gli operatori privati
- 3.4 La riorganizzazione della rete ospedaliera
 - 3.4.1 La riconversione degli ospedali: dagli acuti inefficienti agli Ospedali di Comunità
 - 3.4.2 Verso un nuovo modello di assistenza ospedaliera
- 3.5 I Livelli essenziali di assistenza

Capitolo 4: L'assistenza territoriale

- 4.1 La non autosufficienza. Un problema del nostro tempo
 - 4.1.1 L'Assistenza domiciliare integrata
 - 4.1.2 L'assistenza residenziale e semiresidenziale
 - 4.1.3 Hospice e cure palliative
- 4.2 Organizzare l'assistenza territoriale
 - 4.2.1 La valorizzazione del Distretto sanitario
 - 4.2.2 Il Punto unico di accesso. Un hub per i servizi territoriali

4.2.3 La fine dell'isolamento dei Medici di famiglia: le AFT e le UCCP

4.3 Una salute circolare

Capitolo 5: Conclusioni

5.1 Un bilancio del Piano di rientro

5.2 La sanità del futuro

5.2.1 Il ruolo della tecnologia

5.2.2 Una sanità delle persone, per le persone

Bibliografia

INTRODUZIONE

Il Servizio sanitario nazionale è un sistema complesso e ricco di sfaccettature, nel quale rilevano una serie sconfinata di prerogative. Il fatto che nel nostro Paese siano venuti a costituirsi 21 diversi Servizi sanitari regionali, non fa altro che acuire la difficoltà di comprensione, peraltro in una materia che per natura poco si presta a interpretazioni agevoli.

Quando per ragioni sia endogene che esogene sono venute a mancare le risorse, la frammentazione del sistema ha reso evidente la condizione di forte arretratezza di alcune regioni, tanto che il Piano di rientro viene introdotto nel nostro ordinamento allo scopo di risolvere due problematiche di particolare gravità, correlate tra loro:

- Il dissesto dei bilanci, aggravato da pratiche di distrazione dei fondi destinati al Ssr.
- Un'assistenza sanitaria confusa, inappropriata e distante dal fabbisogno reale della popolazione.

La fase iniziale dei percorsi di riorganizzazione è stata contrassegnata da forti sacrifici, sotto forma di tagli della spesa (e dei servizi) e chiusura di strutture e reparti, tutte operazioni strumentali a una rapida estinzione del deficit. Purtroppo, solo successivamente ci si è resi conto del vero significato di riqualificazione, che comporta un impegno molto più approfondito di quanto non sia una revisione dei libri contabili. D'altronde, è la stessa disciplina legislativa ad invitare le governance a volare molto più alto, prevedendo per le attività di riqualificazione lo stesso livello di dignità riconosciuto a quelle di risanamento dei conti.

Negli ultimi anni, anche per effetto dello scontento manifestato dai cittadini – a più riprese costituitisi in comitati *a difesa* di ospedali e reparti – il focus è stato finalmente spostato sui servizi, rimettendo al centro l'interesse primario del Ssn: la tutela della salute in tutte le sue forme, dalla prevenzione alle cure palliative, per aumentare la capacità di presidiare ogni fase della patologia. Naturalmente, la sottoscrizione del Piano ha "costretto" le regioni a individuare le modalità più consone a coniugare i vincoli di razionalizzazione con le esigenze di salute. In tale

contesto è emerso il nuovo paradigma dell'assistenza territoriale, come terreno di gioco più funzionale al dispiegamento dei diritti. Le stesse attività di deospedalizzazione vanno interpretate in questo senso, nell'opportunità di abbandonare lo storico modello *ospedalocentrico* sostituendolo con uno *cittadinocentrico*, comprensivo cioè dell'insieme dei bisogni della collettività che, come sappiamo, eccedono le acuzie. Il principio guida è il seguente: una corretta assistenza costa meno. Allo stesso tempo, una sanità migliore agisce meno, ma costantemente.

La Regione Abruzzo, superata la fase più complicata – quella del sacrificio – ha avviato il cammino della riorganizzazione e riqualificazione, così da dotarsi di un Servizio sanitario regionale all'altezza delle aspettative ingenerate in una cittadinanza che, dopo tante rinunce, si aspetta un'offerta di prestazioni superiore alla media. Vinta la sfida con i Tavoli di verifica degli adempimenti, che hanno prima certificato il pareggio di bilancio e poi dato il via libera all'uscita dal commissariamento (chiaramente ratificata dal Consiglio dei Ministri), l'Abruzzo si è impegnato nella programmazione sanitaria e, mediante i Programmi operativi, nel 2014 ha raggiunto per la prima volta la Piena adempienza Lea. La vicenda abruzzese, che verrà ricostruita approfonditamente nella tesi, rappresenta un esempio esplicativo di ciò che si dovrebbe fare e, in misura consistente, deve essere ancora fatto.

Capitolo Primo

PIANO DI RIENTRO E COMMISSARIAMENTO. DISCIPLINA E OBIETTIVI

1.1 Servizio sanitario e limiti finanziari

L'aziendalizzazione del sistema sanitario italiano trova la sua radice in una forte crisi di carattere finanziario, determinata da ragioni sia endogene che esogene. Quanto alle prime, quelle endogene, facciamo riferimento alle distorsioni prodotte dalla cattiva gestione politica che caratterizzava le Unità sanitarie locali. Senza addentrarci troppo in un'analisi a ritroso, occorre considerare che nel disegno iniziale della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, la guida delle Usl era assegnata a comitati di gestione i cui membri erano nominati dai consiglieri comunali delle municipalità, in modo da garantire al settore sanitario una legittimazione di carattere democratico. Le criticità non tardarono a manifestarsi: per tutti gli anni Ottanta i partiti tesero a nominare soggetti dotati di scarse competenze, minando il funzionamento della macchina sanitaria e tenendola ben distante da un approccio tipicamente manageriale. A questa deriva, si sommava la pratica della distrazione dei fondi destinati alla sanità in favore di pratiche clientelari.

Relativamente ai fattori di crisi esogeni, nel 1992 l'Italia venne colpita da una forte crisi economica che, sotto le sembianze di un'ondata speculativa sulla moneta, mise a rischio il rispetto dei vincoli d'integrazione europea.

Questa breve contestualizzazione è utile a comprendere come le tematiche di carattere economico-finanziario, ma anche politico-sociale, siano in grado di incidere in maniera determinante quali fattori di malfunzionamento del sistema sanitario.

Le criticità anzidette resero necessaria la svolta manageriale realizzatasi negli anni Novanta. Tale svolta ebbe numerose implicazioni, tra le quali quella di determinare la responsabilizzazione dei governi regionali in tema di mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario dei sistemi sanitari, dovendo al contempo garantire, secondo quanto stabilito dalla legge n. 833 del 1978¹:

¹ L. 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di "Istituzione del servizio sanitario nazionale".

1. *universalità* della copertura;
2. *uguaglianza*, intesa in termini di parità di trattamento in situazioni di bisogno analoghe;
3. *globalità*, ossia l'impegno assunto dal sistema a farsi carico della totalità delle esigenze;
4. *equità nel finanziamento*, principio che tende alla costituzione di un modello di finanziamento fondato sulle capacità individuali di contribuzione, in via progressiva.

È immediatamente visibile come si tratti di principi che, con modalità e misure diverse, incidono su aspetti finanziari. D'altro canto, la sanità italiana presenta da sempre una serie di pregi e difetti del tutto peculiari che discendono direttamente dalla scarsa capacità di gestione delle risorse: anzitutto una forte difformità territoriale in termini di bilancio e qualità dei servizi, corrispondente al classico modello dicotomico Nord-Sud; poi, una qualità dell'assistenza riconosciuta tendenzialmente come elevata da numerose classifiche e rapporti, alla quale fa da contraltare un andamento negativo degli investimenti nel settore.

A partire dal 2008, l'Italia ha conosciuto una nuova e gravissima crisi economica che ha reso ancora più evidente l'esigenza di rendere il comparto sanitario pubblico maggiormente efficace ed efficiente, persino al punto da contemplare l'idea di rinunciare a qualche grado di universalità, uguaglianza e globalità.

Ma come interpretare la difficile relazione che intercorre tra esigenze di bilancio e necessità di assistenza che richiedono spesa pubblica? Secondo Paolo Goliani:

[...] si può dire che il rapporto spesa sanitaria/PIL equivale in una logica economica al "prezzo della salute" (una sorta di prezzo amministrato), perché rappresenta il punto d'incontro tra domanda e offerta nei servizi sanitari. Il consumatore (Stato) fissando un budget sanitario determina la domanda effettiva mentre il produttore (Strutture Sanitarie), avendo un limite ai propri ricavi nel budget medesimo deve adeguare l'offerta allo stesso valore economico. Poiché l'equilibrio economico in un'attività produttiva presuppone che i costi di produzione non possano eccedere i ricavi, l'effetto tetto del budget sanitario pubblico incide sulle logiche di produzione. Il tetto, se da un lato, come si è visto, impedisce un incontrollato incremento della domanda (indotta dall'offerta), dall'altro, se risulta sottodimensionato, anche in un contesto di produzione efficiente, determina inevitabilmente un peggioramento quantitativo o qualitativo del servizio prodotto. Dal confronto con gli altri Paesi emerge chiaramente che la spesa sanitaria in Italia [...] è già ai limiti del sottodimensionamento e che politiche di lesina non possono che andare a scapito del diritto alla salute dei cittadini.²

² P. Goliani, *Politica sanitaria in Italia, passato, presente e futuro. La tutela della salute nell'era della crisi economica*, <http://www.accademiadelle scienze.com/wp/wp-content/uploads/2016/10/Paolo-Goliani-Politica-Sanitaria.pdf>

L'analisi di Goliani implica direttamente che qualsiasi diminuzione del Pil, accompagnata dal mantenimento della medesima percentuale dello stesso destinata alla sanità, si traduce automaticamente in una riduzione delle risorse reali. In parole semplici, il sistema sanitario è estremamente sensibile all'andamento del ciclo economico.

Goliani si spinge inoltre a indicare una classificazione degli sprechi nei servizi sanitari³:

1. sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci, da valutarsi secondo evidenze scientifiche (Evidence-based medicine, Ebm);
2. sovrautilizzo di interventi diagnostici e terapeutici;
3. tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi;
4. frodi e abusi;
5. complessità amministrativa;
6. inadeguato coordinamento dell'assistenza tra ospedale e territorio.

Si tratta di aspetti che approfondiremo più avanti, analizzando in particolare il caso della Regione Abruzzo. Per il momento, basti notare come essi si riferiscano perlopiù a questioni di appropriatezza terapeutica, definita in un apposito manuale redatto nel 2012 dal Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale come « la procedura corretta sul paziente *giusto* al momento opportuno e nel *setting* più adatto»⁴.

1.2 La disciplina giuridica del Piano di rientro

L'aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale, come emerso nel precedente paragrafo, ha dato il fischio d'inizio a una partita particolarmente complessa, nella quale le regioni si sono trovate a fronteggiare un elevato livello di responsabilità in termini di equilibrio economico e di erogazione dei servizi. Lo stesso d.lgs. 502/1992⁵ nel delineare un'architettura fondata sull'aziendalizzazione e la regionalizzazione non mancò di considerare le potenziali deviazioni di una rete

³ Ivi.

⁴ Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale, *Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza*, 2012, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1826_allegato.pdf

⁵ D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”.

tanto complessa. In particolare, il legislatore introdusse (all'art. 3, comma 2 e art. 4, comma 8) l'obbligo del pareggio di bilancio tanto per le aziende unità sanitarie locali (Ausl) quanto per le aziende ospedaliere (Ao) e, successivamente, per le aziende ospedaliere-universitarie (Aou) e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs, all'art. 1, comma 173, l. n. 311/2004).

Un punto di svolta rilevante in termini di procedure di rientro dal disavanzo è rappresentato dall'art. 19-ter del d.lgs. n. 229/1999, il quale individua un primo Programma operativo di rientro dal deficit, una forma *primordiale* di Piano di rientro. Il Programma prevedeva – su impulso dettato da una verifica effettuata dal ministro della Salute riguardo agli eventuali scostamenti da parametri individuati a livello nazionale – l'elaborazione di un programma di riorganizzazione (dalla durata massima di tre anni) redatto dalle regioni assieme all'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas), al quale seguiva una convenzione con il ministro competente.

Gli anni successivi vedono un tentativo di virata del sistema istituzionale in senso federalista. Il progetto si realizza, in particolare, con la l. cost. n. 3/2001 che riforma il Titolo V fondando il nuovo assetto sulla base dei principi di sussidiarietà, adeguatezza e leale collaborazione, con evidenti ripercussioni sulla relazione tra Stato e regioni in tema di governo del sistema sanitario. Con gli Accordi del 3 agosto del 2000⁶ e dell'8 agosto del 2001⁷ le regioni si assumono piena responsabilità di copertura in caso di disavanzi, al cospetto della possibilità di accedere a una quota integrativa di finanziamento messa a disposizione dallo Stato.

L'insieme degli interventi predisposti si rivelò insufficiente. Nel frattempo, infatti, emergeva un rilevante livello di deficit riferibile soprattutto a un limitato numero di regioni, a dimostrazione della validità della tesi di Federico Toth, il quale sostiene – richiamandosi a *Il sistema sanitario italiano* (2012) di Vittorio Mapelli – come «in Italia non abbia più tanto senso parlare di un Ssn unitario [...] andrebbe piuttosto concepito come la federazione di una ventina di sistemi regionali differenti»⁸. La difformità territoriale in termini di risultati di bilancio

⁶ Accordo 3 agosto 2000, in materia di “Proposta di accordo tra i Ministri del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano in materia di spesa sanitaria.”.

⁷ Accordo 8 agosto 2001.

⁸ F. Toth, *La sanità in Italia*, Bologna, il Mulino, 2014, p. 63.

condusse alla distinzione tra regioni *virtuose* e regioni *viziose* ma, soprattutto, rese evidente la necessità di superare misure di carattere generale in favore di interventi mirati.

Nel contesto della legge finanziaria per il 2005⁹ viene introdotto il c.d. *Piano di rientro* (PdR). Previsto all'art. 1, comma 180 il Piano di rientro è rivolto a quelle regioni il cui Ssr presenti un disavanzo tale da non poter essere ripianato mediante strumenti ordinari e consiste in un accordo con lo Stato i cui contenuti mirano a riequilibrare l'assetto economico-finanziario nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza. A corredare l'accordo vi è un programma operativo volto a raggiungere, entro tre anni, il pareggio di bilancio mediante interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Ssr. Nell'esercizio di dette attività, le regioni si avvalgono del supporto tecnico dell'Agenas.

Il percorso del Piano di rientro richiede una costante attività di verifica allo scopo di accertarne l'attuazione, alla quale è collegata la possibilità di accedere al finanziamento integrativo a carico dello Stato. A tale scopo, l'Intesa Stato-regioni 23 marzo 2005 affida l'attività di monitoraggio a due organismi paritetici: il *Tavolo di verifica degli adempimenti*, che coinvolge congiuntamente regioni e ministeri dell'Economia e della Salute ed opera presso il Ministero dell'Economia e Finanze (MEF); il *Comitato Lea*, il quale opera presso il Ministero della Salute (MDS) e verifica l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Ogni regione, con cadenza trimestrale, invia ai ministeri delle Finanze e della Salute i risultati dell'attività di verifica dell'equilibrio economico-finanziario, i cui risultati negativi possono condurre alla decadenza dei direttori generali.

Tra le misure che la regione è tenuta ad adottare per perseguire i risultati di bilancio c'è l'innalzamento automatico al livello massimo delle aliquote Irpef e Irap, allo scopo – poco velato – di rendere i cittadini consapevoli della situazione finanziaria del sistema.

Come detto precedentemente, la sottoscrizione dell'accordo consente alla regione di accedere al maggior finanziamento, suddiviso in quote riconosciute al conseguimento di determinati obiettivi: il 40% al momento della sottoscrizione dell'accordo; il 60% subordinato alla verifica dell'attuazione del programma,

⁹ L. 30 dicembre 2004, n. 311, in materia di "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)".

qualora siano rispettati l'equilibrio economico-finanziario ed erogati i Lea. *Extrema ratio* prevista dall'ordinamento in caso di inerzia da parte delle regioni, cioè quando gli obiettivi del Piano di rientro non vengono realizzati, è il commissariamento. Prima ancora di giungere a questo istituto, i mancati adempimenti da parte delle regioni comportano l'attivazione di una procedura di diffida e messa in mora: in caso di esito negativo del monitoraggio effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato Lea, il presidente del Consiglio dei ministri esprime la diffida adempiere, un termine di 15 giorni entro i quali la regione inadempiente deve adottare tutti gli atti organizzativi e gestionali utili a rientrare nei parametri stabiliti dal Piano di rientro. Decorso inutilmente il termine, il presidente del Consiglio dei ministri (su proposta del ministro dell'Economia e delle Finanze, del ministro della Salute, sentito il ministro per gli Affari regionali) può esercitare – ai sensi dell'art. 1, comma 174 della l. n. 311/2004 – i poteri sostitutivi e nominare un commissario *ad acta*, oltre che uno o più subcommissari esperti di gestione sanitaria. La figura del commissario è convergente con la previsione dell'art. 120 Cost., il quale consente al governo di esercitare poteri sostitutivi per «la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali»¹⁰.

Questa panoramica di natura giuridica ci aiuta, da un lato, a prendere coscienza della complessità della materia; dall'altro, a cogliere quanto il Servizio sanitario nazionale costituisca un'entità difficilmente definibile come monolitica.

Effettivamente, il comparto dell'assistenza sanitaria comprende un elevato numero di realtà nazionali, regionali e locali costantemente in dialettica, ciascuna custode delle proprie prerogative e, al contempo, bisognosa di adattarsi ai mutamenti della società che, storicamente, generano cambiamenti nelle necessità e nelle pretese avanzate dalla platea degli assistiti.

Più avanti, avremo modo di approfondire il carattere decisivo dell'attività di monitoraggio nella buona riuscita di un Piano di rientro. Nel prossimo paragrafo, proveremo a considerarne più concretamente gli obiettivi, allo scopo di valutare se a un Piano di rientro si possa assegnare una funzione semplicemente afflittiva, oppure se questo possa agire da fattore di modernizzazione dell'assistenza sanitaria.

¹⁰ Costituzione della Repubblica italiana, art. 120, comma 2.

1.3 Il piano di rientro come strumento di riqualificazione dei servizi

Nello stabilire i tratti caratteristici del Piano di rientro, il legislatore sembra avere ben chiara la diversa configurazione che può assumere il diritto alla salute come tratteggiato dall'art. 32 Cost., ossia come diritto di libertà e diritto a prestazioni.

Come sostiene Donatella Morana «il diritto alla salute come diritto di libertà consiste in una pretesa (di contenuto negativo) a che i pubblici poteri e tutti i consociati non vengano a turbare la “sfera di interessi” riservata al godimento del titolare del diritto» ma soprattutto, per l'analisi che stiamo conducendo «il diritto a prestazioni, invece, identifica la pretesa (di contenuto positivo) a che la Repubblica (e quindi lo Stato nonché gli altri enti pubblici territoriali e non territoriali) intervenga direttamente a tutelare il “bene-salute”»¹¹.

Vigendo, alla luce di quanto abbiamo appena affermato, un obbligo di dare o di fare a carico di soggetti pubblici, la stessa l. n. 311/2004 chiarisce come un Piano di rientro debba mirare non solo a ristabilire l'integrità contabile ma anche delineare una nuova governance del sistema che comprenda interventi di potenziamento dei servizi al fine di garantire i Lea. Il terreno fertile in questo senso è certamente quello dell'assistenza territoriale.

Proprio al fine di assicurare – al di là degli adempimenti finanziari – il perseguimento del fine ultimo del Ssn, ossia la tutela della salute dei cittadini, il Piano di rientro prevede un Programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Ssr articolato anzitutto in obiettivi generali strutturati sui tre macrolivelli tipici dell'assistenza, vale a dire:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- assistenza ospedaliera;
- assistenza territoriale.

Successivamente, a cascata, vengono stabiliti obiettivi specifici concernenti la ristrutturazione organizzativa del sistema, realizzati mediante appositi programmi operativi trasposti poi in interventi, comprendenti veri e propri provvedimenti di riforma.

Che i Piani di rientro – prima ancora di promuovere misure volte a ristabilire la serenità finanziaria – debbano mettere in discussione un inefficiente modello di

¹¹ D. Morana, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, G. Giappichelli Editore, 2015, p. 24.

governance dei servizi è reso evidente da alcune caratteristiche comuni a tutte le regioni sottoposte alla procedura:

- “eccesso di spesa farmaceutica
- eccesso di posti letto ospedalieri
- servizi territoriali poco sviluppati o inesistenti
- alto tasso di ospedalizzazione e significativi indicatori di inappropriatelyzza
- mancanza di un sistema di monitoraggio e di controllo aziendale e regionale
- alto debito accumulato in relazione agli alti disavanzi annuali”¹².

Inappropriatezza, eccessivo ricorso ai ricoveri ospedalieri e insufficienza dei servizi distrettuali sono sintomi di cattivo funzionamento dei Ssr, di una patologia *da codice rosso*. La sottoscrizione del Piano di rientro da parte di ben dieci regioni italiane (nell’ordine: Lazio, Abruzzo, Liguria, Campania, Molise, Sicilia, Sardegna, Calabria, Piemonte e Puglia. Tabella 1.1) nel giro di meno di quattro anni ha alimentato il dibattito sulle cause di questa deriva e sull’opportunità che le attività di contenimento della spesa sanitaria possono rappresentare in termini di riorganizzazione e riqualificazione. In questo frangente, una riflessione importante è quella proposta da Giuseppe Zuccatelli, già Presidente di Agenas e subcommissario in Abruzzo e Campania. In un articolo pubblicato sulla rivista *Monitor*, Zuccatelli afferma « Bisogna riconoscere che il percorso dei Piani di rientro ha dato una vera e propria scossa al sistema [...] sia per quanto riguarda la dirigenza dell’assessorato regionale sia [...] per l’impatto che avuto sui direttori generali »¹³. Ma il tema focale dell’analisi dell’ex Presidente di Agenas riguarda la managerializzazione di tutti i comparti dell’universo-sanità:

[...] in Regioni come l’Emilia Romagna, il Veneto, la Toscana, la Lombardia è presente, seppur con mille difficoltà, ciò che chiamo una managerialità diffusa. [...] Significa che non solo la terna della Direzione generale (Direttore generale, sanitario e amministrativo aziendale), ma tutta la dirigenza delle professioni sanitarie (dagli infermieri ai tecnici dei vari settori, di laboratorio, di radiologia, etc.) deve acquisire la consapevolezza che la competenza manageriale, quindi organizzativa, è una prerogativa che si deve possedere all’interno di una preparazione specifica professionale. Non può esserci solo la competenza professionale; un

¹² A. Adduce, *I piani di rientro dal punto di vista del monitoraggio della spesa sanitaria*, 2011, http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_newsaree_1542_listafila_itemname_1_file.pdf

¹³ G. Zuccatelli, *Piani di rientro: un’occasione per il Ssn di acquisire una managerialità diffusa*, in «Monitor», a. XV, n. 40, 2016, p. 3, http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/pdf/Monitor_40.pdf

bravo chirurgo, un bravo ginecologo, radiologo [...] deve possedere obbligatoriamente anche quelle che vengono denominate competenze manageriali.¹⁴

L'espressione cardine, dunque, è *managerialità diffusa*. A questa, occorrerebbe aggiungere responsabilizzazione del personale sanitario. Non sarà mai possibile realizzare gli obiettivi del Piano di rientro senza un'assunzione paritaria di impegno tra le dirigenze e i protagonisti che quotidianamente animano le strutture sanitarie. Spetta in particolare ai medici scandire le attività ai ritmi dettati dall'appropriatezza terapeutica, definendo le prestazioni in relazione ai bisogni e aprendosi concretamente alle pratiche di prevenzione (spesso non considerate perché poco remunerative) aldilà della retorica. Osservare da vicino un caso specifico, quello della Regione Abruzzo, è un'occasione per misurare la praticabilità della teoria del Piano di rientro come opportunità. Questa impostazione può fungere da fattore di legittimazione di interventi restrittivi che sovente incontrano l'opposizione delle comunità di riferimento. Il futuro del Piano di rientro dipende dalla sua capacità di dimostrare una natura non punitiva.

¹⁴ Ivi, p. 5

Tabella 1.1 Delibere di approvazione dei Piani di rientro¹⁵

Regione	Data stipula	Delibera di approvazione del Piano
Lazio	28/02/2007	DGR n. 149 del 6 marzo 2007
Abruzzo	06/03/2007	DGR n. 224 del 13 marzo 2007
Liguria	06/03/2007	DGR. n. 243 del 9 marzo 2007
Campania	13/03/2007	DGR. n. 460 del 20 marzo 2007
Molise	27/03/2007	DGR. n. 362 del 30 marzo 2007
Sicilia	31/07/2007	DGR. n. 312 del 1 agosto 2007
Sardegna	31/07/2007	DGR. n. 30/33 del 2 agosto 2007
Calabria	17/12/2009	DGR. n. 908/09 del 23 dicembre 2009
Piemonte	29/07/2010	DGR. n. 1-415 del 2 agosto 2010
Puglia	29/11/2010	DGR. n. 2624 del 30 novembre 2010

¹⁵ Sito ufficiale Ministero della Salute

Capitolo Secondo

LA SANITÀ DELLA REGIONE ABRUZZO

2.1 La vicenda abruzzese

Nel primo capitolo abbiamo analizzato il Piano di rientro guardando anzitutto alle motivazioni di contesto, politico ed economico, che hanno evidenziato l'inefficienza di un modello disattento di gestione delle risorse; successivamente, ci siamo soffermati sulla veste giuridica del Pdr, la quale fornisce una cornice alla legittimità dello strumento dettando le condizioni della sua applicabilità; infine, abbiamo avanzato alcune considerazioni sul versante dell'opportunità, provando a vagliare la potenziale dimensione virtuosa del risanamento anche in relazione ai servizi sanitari.

Proprio l'ultimo aspetto può essere verificato con maggiore attendibilità osservando *da vicino* un Piano di rientro, ossia assumendo come prospettiva quella di una delle dieci regioni che singolarmente hanno sottoscritto l'accordo a tre con il Ministero dell'Economia e Finanze e il Ministero della Salute: la Regione Abruzzo.

L'Abruzzo presenta degli attributi che ne fanno un utile riferimento per l'analisi che stiamo conducendo. Tra questi, ci sono primariamente le caratteristiche della popolazione in termini demografici e – conseguentemente – di bisogni sanitari. Come risulta dal *15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni*¹⁶ la Regione adriatica ha registrato tra il 1991 e il 2011 un incremento degli over65 di quasi il 5% (da 211.370 a 283.619 unità), trend riscontrabile anche tra gli over85. Forte è stato l'aumento degli over100, la cui quota è cresciuta del 119,3% nel decennio 2001-2011. Questi dati indicano, da un lato, un aumento dell'aspettativa di vita (superiore alla media nazionale – soprattutto per la platea femminile – secondo quanto emerso da una ricerca della Fondazione Umberto Veronesi¹⁷); dall'altro lato, denotano la crescente domanda di prestazioni sanitarie tipiche della popolazione anziana.

¹⁶ Istat, *15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni*, 9 ottobre 2011, https://www.istat.it/it/files/2012/12/volume_popolazione-legale_XV_censimento_popolazione.pdf

¹⁷ Fondazione Umberto Veronesi, *Italia: ecco la mappa della lunga vita*, 27 maggio 2011, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/altre-news/italia-ecco-la-mappa-della-lunga-vita>

D'altro canto, bisogni assistenziali d'elevata specialità vengono espressi anche dalla popolazione femminile, prevalente nella demografia abruzzese (94,3 uomini ogni 100 donne). In sintesi, la conformazione della popolazione richiede alle strutture sanitarie e di governance della Regione una particolare affezione verso prestazioni continuative e quindi esose (lungodegenza, assistenza domiciliare, screening ecc.). Dette esigenze fungono in qualche modo da *stress test* per tutti i territori, specie per quelli nei quali si riscontrano elevati livelli di deficit.

Il secondo attributo tipico riguarda proprio il deficit. In effetti, l'Abruzzo ha lungamente rappresentato un benchmark negativo, in quanto unica regione (assieme al Molise) a risultare inadempiente al Tavolo di verifica per l'intero quinquennio 2001-2005, lo stesso che ha convinto il legislatore a introdurre il Piano di rientro. Numerose informazioni concernenti le performance finanziarie della sanità abruzzese sono raccolte all'interno di un volume redatto da Valentina Santucci, funzionaria dell'Assessorato regionale alla Sanità. Le difficoltà di quei cinque anni hanno indotto la Regione a rinnovare l'accordo con una società di servizi finanziari, la KPMG Business Advisory, allo scopo «di svolgere le seguenti attività:

- [...] analisi dei bilanci di esercizio 2003 al fine di assistere la Regione nella quantificazione dei disavanzi maturati nell'esercizio 2003;
- ricognizione delle posizioni debitorie delle Asl regionali, con riferimenti alle partite in essere al 31.12.2003;
- analisi dei bilanci di previsione 2004 presentati dalle Asl;
- analisi delle situazioni finanziarie delle gestioni liquidatorie delle ex Ulss»¹⁸.

L'eccessivo disavanzo accumulato dalla Regione, quantificabile in 1.287 milioni di euro al 31/12/2005, ha attivato l'automatica procedura di diffida e affiancamento, oltre che la massimizzazione delle aliquote Irap e addizionale Irpef.

¹⁸ V. Santucci, *La Regione Abruzzo. Dal piano di rientro alla fine del commissariamento*, Roma, SCE SC Editrice, 2016, p. 26.

Inevitabilmente, il 6 marzo 2007 la Regione Abruzzo ha siglato il Piano di rientro dal disavanzo¹⁹, recepito con la Delibera di Giunta Regionale n. 224 del 13 marzo 2007²⁰.

All'art. 1 dell'Accordo, l'Amministrazione si impegna ad adottare:

- misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Lea, per renderlo conforme a quanto stabilito nel Piano Sanitario Nazionale e nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dedicato;
- misure di riequilibrio della gestione corrente necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010;
- interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale.

Ancora, nel Piano sono previste misure dirette a garantire il giusto connubio tra servizi e sostenibilità economica:

- la produzione sistematica di un'informazione contabile precisa e dettagliata del sistema sanitario, sulla base della quale effettuare un puntuale ed efficace controllo di gestione e una rendicontazione tempestiva;
- la realizzazione della contabilità analitica per centri di costo e il controllo di gestione;
- il completamento del processo di aziendalizzazione delle strutture ospedaliero-universitarie;
- l'adozione di provvedimenti che razionalizzino la rete ospedaliera, la spesa farmaceutica, la spesa per l'acquisto di beni e servizi, e la spesa per il personale dipendente e convenzionato;
- la rinegoziazione del debito.

¹⁹ Ministero della Salute. Ministero dell'Economia e delle Finanze. Regione Abruzzo, *Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Abruzzo per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, 2007,*

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=0&codLeg=33127&parte=1%20&serie=>
²⁰ D.G.R. del 13 marzo 2007, n. 224.

All'art. 3 vengono definite le modalità di affiancamento. A tal proposito, è prevista l'istituzione presso l'Assessorato regionale alla Sanità di un *Nucleo di affiancamento*, che svolge funzioni consultive e di supporto tecnico in relazione ai provvedimenti di carattere programmatico in materia di gestione e programmazione del Ssn. Il Nucleo, che riferisce al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, è composto da un rappresentante per ciascuno dei due ministeri interessati e da un componente individuato dalla Conferenza Stato-Regioni.

Il mancato rispetto degli adempimenti, determinato da interventi *timidi* e quindi poco incisivi, conduce il Presidente del Consiglio dei Ministri a diffidare la Regione, richiedendo l'adozione entro 30 giorni di provvedimenti atti a coprire un disavanzo ammontante in 294,323 milioni di euro. Decorso il termine, sussistendo i presupposti stabiliti dalla l. n. 311/2004, la Sanità abruzzese viene sottoposta a regime di commissariamento.

2.2 I tavoli di monitoraggio

La legge finanziaria per il 2005 e l'Intesa Stato-Regioni dello stesso anno disciplinano il sistema di controllo sulle regioni in materia sanitaria che, come esposto nel precedente capitolo, è affidato in particolare al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato Lea (che, congiuntamente, formano il *Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti*).

A queste condizioni, l'art. 1, comma 796 della l. n. 296/2006²¹ aggiunge precisazioni in materia di affiancamento. Affidato a MEF e MDS, l'affiancamento si realizza mediante:

- esame istruttorio e valutazione da parte dei due ministeri dei provvedimenti afferenti determinate aree tematiche e relativi all'attuazione dei piani di rientro;
- verifica trimestrale finalizzata al raggiungimento degli obiettivi intermedi previsti dal Piano di rientro;
- monitoraggio dei piani di rientro al fine di verificarne l'attuazione;

²¹ L. 27 dicembre 2006, n. 296, in materia di "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)".

- coordinamento dei Nuclei di affiancamento regionali.

Obiettivo dell'affiancamento è anzitutto quello di definire strumenti valutativi funzionali alla misurazione dell'effetto dei provvedimenti sui Lea e sul bilancio, oltre a garantire un adeguato coordinamento interistituzionale.

L'attività di monitoraggio si esprime in due sensi: il monitoraggio formale e il monitoraggio sostanziale. Il primo è tipico della fase iniziale, incentrato sulla verifica dei provvedimenti volti alla definizione degli interventi attuativi e all'avvio dei processi di riorganizzazione; il secondo tipo di monitoraggio, quello sostanziale, guarda invece ai risultati conseguiti.

Nella fase di monitoraggio, un ruolo importante è svolto dall'Agenas, la quale funge da arbitro terzo tra il Ministero della Salute e le regioni e partecipa alle attività di affiancamento.

Questa cornice di carattere giuridico su monitoraggio e affiancamento aiuta ad afferrare con completezza il ruolo cruciale che i Tavoli di monitoraggio svolgono nel sancire il successo o l'insuccesso della programmazione sanitaria di ciascuna regione. Il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato Lea – per mezzo dei loro pronunciamenti – possono dettare significative sterzate alle politiche intraprese dalle amministrazioni pubbliche costringendole, talvolta, al commissariamento.

Grazie al già citato lavoro di Valentina Santucci, ai dati forniti dal Ministero della Salute e ai verbali dei tavoli di monitoraggio possiamo ricostruire e *mappare* l'andamento del Piano di rientro abruzzese, individuando delle fasi cruciali.

Nell'analisi faremo riferimento ad alcune delle riunioni che si sono susseguite a partire dall'adozione del Pdr.

Il primo tavolo tecnico, quello del 5 febbraio 2008, rileva la distrazione di quote di finanziamento vincolate e, conseguentemente, il mancato rispetto degli obblighi assunti in sede di sottoscrizione del Piano.

La riunione del 26 marzo 2008, registrata l'impossibilità per la Regione di ripristinare il finanziamento distratto per altre finalità, stabilisce che l'addizionale Irpef e l'aliquota Irap si applichino oltre i livelli massimi previsti dalla legge.

Questa disposizione, di fatto dà il via al processo che conduce al commissariamento: allo scopo di contenere l'inasprimento fiscale, a luglio il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la Regione Abruzzo a:

- individuare nell'ambito del bilancio le risorse da destinare al ripristino delle quote di fondo sanitario nazionale destinate dalla Regione a finalità extrasanitarie;
- recuperare i crediti emersi nei confronti degli erogatori privati.

Il commissario ad acta viene nominato l'11 settembre 2008, nella persona del Dott. Gino Redigolo.

Dal verbale del 1 aprile 2009 risulta un'inerziale condotta inadempiente della Regione, specie in termini di mancato ripristino delle somme distratte. Pertanto, il tavolo è costretto a confermare la misura di massimizzazione di Irpef e Irap e ad escludere l'Abruzzo dall'accesso alla quota premiale del 3%.

Nel frattempo, la Regione comincia a lavorare con decisione allo scopo di coprire il disavanzo: questo passa dai 294,323 milioni dell'anno 2007, ai 33,603 milioni accertati nel tavolo del 10 novembre 2009. Inoltre, il Commissario Redigolo – prima di lasciare l'incarico al nuovo Presidente della Regione, Giovanni Chiodi – dispone la riorganizzazione territoriale delle Asl stabilendone la diminuzione da 6 a 4.

Il Tavolo del 18 dicembre 2009, pur attestando un'ulteriore diminuzione del disavanzo non coperto, sottolinea l'insufficienza della documentazione prodotta dalla struttura commissariale e diversi inadempimenti Lea per gli anni 2006 e 2007.

Nel 2010 vengono enfatizzati i numeri inerenti alle risorse distratte, per un totale di 528,524 milioni di euro. Il Commissario Chiodi corre dunque ai ripari e «chiede al Governo, per il tramite di Tavolo e Comitato, quanto segue, preannunciando un'apposita nota ai Ministri competenti:

- la possibilità di accedere all'utilizzo dei fondi FAS fino a 160 mln di euro ai fini del concorso alla copertura dei disavanzi accertati a tutto l'anno 2009;
- la possibilità di accesso all'anticipazione di liquidità fino a 200 mln di euro [...] ferma restando l'individuazione da parte regionale della relativa

copertura pluriennale a valere su entrate certe e vincolate e la sottoscrizione del relativo contratto di prestito»²².

Le misure richieste (e ottenute) dalla struttura commissariale, congiuntamente ad alcuni interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera, conducono a un risultato importante: nel Tavolo del 20 luglio 2011, l'Abruzzo registra per la prima volta il pareggio di bilancio. La Regione può così godere della premialità del Fondo sanitario per 255 milioni di euro, cifra risultante dai mancati introiti collegati alle inadempienze inanellate a partire dal 2006.

Tavolo e Comitato nel 2012 «evidenziano il lavoro svolto per la ricostruzione puntuale dei crediti e debiti verso il bilancio regionale. Tale lavoro ha permesso una maggiore consapevolezza di tutti gli attori coinvolti e contribuisce a dare trasparenza»²³. Il Commissario Chiodi ottiene di utilizzare parte della fiscalità del 2012 al fine di rideterminare l'aliquota Irpef al livello base; l'Abruzzo diventa così la prima regione in piano di rientro a ridurre la pressione fiscale.

A seguito delle elezioni regionali del 2014, Luciano D'Alfonso viene eletto Presidente della Giunta Regionale e nominato Commissario della sanità abruzzese.

Il 4 agosto 2014 è un'altra data significativa nell'iter del Pdr abruzzese: Tavolo e Comitato, constatato un avanzo di quasi 10 milioni di euro, ricevono comunicazione dal Commissario D'Alfonso della volontà di avvalersi della procedura prevista per l'uscita dal commissariamento. I tavoli successivi annotano la persistenza di alcune criticità riguardo al rispetto dei Lea 2014, ma valutano positivamente il Programma Operativo 2016-2018.

Il 5 luglio 2016, la Regione provvede all'invio della documentazione necessaria all'uscita dal regime di commissariamento, forte della già avvenuta trasmissione dei dati relativi allo stato patrimoniale e della riforma ospedaliera del 2015.

Il 15 settembre del 2016, il Consiglio dei ministri delibera l'uscita dell'Abruzzo dal regime commissariale. La Regione adriatica è la prima a raggiungere questo obiettivo.

²² Santucci, op. cit., p. 35.

²³ Verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza, 23 luglio 2012, Regione Abruzzo

Tabella 2.1 Tavoli di verifica degli adempimenti

TAVOLO DI VERIFICA	ESITO
5 febbraio 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Distrazione di fondi destinati alla sanità • Mancato rispetto del Piano di rientro
26 marzo 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Massimizzazione dell'addizionale Irpef e dell'aliquota Irap
10 novembre 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione del disavanzo scoperto: da 294 mln (2007) a 33 mln (2009)
22 dicembre 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione dell'ammontare delle risorse distratte alla sanità: 528 mln • Il Commissario richiede al Governo di attingere ai fondi FAS
20 luglio 2011	<ul style="list-style-type: none"> • La Regione raggiunge il pareggio di bilancio
4 agosto 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Il Commissario comunica di voler attivare la procedura per l'uscita dal commissariamento

2.3 Monitoraggio: alcune tendenze

Ciascun Tavolo di monitoraggio svoltosi tra il 2007 e il 2016 ha rappresentato la singola tappa di un percorso tortuoso, tanto sul piano del riequilibrio economico, quanto su quello della riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza.

Raggiungere il pareggio di bilancio è un obiettivo già di per sé particolarmente complesso, ma lo è ancora di più alla luce dell'obbligo di garantire/proteggere un diritto, come quello alla salute, che il nostro ordinamento costituzionale qualifica come *fondamentale*. Le implicazioni prevalenti, ovviamente, riguardano le prestazioni.

Fatta questa premessa, è opportuno osservare delle tendenze che hanno caratterizzato l'attività commissariale abruzzese in alcuni anni delicati, interessando il monitoraggio tanto dal punto di vista formale, quanto da quello sostanziale.

Per comprendere meglio, divideremo il monitoraggio tra: controllo sulle attività volte al riequilibrio finanziario; controllo sulla riorganizzazione della rete dei servizi. Il periodo di riferimento è quello compreso tra il 2007 (anno di adozione del Piano di rientro) e il 2011 (anno nel quale viene certificato il raggiungimento del pareggio di bilancio).

2.3.1 Il monitoraggio sulle attività di riequilibrio finanziario

Dell'incedere delle verifiche formali, si è trattato prevalentemente nella panoramica contenuta nel paragrafo intitolato *I tavoli di monitoraggio*. Tuttavia, possiamo tentare di mettere ordine.

Secondo quanto riportato dal Ministero della Salute²⁴, al 2007 l'Abruzzo soffre di criticità dei costi, connesse alla mancata manovra di ristrutturazione del debito.

Non solo, sulla gestione pesa l'effetto dell'impropria rifinalizzazione che la Regione ha operato, distraendo una parte cospicua delle disponibilità finanziarie del Ssr, a favore di altri settori della spesa pubblica.

Queste condizioni, come più volte ricordato, conducono alla sottoscrizione del Piano di rientro. In questa circostanza, la struttura commissariale si impegna a ridefinire i rapporti con gli erogatori privati attraverso un'apposita Legge Regionale²⁵, tuttavia per l'intero 2008 al Tavolo di verifica non pervengono provvedimenti di realizzazione della legge. Sempre nel 2008, si verifica un aumento della spesa dedicata alla medicina di base per effetto dei nuovi accordi integrativi, e la sanità abruzzese chiude il bilancio con un risultato di gestione di - 107,656 milioni di euro.

Le previsioni sull'accreditamento degli erogatori privati disposte dalla Legge Regionale n. 32/2007 vengono attuate nel 2009. Ciononostante, alcuni casi di

²⁴ Ministero della Salute, *Monitoraggio formale - Regione Abruzzo*, http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1860&area=pianiRientro&menu=abruzzo

²⁵ L. R. 31 luglio 2007, n. 32, in materia di "Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private".

scarsa limpidezza (come quello della casa di cura “Villa Pini d’Abruzzo”²⁶) sottolineano carenze sotto il profilo dei controlli e della funzionalità della nuova disciplina.

Il 2010 è invece l’anno nel quale la sanità abruzzese raggiunge il pareggio di bilancio e sottoscrive i nuovi contratti con gli erogatori privati, senza però specificare i volumi di spesa e le tipologie di prestazioni.

Nel 2011, vengono sottoscritti contratti con 44 delle 63 case di cura presenti nel territorio. Si tratta di un risultato per nulla scontato e in un certo senso *rivoluzionario*, considerato l’impatto finanziario esercitato dal sistema precedente che, per scarsa regolamentazione, consentiva alle strutture di fatturare al di sopra dei tetti di spesa. Nello stesso anno, si avvia la razionalizzazione delle Uoc e dei Dipartimenti strutturali, al fine di garantire i Lea e preservare l’equilibrio economico.

In conclusione, nel corso dell’attività di monitoraggio, si sono materializzate alcune costanti: prima fra tutte, il rapporto conflittuale con i gli erogatori privati, che ha richiesto una nuova regolamentazione e la sottoscrizione di accordi contrattuali finalmente esaustivi delle responsabilità e dei limiti dei soggetti convenzionati, oltre che dei rapporti con la pubblica amministrazione. Poi, un progressivo miglioramento dei conti, a dimostrazione dell’efficacia (dal punto di vista contabile) del Piano di rientro. Infine, si nota una certa difficoltà nella vigilanza sul rispetto delle disposizioni legislative, probabilmente dovuta alla giovinezza del nuovo assetto.

2.3.2 Il monitoraggio sulla riorganizzazione dei servizi

Nell’analisi che stiamo conducendo, occorre non dimenticare che la salute non è una mera voce di bilancio, ma soprattutto un diritto fondamentale che trova la sua concretizzazione nelle prestazioni di conservazione e tutela, quindi in obblighi *di fare* (e, talvolta, *di non fare*). Alla luce di questo assunto, il monitoraggio – specie sostanziale – è un imprescindibile momento di garanzia del corretto agire degli operatori.

²⁶ C. Perantuono, Processo a Enzo Angelini: “Prestazioni non autorizzate”, in «www.rete8.it», 10 maggio 2016 <http://www.rete8.it/cronaca/123-processo-a-angelini-per-villa-pini-prestazioni-non-autorizzate/>

Tenendo sempre in considerazione il lasso di tempo 2007-2011, valutiamo gli orientamenti venuti alla luce dagli accertamenti.

Nei primi due anni del periodo di riferimento, la riorganizzazione dei servizi è ancora in uno stato embrionale: poco viene fatto in materia di appropriatezza e deospedalizzazione (aspetti tra loro radicalmente correlati). Questo trend si conferma nel 2009, che però è l'anno della riforma delle Asl (e della loro riduzione da 6 a 4) e dell'impegno della Regione ad armonizzare le caratteristiche delle residenze assistenziali a quanto stabilito dalle linee guida nazionali.

Nel Programma Operativo 2010, la Regione Abruzzo prevede:

- la razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale;
- la rimodulazione del servizio di emergenza e urgenza;
- la fissazione dei tetti di spesa per gli erogatori privati.

Inoltre vengono adottate linee guida per la predisposizione degli atti aziendali, attinenti l'organizzazione delle strutture complesse. Sono significative alcune disposizioni sulla razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera: «la Regione, durante il 2010, ha seguito un percorso metodologico che definisce il fabbisogno di prestazioni e di posti letto correlati, ed individua i presidi ospedalieri da riconvertire in PTA (Presidi Territoriali di Assistenza)»²⁷. Nel comparto distrettuale, lo stesso Programma Operativo delinea un rudimentale piano di assistenza residenziale e semiresidenziale, con cure domiciliari ancora insufficienti.

Nel 2011, il nuovo Programma Operativo sistematizza gli interventi recuperando, con un piano dedicato, il tema dell'assistenza residenziale e semiresidenziale.

Restando sui servizi territoriali, si assiste all'attivazione di strutture dedicate alle cure palliative. Il processo di riordino della rete ospedaliera include la costituzione degli *Ospedali di comunità*.

La rete di emergenza e urgenza mostra criticità che richiedono interventi utili a porre rimedio al forte frazionamento dei ruoli, compresa l'opportunità di ridurre il numero dei punti di primo intervento.

In sintesi, il monitoraggio sulla riorganizzazione dei servizi – specie territoriali – fornisce numerosi spunti che verranno recuperati e approfonditi in capitoli

²⁷ Ministero della Salute

dedicati. Tra questi, certamente la riorganizzazione della rete ospedaliera e la costituzione degli Ospedali di comunità, utilissimi ponti tra bisogni basilari e prestazioni specialistiche.

Il prossimo capitolo, dedicato alle misure promosse dalla Regione Abruzzo nei singoli comparti della sanità per far fronte agli impegni assunti in sede di Accordo con i ministeri, sarà rivelatorio della reale *indole* del Piano di rientro.

Tabella 2.2 Il monitoraggio 2007 - 2011 tendenze

MONITORAGGIO	
Attività di bilancio 2007 - 2011	Riorganizzazione dei servizi 2007 - 2011
<ul style="list-style-type: none"> • Mancata ristrutturazione del debito • Distrazione di fonti destinati alla sanità • Legge Regionale di regolamentazione dei rapporti con gli erogatori privati • Pareggio di bilancio • Sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati • Razionalizzazione delle UOC e dei Dipartimenti Strutturali 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniziale debolezza delle misure di riorganizzazione • Riforma delle Asl • Piano Operativo 2010 • Piano Operativo 2011
Tendenze	Tendenze
<ul style="list-style-type: none"> • Rapporto conflittuale con gli operatori privati • Miglioramento dei conti • Difficoltà di vigilanza sul rispetto delle regole 	<ul style="list-style-type: none"> • Decisa virata verso la <i>territorializzazione</i> dei servizi

Capitolo Terzo

LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA: GLI INTERVENTI

Come più volte è stato ribadito, il ricorso al piano di rientro include una serie di impegni e di adempimenti la cui interpretazione non può risolversi nella mera osservazione delle voci di bilancio. L'effettività del risanamento dei conti è misurabile solo mediante la concreta analisi degli effetti che le politiche producono, non sui numeri, ma sui cittadini depositari del diritto alla salute in tutte le sue accezioni. È vero che lo strumento enunciato nella legge finanziaria per il 2005 nasce per ragioni di sostenibilità del sistema, ma nella stessa elaborazione legislativa emerge chiaramente la volontà di ribadire la funzione strumentale del Pdr rispetto agli obiettivi di salute, da perseguire mediante un approccio inedito e – talvolta – connaturato da una certa disponibilità al sacrificio che interessa sia i policy maker (e le loro esigenze di consenso) che i beneficiari dell'assistenza. In altri termini, il Pdr pone l'asticella ad un elevato livello di difficoltà: la simultanea persistenza di efficacia, efficienza e sostenibilità.

Decisori pubblici e burocrati si trovano nella condizione di decidere – sulla base del margine di discrezionalità loro concesso dagli organi sovraordinati e dall'ordinamento – rinunce e concessioni, tagli e persino, laddove è possibile, elargizioni. Come accennato, le implicazioni sono molteplici e riguardano tanto fattori di carattere puramente scientifico (nel nostro caso epidemiologico ed economico) quanto condizioni di consenso elettorale e accettabilità sociale. Proprio riguardo all'accettabilità sociale, la questione diviene ancora più intricata se pensiamo alla congenita complessità della materia sanitaria: come comunicare efficacemente la chiusura o la riconversione di un piccolo ospedale? Come rendere giustificabile agli occhi dell'opinione pubblica l'inevitabile taglio dei posti letto? È possibile legittimare la rinuncia a reparti ospedalieri che le comunità territoriali avvertono come naturalmente imprescindibili (si pensi al caos generato dal *ddl Lorenzin* in tema di chiusura dei punti nascita, oppure alla progressiva rivisitazione di quei Pronto soccorso resi Punto di primo intervento)?

L'esperienza del dibattito pubblico ci spinge a dire no, un Piano di rientro non si

presta affatto a una comunicazione immediata e sincera. La comunicazione istituzionale senz'altro non è stata adeguata, visto che raramente il suo contenuto ha fatto prevalere il messaggio della *riforma*, costantemente soccombente al cospetto della più immediata logica dei *tagli*. D'altronde, parliamo di un tema la cui delicatezza muove particolari corde della sensibilità dei cittadini.

Al netto di queste considerazioni, rimane una realtà ineludibile: un Piano di rientro è composto da una serie di variegata misure, espresse nei Programmi operativi, strumentali all'ambizioso obiettivo di dotare la regione di un servizio sanitario vigoroso sia sul fronte delle prestazioni che su quello rendicontale.

In questo senso, come si è comportata la Regione al centro della nostra analisi? La struttura commissariale abruzzese, sulla scorta di indicazioni nazionali, ha anzitutto individuato delle aree critiche sulle quali intervenire, ciascuna delle quali incidente sia sul bilancio che sul servizio. Coerentemente con la vocazione di questo elaborato, che valuta l'influenza esercitata da un Pdr sulla capacità del Ssr di garantire l'assistenza, considereremo esclusivamente gli interventi più visibili e vicini ai cittadini, quelli relativi a:

- personale;
- sistema farmaceutico;
- rapporto con gli operatori privati;
- rete ospedaliera;
- livelli essenziali di assistenza.

L'osservazione delle soluzioni adottate per bilanciare le esigenze finanziarie e sanitarie, fornisce l'opportunità di promuovere considerazioni prospettiche, alla luce delle tendenze diffuse sull'intero territorio nazionale in ciascun comparto.

3.1. Il personale

In base alle definizioni fornite dal Ministero della salute e dalla letteratura, possiamo affermare che il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale è composto da coloro che operano presso:

- le Aziende sanitarie locali;

- gli istituti di cura a gestione diretta;
- le Aziende ospedaliere;
- le Aziende ospedaliere integrate con il Ssn;
- le Aziende ospedaliere integrate con l'Università.

L'identità dei professionisti della sanità è fortemente variegata ma riconducibile ad alcune macroaree, i c.d. Ruoli:

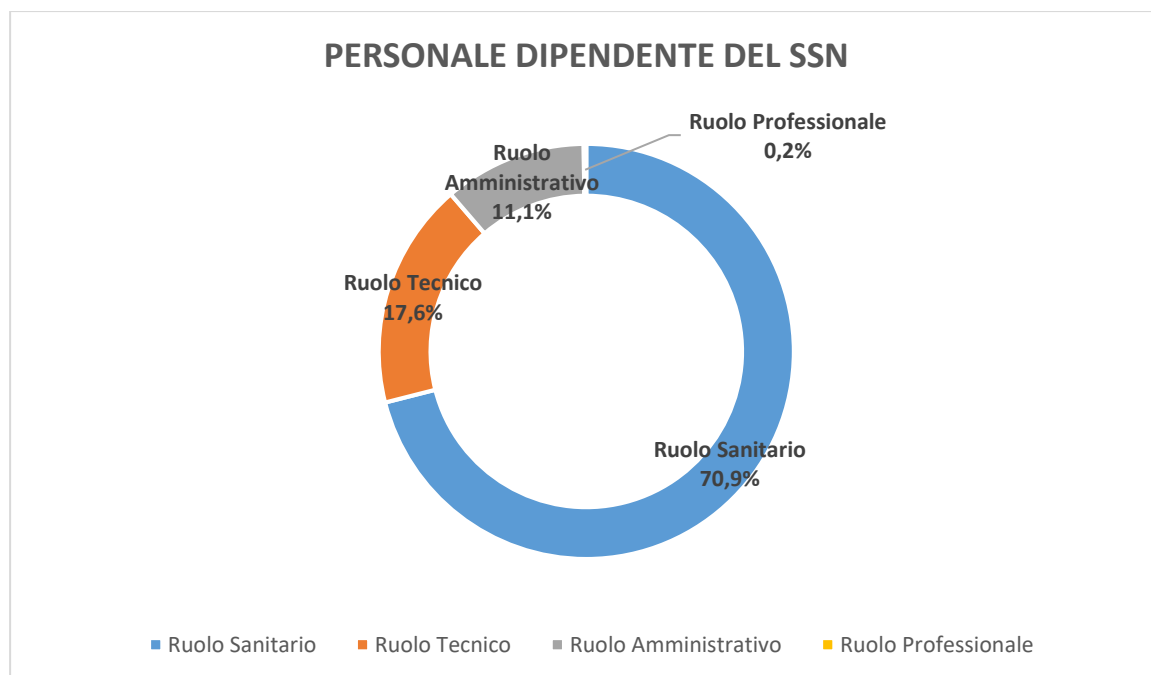
- Ruolo Sanitario; essenzialmente include medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi e personale infermieristico.
- Ruolo Professionale; avvocati, ingegneri, architetti, geologi e assistenti religiosi.
- Ruolo Tecnico; analisti, statistici, sociologi, assistenti sociali, collaboratori tecnico-professionali, assistenti tecnici, programmatori, operatori tecnici, operatori tecnici di assistenza, ausiliari specializzati.
- Ruolo Amministrativo; comprende direttori amministrativi, collaboratori amministrativi, assistenti amministrativi, coadiutori amministrativi, commessi.
- Restante personale; specializzandi, personale contrattista o equiparato, personale addetto ai Lavori socialmente utili (Lsu).

Il Servizio sanitario del nostro Paese coinvolge numerosissimi operatori e diverse professionalità. Questo, da un lato, denota la volontà di costituire un sistema complesso, capace di far fronte a un ventaglio enorme di esigenze e richieste; un elemento certamente virtuoso. Dall'altro lato, una tale mole di attori e la varietà delle competenze comportano una forte difficoltà nella definizione delle prerogative delle risorse umane. A quarant'anni dalla costituzione del Ssn non è ancora chiaro come strutturare la convivenza tra gli operatori, e le implicazioni sulla qualità del servizio non mancano. Non sembrano bastare i numerosi Atti di indirizzo in tema contrattuale, l'urgenza di disciplinare definitivamente l'organico è ancora irrisolta.

Dal punto di vista della composizione numerica, l'ultimo *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale* reso disponibile dal Ministero della Salute risale al

2013²⁸ e segnala un ammontare complessivo di 626.350 unità impiegate nel sistema, con una netta prevalenza del Ruolo Sanitario (70,9%), seguito dal 17,6 del Ruolo Tecnico, poi dal Ruolo Amministrativo (11,1%) e infine vi è l'esigua incidenza del Ruolo Professionale con lo 0,2% (Graf. 3.1.1).

Grafico 3.1.1 – Ripartizione percentuale per Ruoli del Personale dipendente del Servizio sanitario nazionale



Nell'ambito del Ruolo Sanitario, la competente più rappresentata è quella del personale infermieristico: 259.947 unità, a fronte di 103.837 medici.

Al momento della sottoscrizione del Piano di rientro la Regione Abruzzo si è impegnata a riorganizzare il personale sanitario mirando a far quadrare i conti. A riguardo, la legge finanziaria per il 2007 dispone esplicitamente una riduzione della spesa per personale dell'1,4% rispetto al 2004, obbligando la Regione a uniformarsi e ad intraprendere la via del contenimento dei costi.

Nel triennio del Programma operativo 2006-2008 gli obiettivi vengono fortemente disattesi: a fronte di una riduzione promessa dell'1,2%, la Regione procede comunque alla chiusura dei rinnovi contrattuali della dirigenza, incappando così in un aumento dei costi superiore del 3% alla soglia stabilita. Va tenuto presente che la scelta di destinare la quota più rilevante delle risorse al Ruolo Sanitario è

²⁸ Ministero della Salute – Ufficio di Statistica, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, 2013, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4604_listaFile_itemName_0_file.pdf

dettata dallo stesso peso numerico del comparto sul totale dei dipendenti del Ssr abruzzese e si confermerà come abitudine in tutti gli anni del Piano.

Analizzando percentualmente l'incidenza della spesa per il personale sulla spesa complessiva, nel periodo 2006-2014 l'Abruzzo registra valori quasi costantemente superiori alla media nazionale e, soprattutto, alla media delle regioni in Piano di rientro (Tab. 3.1.1)²⁹. Vale la pena sottolineare che, come emerso da una ricerca³⁰ condotta dalla *Fondazione Farmafactoring*, le risorse dedicate al personale sono state ridotte quasi esclusivamente nelle regioni sottoposte a Pdr, a segnalare un effettivo sforzo degli obbligati e un simultaneo disinteresse delle regioni virtuose a cautelarsi.

Tabella 3.1.1 - Spesa per il personale in percentuale sul totale della spesa regionale

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Abruzzo	33,60%	31,90%	33,00%	33,20%	33,80%	33,50%	32,50%	33,00%	32,40%
Regioni in Pdr	32,50%	31,90%	32,10%	32,00%	32,10%	31,60%	30,70%	30,40%	29,60%
Italia	33,80%	32,90%	33,10%	33,10%	33,20%	32,70%	32,20%	32,10%	31,40%

Il lavoro svolto nei primi anni del Piano di rientro, culminato nel raggiungimento del pareggio di bilancio, ha consentito il parziale sblocco del turn-over e – nell'ambito del Programma operativo 2011-2012 – alcune assunzioni a tempo indeterminato, volte principalmente a coprire il 90% dei pensionamenti di dirigenti medici. L'autorità nazionale, stabilendo comunque dei limiti, non ha ritenuto di includervi il personale delle Asl, lasciando la possibilità di coprire dei ruoli per mezzo di assunzioni a tempo indeterminato. Per comprendere l'incidenza del pareggio di bilancio sul personale, basti pensare che il risultato «[...] per cinque anni consecutivi, ha permesso alle Aziende sanitarie di assumere [...] più di 2.852 professionisti, tra medici, infermieri e personale tecnico amministrativo»³¹.

²⁹ Santucci, op. cit., p. 49.

³⁰ Fondazione Farmafactoring, *La struttura dei costi della sanità in Italia: analisi dei trend e dei differenziali regionali*, gennaio 2016 (2004-2011), <http://www.fondazionefarmafactoring.it/documents/53057/56132/FondFarma+1+Quaderno+gennaio+2016/f802595c-cf7b-41a9-80eb-fdb9348379ad>

³¹ Santucci, op. cit. p. 55

Nonostante i sacrifici imposti dal Piano di rientro, tradottisi nel blocco delle assunzioni, l’Abruzzo al 2013 vanta un quantitativo di lavoratori della sanità coerente con la media nazionale (Tab. 3.1.2). Si tratta di un risultato significativo, specie alla luce delle avverse fortune accorse nelle altre regioni in Piano di rientro: mentre l’Abruzzo riesce a far valere una certa *resistenza*, nello stesso periodo la Campania perde il 3,97% del suo personale, il Lazio segna un -3,61%, la Calabria attesta un -3,43% e il Molise prova a limitare i danni con un -3%.

Tabella 3.1.2 - Composizione numerica del personale sanitario per Ruolo

Regione	Ruolo	Ruolo	Ruolo	Ruolo	Totale
	Sanitario	Professionale	Tecnico	Amministrativo	
Piemonte	37.099	127	10.557	7.518	55.301
Valle d’Aosta	1.395	4	421	321	2.141
Lombardia	60.726	207	18.094	11.384	90.411
Prov. Auton. Bolzano	5.280	25	1.999	1.162	8.525
Prov. Auton. Trento	5.077	12	1.833	979	7.901
Veneto	39.733	102	12.229	6.463	58.527
Friuli Venezia Giulia	12.417	32	3.960	1.679	18.088
Liguria	11.337	25	2.759	1.875	15.997
Emilia Romagna	41.199	178	10.695	5.677	57.749
Toscana	35.894	133	9.008	4.442	49.477
Umbria	8.185	27	1.723	858	10.793
Marche	13.024	23	3.401	1.819	18.271
Lazio	33.093	122	4.647	5.199	43.062
ABRUZZO	10.580	17	2.271	1.376	14.244
Molise	2.415	2	543	253	3.216
Campania	33.482	97	6.083	4.965	44.639
Puglia	26.153	66	6.039	3.782	36.041
Basilicata	4.866	16	1.231	597	6.710
Calabria	13.582	50	2.799	2.672	19.516
Sicilia	33.163	92	6.842	4.550	44.690
Sardegna	15.575	44	3.333	2.099	21.051
ITALIA	444.275	1.401	110.467	69.670	626.350

Abbiamo fatto riferimento alla complessa composizione del personale sanitario e alla sua difficile gestione. Il recente *ddl Lorenzin*³² e gli ultimi Atti di indirizzo del Comitato di settore³³ tentano di porre rimedio riorganizzando la dirigenza e il

³² D.d.l. 30 ottobre 2017, in materia di “*Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*”.

personale del Ssn. Più specificamente, il *Comitato di settore Regioni-Sanità per la dirigenza medica, veterinaria, sanitaria, delle professioni sanitarie e per il personale dei livelli*, ha disposto che l'attività di redazione e rinnovo dei contratti del personale si ispiri a due capisaldi:

- Convergenza delle disposizioni con l'assetto normativo;
- Revisione delle carriere e impiego delle risorse utili a motivare il personale.

La ridefinizione contrattuale proposta tiene conto sia delle esigenze dettate dai protagonisti dell'agire assistenziale, sia del mutato contesto assistenziale: è infatti contemplato un riordino delle professioni attento all'affermarsi dei presidi organizzati per intensità di cure, degli Ospedali di comunità e, in generale, di tutta quella parte di assistenza erogata in via distrettuale-territoriale. Secondo il Comitato, queste realtà impongono una ripianificazione dell'assetto delle carriere e una riconsiderazione del modello di utilizzo delle risorse.

Sul piano professionale, gli Atti di indirizzo ridisegnano l'area della dirigenza e pongono norme utili al raggiungimento della parità di genere nell'attribuzione degli incarichi.

Infine, il lavoro del Comitato produce la suddivisione del personale nelle seguenti aree funzionali:

- *Area sanitaria*; include professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione e le arti sanitarie ausiliarie.
- *Area dell'integrazione sociosanitaria*; assistenti sociali, educatori professionali e operatori socio - sanitari.
- *Area di amministrazione dei fattori produttivi*; personale amministrativo, tecnico e professionale.
- *Area tecnico-ambientale*; personale operante nelle Aziende regionali per l'Ambiente.

Tenendo conto di un assetto teso a superare il modello ospedalocentrico in favore della medicina di prossimità, i nuovi Atti di indirizzo suscitano un dibattito sulla

corretta gestione delle risorse umane. È del tutto evidente come l'affermarsi di un nuovo modello di assistenza richieda una messa in discussione non solo delle strutture fisiche presso le quali erogare le prestazioni, ma anche delle professionalità impegnate nell'attività di cura.

Disporre di personale preparato, motivato e correttamente impiegato è una priorità se si intende promuovere una cultura conforme al paradigma della medicina territoriale. Basti pensare che «nonostante esista una vasta gamma di fattori che possono influenzare le performance organizzative, quali la struttura organizzativa, la tecnologia impiegata e la strategia condotta, il loro impatto sulla performance è minore rispetto a quello generato dal sistema di gestione delle risorse umane»³⁴. Sostanzialmente, le mosse vincenti sono la valorizzazione e la responsabilizzazione del personale, che presuppongono quattro tipologie di intervento:

a) *Formazione*

Si ritiene che l'attività di formazione del personale conduca naturalmente a un maggiore impegno, oltre a migliorare la qualità delle cure grazie all'acquisizione di competenze.

b) *Azioni di sviluppo individuale*

Programmi di sviluppo individuale aiuterebbero soprattutto a combattere la stanchezza emotiva, con un conseguente incremento della dedizione al lavoro.

c) *Partecipazione ai processi decisionali*

Consentire al personale di esprimere pareri e proporre soluzioni accrescerebbe l'efficienza lavorativa.

d) *Comunicazione tra dipendenti e manager.*

Si tratta di interventi che si prestano ad un'applicazione concreta anche nelle aziende sanitarie, dove i difetti di obsolescenza delle competenze e di alienazione della condizione lavorativa implicano rischi concreti per la salute degli assistiti. L'idea di base è che il ricorso a queste soluzioni possa favorire il work engagement, con effetti benefici per tutti i portatori d'interessi. Questo disegno

³⁴ V. Esposito, A. Caride Balado, I. Pescatore, Prospettive in organizzazione, *La gestione delle risorse umane in sanità: il ruolo del work engagement*, 14 luglio 2017, <http://prospettiveinorganizzazione.assioa.it/la-gestione-delle-risorse-umane-in-sanita-il-ruolo-del-work-engagement-esposito-caride-balado-pescatore/>

sarebbe realizzabile solo producendo un deciso ribaltamento della tradizione, superando la logica degli incentivi e del controllo, in favore della «[...] ricerca del migliore impiego e della valorizzazione del capitale umano disponibile, costituito dalle conoscenze, capacità e abilità dei propri dipendenti. Ciò allo scopo di rafforzare il contributo che le persone possono dare al conseguimento degli obiettivi strategici e alla erogazione di servizi di elevata qualità»³⁵.

Nel corso dell'analisi sul personale, abbiamo individuato un indirizzo riconosciuto chiaramente dalle nuove disposizioni legislativo-contrattualistiche: quello *place-based*. Dell'assistenza territoriale si parlerà in un capitolo dedicato, ma vale la pena considerarne i risvolti sul personale sanitario. Credere nella medicina di prossimità implica l'accettazione di una conseguenza: la capillare diffusione sul territorio di numerosi servizi, in luogo della rigida centralità ospedaliera. Per il Servizio sanitario nazionale – e per i Servizi regionali – si tratta di una sfida ambiziosa ma complessa, consistente nel mettere in rete offerta di prestazioni, accessi e competenze multidisciplinari. La messa a sistema passa per l'affermazione di quello che viene definito *Knowledge Management (KM)*, la cui finalità consiste nel rendere disponibile il patrimonio informativo dell'azienda a tutti coloro che ne hanno bisogno per svolgere la propria attività.

Il KM è «[...] una modalità strategica di gestione del capitale intellettuale [...] che ha come obiettivo la costruzione di un sapere diffuso all'interno dell'organizzazione e che richiede un approccio integrato, che tenga conto di tre categorie di variabili: le persone, i processi e le tecnologie»³⁶. Le persone sono titolari della parte prevalente del sapere e di quella conoscenza tacita, cioè esprimibile solo con l'azione e come tale non immagazzinabile all'interno di una banca dati. Pertanto, i processi e le tecnologie vanno considerati solo nella misura in cui favoriscono la circolazione delle informazioni.

I processi di aziendalizzazione hanno richiesto anche una revisione dell'organizzazione, immettendo figure nuove o stravolgendo le identità precedenti, prevedendo competenze manageriali in ruoli tradizionalmente clinici con l'intento di dare risposta alla «crescente complessità organizzativa delle strutture sanitarie [...], a sua volta portato di più evoluzioni, tra le quali il

³⁵ Ivi

³⁶ A. D'Adamo, B. Polistena, *Il sistema sanitario della Basilicata nel 2010-2011, Ammalarsi meno, curarsi meglio*, Milano, The McGraw-Hill Companies, 2012, p. 294.

progresso scientifico in ambito clinico [...] e le crescenti esigenze di sicurezza del paziente»³⁷.

Com'era prevedibile, l'emersione di nuovi incarichi e il sorgere di responsabilità addizionali ha prodotto, e ancora oggi produce, «[...] resistenze da parte del personale sanitario, che spesso ha vissuto l'aziendalizzazione come un attacco alla propria autonomia professionale e come un tentativo di far prevalere le logiche economiche di efficienza o di costo-efficacia rispetto a quelle tradizionali della cultura clinico-assistenziale»³⁸. Chiunque promuova delle politiche pubbliche è tenuto a mettere in conto il manifestarsi di resistenze ai processi di cambiamento e deve immaginare in principio dei percorsi utili al superamento delle riluttanze. La prospettiva di chi scrive, è che lo strumento privilegiato per la diffusione – tra gli operatori – di una cultura contemporanea sulla gestione delle risorse umane in sanità sia rinvenibile nel contesto dell'Educazione continua in medicina (Ecm). L'Ecm origina non solo un'aspettativa di miglioramento della singola prestazione curativa, ma «deve anche rappresentare lo strumento di cambiamento dei comportamenti individuali e collettivi, indispensabile per [...] garantire la qualità e l'innovazione dei servizi»³⁹.

Il sistema italiano di Educazione continua in medicina trae origine dalle indicazioni dettate dall'Oms ed è stato sistematizzato dal d.lgs. n. 299/1999 e, prima ancora, dal d.lgs. n. 502/1992. Il legislatore chiarisce ciò che può qualificarsi come *formazione continua*:

- L'aggiornamento professionale successivo agli studi, diretto ad adeguare per tutto l'arco professionale le proprie conoscenze professionali;
- La formazione permanente, diretta al miglioramento delle competenze e abilità professionali, nonché del comportamento degli operatori sanitari, adeguandole al progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire l'efficienza, l'efficacia, la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni.

³⁷ Ivi, p. 300.

³⁸ Ibidem.

³⁹ F. Fazio, *Educazione continua in medicina: una sfida culturale per la qualità del sistema formativo*, in «Monitor», a. X, n. 28, 2011, p. 5-6, http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/Monitor_28.pdf.

Potremmo inquadrare nella seconda categoria, quella della formazione permanente, anche l'apprendimento di principi che rendano coerente il Ssn con le cicliche evoluzioni del sistema. L'invito, se così vogliamo definirlo, è ad organizzare l'Ecm mirando non solo all'acquisizione di competenze strettamente mediche, ma anche ai bisogni organizzativi delle aziende sanitarie, così che una formazione globale concorra all'innestarsi di consapevolezze talvolta rigettate. Il consolidarsi di una prospettiva comune tra burocrazia politica e dipendenti in tema di governance delle risorse umane, potrebbe lenire il rischio che le attività di valutazione del personale si trasformino in una sorta di *resa dei conti* tra soluzioni contrapposte. Specie per quanto riguarda le progressioni di carriera, nella comunità medica sembra ormai essersi affermata una cultura del merito suppletiva del criterio storico dell'anzianità di servizio. Se per *merito* intendiamo comportamenti virtuosi quali i risultati raggiunti, l'impegno, la qualità di adattamento al mutare del contesto, lo spirito di iniziativa e la partecipazione a momenti innovativi⁴⁰, dobbiamo altresì riconoscerne il difficile grado di verificabilità e – conseguentemente – la maggiore attrattività esercitata sui policy maker da dati oggettivi quali l'anzianità di servizio. Per questa ragione «alcune Aziende [...] non hanno mai investito e sviluppato sistemi di valutazione efficaci del personale, limitandosi a erogare gli incentivi economici [...] in presenza di una valutazione più formale che sostanziale». Si è quindi costituito un metodo distorto, in forza del quale la premialità – che, ricordiamo, ha dei costi – è potenzialmente riconosciuta anche in presenza di comportamenti professionali inerziali.

Nel quadro delle regioni sottoposte a Piano di rientro (ma non solo), le implicazioni economiche di un criterio tanto controverso sono qualificabili come sprechi. Al contrario, ricorrere a una premialità consapevole consentirebbe ai Sistemi sanitari regionali di razionalizzare la spesa, di declinarla in senso costruttivo e di investire sul valore del capitale umano come fattore di sviluppo. A tal proposito, in un'edizione della rivista *Monitor* dedicata alla contrattazione integrativa nelle Aziende sanitarie⁴¹ viene proposto un esempio di modello di valutazione che vale la pena riportare come contributo alla nostra analisi:

⁴⁰ Contratto collettivo nazionale - Comparto Sanità 1998-2001, <https://www.aranagenzia.it/contrattazione/comparti/sanita/contratti/448-ccnl-normativo-1998-2001-economico-1998-1999.html>

⁴¹ C. Micali, *La valutazione del personale*, in «Monitor», a. VIII, n. 23, 2009, p. 42.

UN MODELLO DI VALUTAZIONE

Il sistema di valutazione delle prestazioni è strumento semplice, oggettivo e condiviso per correlare interventi economici a prestazioni effettive, pianificare la gestione e lo sviluppo delle risorse umane, chiarire e migliorare i rapporti tra gli operatori ed i propri responsabili. In particolare, è opportuno che la valutazione degli operatori:

- sia riferita agli obiettivi ed alle finalità dell'Azienda;
- sia preceduta dall'autovalutazione, ossia dal giudizio che ciascun dipendente formula sul proprio operato;
- sia comunicata e discussa, e venga considerata un'opportunità di crescita professionale;
- tenga conto di risultati ed elementi quanto più oggettivi possibili;
- si riferisca ad uno standard per consentire la conoscenza preventiva di una prestazione attesa;
- sia analitica e ponderata in funzione dei profili professionali considerati nonché delle aree di attività.

In considerazione di quanto sopra, l'Azienda adotta un sistema di valutazione permanente delle prestazioni i cui esiti si applicano ai fini del riconoscimento della produttività e della progressione economica orizzontale (passaggi di fascia).

Il sistema di valutazione fa riferimento a tre ambiti di particolare rilievo per l'Azienda:

- l'impegno, rilevabile dal comportamento consapevole del singolo operatore;
- la capacità, connaturata nell'individuo e/o acquisita nel corso dell'esperienza professionale e che può, con il tempo e l'impegno, essere sviluppata;
- l'arricchimento professionale in termini di conoscenza, che fa parte del patrimonio individuale e può essere anch'esso sviluppato e accresciuto.

Per ciascuno degli ambiti considerati sono individuati dei fattori di valutazione (totale: n°10) caratteristici delle prestazioni attese dai singoli profili professionali e derivati dal dettato contrattuale. Ognuno di questi, di seguito indicati, è graduato su cinque livelli di intensità descritti analiticamente solo per i gradi 1, 3 e 5, restando inteso che i gradi 2 e 4 assumono un valore intermedio.

Impegno

- Rispetto dei regolamenti e delle direttive
- Disponibilità ad adattare il proprio orario alle esigenze di servizio
- Precisione operativa -Relazioni tra dipendenti

-Relazioni con l'utenza

Capacità

- Capacità di comunicare
- Capacità organizzativa
- Competenza tecnica

Arricchimento professionale

- Aggiornamento
- Conoscenza degli obiettivi

Il punteggio (in centesimi) ottenuto con la valutazione dei fattori ricompresi nell'ambito dell'impegno viene considerato ai fini della liquidazione del saldo dell'incentivazione alla produttività. Tale punteggio è il prodotto di due elementi:

- ponderazioni specifiche per profilo professionale e per area di attività;
- valutazione confermata per ogni singolo fattore dal valutatore di riferimento nel colloquio di valutazione (gradi 1-5).

Per ciascuno dei fattori è definito lo standard di riferimento per la prestazione attesa (disponibile sulla intranet aziendale). I fattori di valutazione, raggruppati nei tre ambiti, sono proposti sulla scheda di valutazione, la quale è composta di alcuni campi tra cui lo spazio per l'autovalutazione.

Valorizzazione delle risorse umane, Educazione continua in medicina e accurata valutazione sono solo alcuni degli elementi che possono generare meccanismi virtuosi nella gestione del personale, aiutando le regioni in Piano di rientro ad acquisire stabilità finanziaria e ad offrire servizi conformi alla domanda. Per un Ssr, affrontare il problema del personale significa scegliere il giusto punto dal

quale partire per godere di solidità e armonia. Bisognerà individuare forme di collaborazione tra gli addetti ai lavori che prevedano una maggiore disponibilità al confronto, l'abbandono di posizioni conservative e la propensione a vicendevoli assunzioni di responsabilità. In tema di responsabilità, l'esempio tipico è quello della medicina difensiva. Come sappiamo, la medicina difensiva «fa riferimento a tutte le pratiche mediche finalizzate non tanto a formulare una corretta diagnosi o a fornire un effettivo beneficio al paziente, quanto piuttosto a evitare una denuncia per *malpractice*»⁴². Per quanto implicitamente vietata dall'art. 13 del *Codice di deontologia medica*, la medicina difensiva simboleggia una piaga per i conti della sanità. Questa criticità è pienamente rappresentativa dello spirito solidale che dovrebbe venire a costituirsi tra personale e amministrazione. Infatti, un apparato *in salute* si doterebbe di linee guida e banche dati⁴³ utili stabilire criteri certi a tutela dei medici e degli utenti, in modo tale da non lasciarli soli al cospetto dei rischi rappresentati da contenziosi costosi e logoranti tanto per i diretti interessati, quanto per le aziende.

In definitiva, l'esempio della medicina difensiva è fortemente esplicativo di tre premesse imprescindibili:

- a) la *responsabilità* come valore condiviso da dipendenti, struttura amministrativa e utenti;
- b) la *chiarezza* dei rapporti tra i portatori di interessi;
- c) la *comunicazione* come fulcro del sistema.

Una regione in grado di scolpire questi elementi sulla tavola dei principi sul personale, potrà amministrare l'intricata vicenda sanitaria con maggiore serenità. D'altro canto, in una condizione di scarsa disponibilità economica, la pubblica amministrazione può reagire solo attraverso investimenti mirati in settori strategici.

3.2 La farmaceutica

⁴² Toth, op. cit., p. 109

⁴³ F. Bevere, *Medicina difensiva. Ripartire dal rapporto medico-paziente*, in «I quaderni di Monitor, Medicina difensiva - Diffusione e impatto economico. Un modello di valutazione», 2015, <http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/accreditamento/governance-nazionale/medicina-difensiva-diffusione-impatto-economico-modello-valutazione>

Come dimostrano i numeri, quella della spesa farmaceutica – sia essa territoriale o ospedaliera – è una delle voci che più influenzano il bilancio della sanità.

Naturalmente, le regioni in Piano di rientro ne sono interessate in maniera significativa e, nel contesto dei Programmi operativi, agli apparati pubblici spetta promuovere interventi orientati alla razionalizzazione del ramo.

La Regione Abruzzo è corsa ai ripari con articolati provvedimenti, impostando una strategia diretta a colpire le criticità alla radice, attraverso:

- la diffusione di una cultura dell'appropriatezza prescrittiva e fruitiva;
- l'individuazione dei medici altospendenti;
- l'incentivazione all'utilizzo dei farmaci generici;
- una più attenta definizione del ricorso alla gara per l'acquisto dei prodotti farmaceutici.

Le prime tre attività sono strettamente collegate tra loro e attengono alla figura del medico quale prescrittore consapevole e al correlato rapporto di fiducia che si ritiene debba instaurarsi tra quest'ultimo e il paziente. Sulla costituzione di una cultura consapevole sul farmaco, nel Programma operativo 2010 vengono previsti interventi quali «la predisposizione di una specifica reportistica destinata ai medici prescrittori, l'elaborazione di Linee di indirizzo [...] e l'attivazione di specifici corsi di formazione destinati sia ai medici convenzionati che dipendenti»⁴⁴.

L'individuazione dei medici altospendenti è perseguita per mezzo di un apposito Accordo con i Medici di Medicina Generale. Peraltro, lo stesso Accordo prevede ricompense sia per coloro che dimostrano comportamenti prescrittivi virtuosi, sia per i medici che incentivano il ricorso al farmaco equivalente. Come accaduto nel resto d'Italia, il più diffuso ricorso ai farmaci generici, ha consentito all'Abruzzo di risparmiare oltre 6 milioni di euro nel solo 2012.

Le maggiori difficoltà riscontrate nel rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla normativa nazionale, indicano come il percorso che conduce alla piena implementazione delle quattro operazioni strategiche sia ancora lungo e tortuoso. Persistendo prevalentemente il problema dell'appropriatezza, le Asl abruzzesi hanno attivato percorsi di monitoraggio nell'ambito dell'istituzione di una

⁴⁴ V. Santucci, op. cit., p. 58.

Commissione terapeutica aziendale. Queste scelte hanno consentito sia un risparmio economico che il contemporaneo miglioramento dell'assistenza domiciliare, grazie a somministrazioni operate dal personale Adi.

L'ultima delle quattro attività ha previsto una gara sui farmaci e i vaccini indetta nel 2011 dalla Asl di Lanciano-Vasto-Chieti, il cui criterio di aggiudicazione è stato quello del prezzo più basso⁴⁵. L'esperimento ha prodotto un risparmio superiore a venti milioni l'anno per tre anni, costituendo un precedente virtuoso per le altre Aziende regionali.

Negli anni cruciali del Piano di rientro, per quanto riguarda i comportamenti di consumo farmaceutico, in Abruzzo si è osservato un trend comune all'intero territorio nazionale, contrassegnato da due difetti ugualmente allarmanti:

- un aumento delle confezioni consumate;
- una diminuzione dei farmaci per automedicazione⁴⁶.

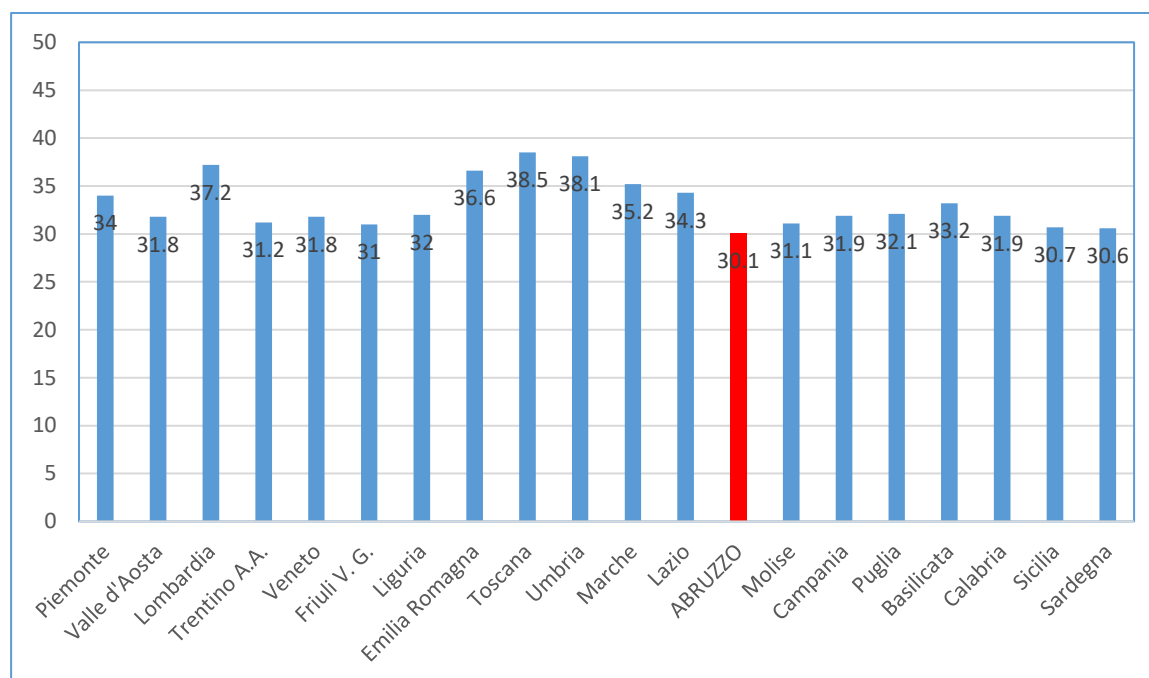
L'aumento dei consumi è esplicativo sia della preoccupante assenza di consapevolezza degli utenti sull'impiego dei medicinali, sia della reiterazione di un'eccessiva leggerezza prescrittiva. Il decremento dell'attività di automedicazione, se non accompagnato da un abbattimento delle manifestazioni patologiche, può essere indice di eccessiva domanda di prodotti farmaceutici inopportuni. Del resto, che tra cittadini e farmaci non vi sia un rapporto equilibrato – e che i garanti della loro salute non li aiutino – è dimostrato anche dai dati sulla spesa per i farmaci equivalenti: nel Sud Italia (che, come sappiamo, raccoglie la maggioranza delle regioni in Pdr) la spesa per i farmaci ex originator è infatti più elevata di quella osservata al Nord (Graf. 3.2.1)⁴⁷. Un vero e proprio paradosso, se consideriamo che nel Meridione, potendo i consumatori contare su livelli di reddito storicamente più bassi, si dovrebbe optare per i meno costosi farmaci equivalenti.

⁴⁵ V. Santucci, op. cit., P. 66.

⁴⁶ A.C. Bernardini, *Assistenza farmaceutica: gli effetti delle politiche di contenimento*, in «Crisi economica e Sanità: come cambiare le politiche pubbliche – IX Rapporto Sanità CREA» a cura di F. Spandonaro, http://www.creasanita.it/images/rapportosanita/9/PDF_Definitivo_IX_CREA.pdf

⁴⁷ Ivi p. 276.

Grafico 3.2.1 – Spesa percentuale regionale dei farmaci equivalenti sul totale della spesa territoriale



Nonostante le difficoltà tipiche della fase iniziale, l'attività di riforma farmaceutica promossa dalla struttura commissariale con il Piano di rientro ha consentito alla Regione di raggiungere traguardi di rilievo nazionale, tanto da farne punto di riferimento per le regioni *canaglia*. Tra i traguardi, possiamo citare la forte riduzione dei tempi di pagamento per la spesa farmaceutica⁴⁸ e, soprattutto, la ricerca⁴⁹ condotta nel 2016 dall'*Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture*, inerente la capacità delle stazioni appaltanti di acquistare farmaci a prezzi vantaggiosi. La ricerca è stata costruita sulla base di due indicatori:

- il primo, utilizza la posizione (rango) della stazione appaltante, relativamente a ciascun farmaco, nell'ordinamento dei prezzi di acquisto trasmessi da tutti i soggetti che hanno acquistato quel farmaco;
- il secondo indicatore tiene conto del rapporto tra prezzo di acquisto della stazione appaltante ed un prezzo arbitrariamente fissato.

⁴⁸ ANSA, *Regione Abruzzo riduce tempi pagamento spesa farmaceutica*, 2 novembre 2017, <https://www.federfarma.it/Edicola/FiloDiretto/Filodiretto/novembre2017/02-11-2017-15-32-57.aspx>

⁴⁹ Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, *Analisi territoriale comparativa nell'acquisto dei farmaci ad uso ospedaliero*, novembre 2013, <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9368827.pdf>.

Considerate ai fini della ricerca due delle quattro Asl abruzzesi (Azienda USL Pescara; Asl Lanciano-Vasto-Chieti), la regione adriatica ha conquistato le prime posizioni per entrambi gli indicatori (Graf. 3.2.2; Graf 3.3.3), chiudendo con un terzo posto complessivo a livello nazionale, appena dietro a Veneto e Piemonte. Ma a destare interesse non è tanto il raggiungimento del podio, quanto il risultato opposto degli altri territori in deficit, nei quali si evidenzia un ritardo grave.

Grafico 3.2.2 – Graduatoria per regione sulla base dell'Indicatore 1

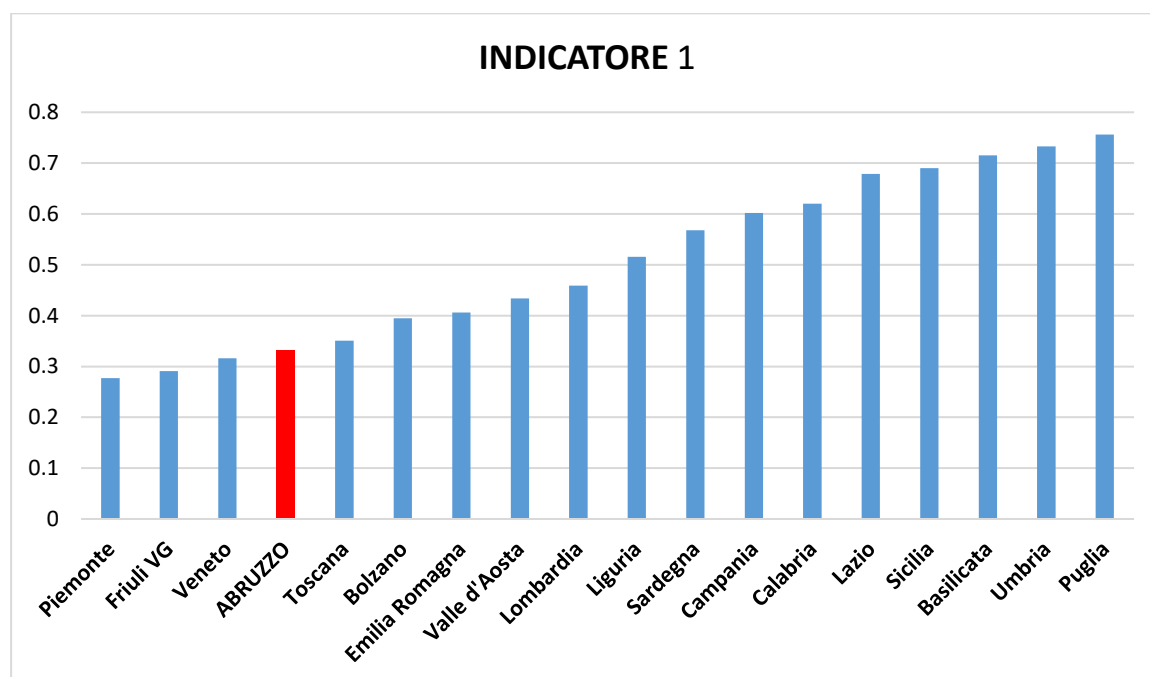
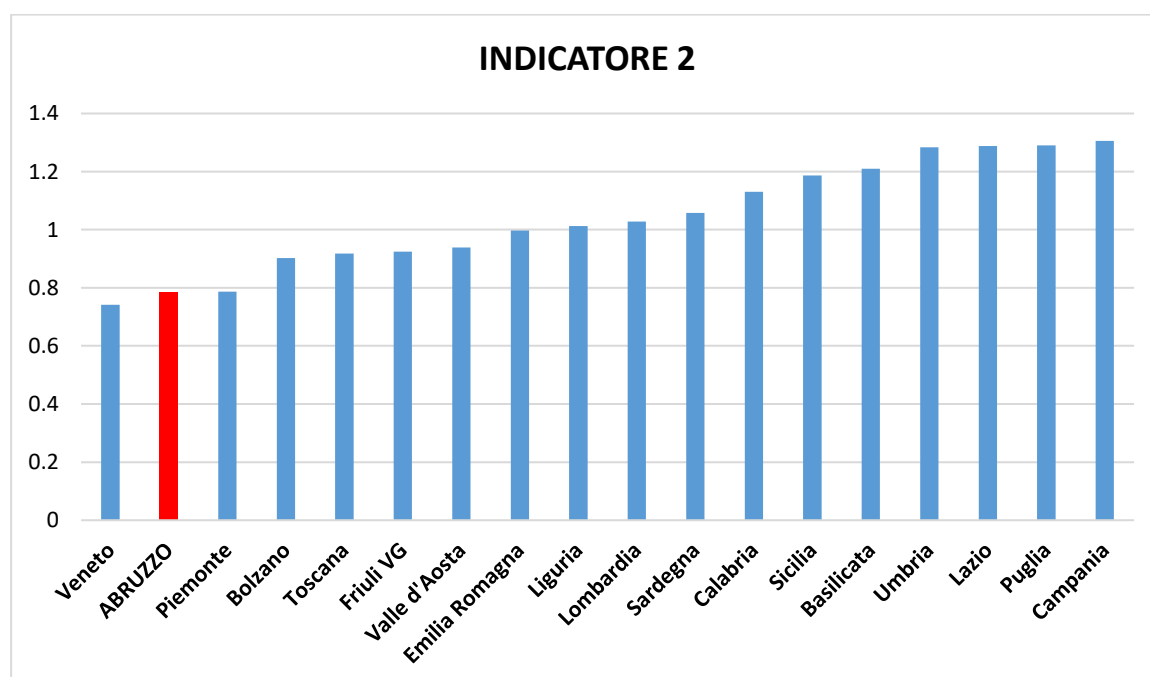


Grafico 3.2.3 – Graduatoria per regione sulla base dell'Indicatore 2



Probabilmente non disponiamo ancora di un quantitativo sufficiente di dati per esprimerci accuratamente sulla buona riuscita delle operazioni di riduzione ed efficientamento della spesa farmaceutica. Ad ogni buon conto, i risultati d'eccellenza raccolti dall'industria farmaceutica abruzzese sembrano suggerire alla politica di intraprendere la rotta degli investimenti: in tutto il Mezzogiorno, l'industria del farmaco vanta numeri superiori alla media UE per produttività, export e innovazione; l'Abruzzo sembra potersi proporre come Regione di riferimento nella costituzione di una filiera che sfrutti il passaggio del made in Italy dalle vecchie quattro "A" (automazione, abbigliamento, arredo-casa e alimentari) alle nuove 5 "M" (mangiar bene, moda, mobili, meccanica e medicinali)⁵⁰, ponendo al vertice il Polo industriale e scientifico de L'Aquila.

3.3 I rapporti con gli operatori privati

Esistono dei temi che, quando affrontati, innescano nell'opinione pubblica dei meccanismi di associazione. È esattamente ciò che accade quando si parla di privati e di sanità abruzzese, del cui Ssr – ad un certo punto della storia – sembra sia venuta meno la facoltà di discutere serenamente.

Attorno alla sanità abruzzese, il clima diventa incandescente con lo scoppiare del caso *sanitopoli* che – nell'ambito di un'inchiesta inerente la cartolarizzazione dei crediti delle cliniche private – nel 2008 porta all'arresto dell'allora Governatore Ottaviano Del Turco, di alcuni dirigenti e di parte della maggioranza consiliare. Su impulso di una denuncia presentata da Enzo Maria Angelini, vertice di "Villa Pini D'Abruzzo" (la più importante casa di cura privata della Regione), si arriva alla contestazione di reati quali la concussione, l'associazione a delinquere, la corruzione e la truffa che, di fatto, trascinano nel baratro l'intera governance sanitaria.

Questi fatti hanno reso il rapporto con gli erogatori privati accreditati una sorta di campo minato. Avendo già assunto gli obblighi derivanti dal Piano, politica e burocrazia regionale si sono trovate sotto la lente di ingrandimento dei ministeri e sotto il concomitante giudizio della collettività. Per di più, le scarse performance

⁵⁰ *Farmaceutica in Abruzzo: eccellenza made in Italy*, in «www.sania24ilsole24ore.com», 28 novembre 2014, <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/imprese/2014-11-28/farmaceutica-abruzzo-eccellenza-hitech-120803.php?uuid=AbjOGyhK>

dell'assistenza distrettuale pubblica rendevano imprescindibile l'ausilio delle prestazioni da privato, soprattutto sul fronte riabilitativo.

Di fatto, andavano ricostruite sia l'efficienza del sistema che la sua credibilità.

Attraverso la stipula dei contratti, si decise di partire dalla fissazione di un sistema di regole chiarificatrici dei tetti di spesa e delle reciproche responsabilità, con l'intento di frenare l'attività di fatturazione selvaggia. L'Abruzzo ha quindi ridotto progressivamente il budget a disposizione delle case di cura private; la Tabella 3.3.1 raccoglie le informazioni sul budget previsto in tre anni cruciali: il 2008, primo anno completo sotto Pdr; il 2010, anno del pareggio di bilancio; il 2014, anno nel quale il Presidente D'Alfonso comunica al Tavolo di monitoraggio la volontà di uscire dal Commissariamento.

Tabella 3.3.1 – Budget a disposizione delle case di cura private ⁵¹

ANNO	BUDGET TOTALE
2008	164.070.451
2010	131.697.829
2014	123.963.659

In continuità con i precedenti Nuclei Ispettivi Periferici (NIP), la lotta agli sprechi provocati da prestazioni inappropriate e la vigilanza sul comportamento degli operatori privati viene affidata ai costituendi Nuclei Operativi di Controllo (NOC) in modo da contrastare frodi diffuse, come ad esempio la segmentazione di una singola prestazione in più episodi di ricovero, al fine di moltiplicare le fatturazioni. L'opera dei NOC costituisce un'attività di controllo esterno che, nel disegno complessivo, dovrebbe intersecarsi con i controlli interni promossi dalle Direzioni sanitarie.

Infine, il Commissario ad acta è intervenuto anche sull'organizzazione dei servizi forniti dai privati, disponendo una riduzione dei posti letto, come stabilito dal progetto regionale di deospedalizzazione, e l'accorpamento in consorzi di numerosi ambulatori privati.

⁵¹ V. Santucci, op. cit., p. 68-69.

3.4 Il riordino della rete ospedaliera

Quando si lavora per portare a compimento gli obiettivi previsti da un Piano di rientro, l'attività basilare è la lotta ai costi, da condurre sotto forma di contenimento e riallocazione. L'assunto, assume una rilevanza ulteriore quando ci si occupa del ramo che, più degli altri, impegna e determina i processi di spesa: l'organizzazione ospedaliera. La pressione esercitata sul bilancio dalle attività ospedaliere discende da ragioni culturali e strutturali. Le ragioni culturali includono la concezione ospedalocentrica dell'assistenza sanitaria, che guarda alla degenza per acuti (ossia al servizio di degenza erogato a sostegno di pazienti che manifestano forme acute di malattia) come prima istanza di ogni processo curativo, bypassando il valore dei servizi distrettuali. Conformemente all'assunto del primato dell'ospedale, i decisori hanno forgiato strutture ad alta concentrazione di servizi scarsamente integrati e quindi poco efficienti nell'impiego delle risorse.

Una regione in Piano di rientro non può pretendere di risollevarsi dal deficit senza intervenire con decisione sulla rete ospedaliera, persino a costo di mettere a repentaglio dei dogmi. Anche sulla scorta di indicazioni nazionali (vedi *spending review*), la Regione Abruzzo a partire dal 2007 si è trovata nella condizione di dover razionalizzare un'assistenza caratterizzata dalla forte presenza ospedaliera, in termini di numero dei presidi (35 in totale, di cui 13 privati), ospedalizzazione e durata media delle degenze.

Momento decisivo nel complesso degli sforzi regionali è stata la Delibera commissariale n. 45 del 2010 che, nel novero delle disposizioni previste dal Piano sanitario 2008-2010, ha stabilito il riordino della rete ospedaliera ponendo dei principi sui fabbisogni e dettando le regole sulla riconversione dei presidi per acuti non più sostenibili. Restava sul tavolo un grave problema di inappropriatezza, tanto che tra il 2011 e il 2012 la struttura commissariale è intervenuta con un Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate, destinato a instaurare uno specifico legame tra ricoveri e Drg, e si è affidata al lavoro ispettivo effettuato dai Noc. Le azioni di contrasto all'inappropriatezza, pur non riuscendo a contenere l'emorragia dei ricoveri fuori regione, hanno prodotto una diminuzione dei ricoveri in tutte le province per un totale di -55.386 nel quinquennio 2008-2012. Nella Tabella 3.4.1 sono raccolti dati percentuali che si riferiscono al rischio di inappropriatezza riscontrato in

alcuni presidi di ciascuna delle quattro Asl abruzzesi. Dei presidi considerati, tre sono privati: “Di Lorenzo”, “Villa Pini” e “Villa Serena”. La riduzione delle inappropriatezze sembra essere perseguita.

Tabella 3.4.1 - Percentuale rischio ricoveri inappropriati

Denominazione	Anno 2015	Anno 2016
Asl Avezzano – Sulmona – L’Aquila		
San Salvatore	15,7	11,0
Di Lorenzo	19,2	7,0
Asl Lanciano – Vasto – Chieti		
SS. Annunziata	15,0	9,0
Villa Pini	48,4	11,0
Asl Pescara		
Santo Spirito	27,5	20,0
Villa Serena	11,5	11,0
Asl Teramo		
Mazzini	18,1	17,0

Come disposto dal Decreto Legge 95/2012⁵², l’Abruzzo si è adoperato anche in un’importante attività di riduzione dei posti letto, il cui numero complessivo è passato dai 6.480 del 2005, ai 4.391 del 2016, raggiungendo un valore di 3,30 per 1000 residenti, inferiore al 3,7 stabilito dalla norma.

In virtù della rinnovata attenzione all’assistenza distrettuale e del contrasto ai ricoveri inappropriati, la Regione ha sensibilmente ridotto il suo tasso di ospedalizzazione, anche nel confronto con le altre regioni in Pdr (Tab. 3.4.2).

Tabella 3.4.2 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per 1000 residenti

Regione	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ABRUZZO	254,15	219,66	201,21	185,85	176,21	170,22	164,91	162,11	153,73
Calabria	233,32	218,35	219,17	182,40	180,83	171,77	162,15	148,46	139,20
Campania	242,22	235,88	234,60	223,70	204,17	195,78	193,12	187,30	177,92
Lazio	233,30	207,03	200,00	191,34	180,58	166,32	173,03	164,16	149,17
Molise	237,00	222,98	219,99	197,58	200,56	188,31	178,78	174,19	171,21
Puglia	223,25	222,36	218,25	195,34	213,08	197,11	175,73	163,64	152,76
Sardegna	205,37	199,10	190,87	176,88	176,63	174,08	168,17	159,04	156,83
Sicilia	265,68	243,91	219,88	213,19	191,59	174,65	166,59	148,19	128,17

⁵² D.l. 6 luglio 2012, n. 95, in materia di “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”.

3.4.1 La riconversione degli ospedali: dagli acuti inefficienti agli Ospedali di Comunità

La Regione Abruzzo si è contraddistinta per aver guardato alla riorganizzazione della rete ospedaliera come ad un'opportunità per intercettare le nuove traiettorie dell'assistenza.

La conformazione della domanda di servizi e le esigenze di bilancio, hanno suggerito alla politica di sfruttare l'inevitabile riconversione dei piccoli presidi inserendoli nel circuito dell'assistenza territoriale. Con la Delibera commissariale 45/2010 è stata disposta la riconversione di 5 ospedali, due afferenti alla Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila: il S. Rinaldi di Pescara e l'Umberto I di Tagliacozzo; tre appartenenti alla zona della Asl Lanciano-Vasto-Chieti: il Maria SS Immacolata di Guardiagrele e i presidi di Gissi e Casoli; uno della Asl Pescara: il presidio di San Valentino in Abruzzo Citeriore.

I presidi riconvertiti presentavano limiti comuni: basso numero di accessi residenti, minima complessità di intervento e cure prevalentemente medico-geriatriche.

Ad esempio⁵³, l'ospedale di Pescara contava una media di appena 5 ricoveri al giorno e solo il 38% dei residenti si avvaleva delle prestazioni del presidio di riferimento. Oltre il 70% dei ricoveri era rivolto a cittadini ultra sessantacinquenni. I numeri erano ancora inferiori nel presidio di Tagliacozzo; a Casoli, il 90% delle attività era destinato alle cure della popolazione anziana; Guardiagrele, oltre a presentare numeri analoghi a quelli già descritti, si segnalava per un tasso di inappropriatazza tale da superare lo standard nazionale di oltre 10 punti.

Per ciascuna delle strutture riconvertite, la Regione ha delineato un percorso nuovo, rendendole Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), Presidi territoriali di assistenza (Pta) e stabilendovi dei Punti di primo intervento (Ppi) attivi h24.

L'itinerario tracciato è stato significativo per tutti i presidi.

San Valentino è stato oggetto dell'introduzione di un punto di alta specialità per la lotta ad una delle malattie più diffuse sul territorio: il Centro di riabilitazione cognitiva per demenze da Alzheimer che, con l'ausilio del Centro di eccellenza di studi sull'invecchiamento dell'università G. d'Annunzio di Chieti-Pescara, prevede la presa in carico del paziente in tutte le fasi della patologia, compresa la

⁵³ Santucci op. cit., pag 157.

diagnostica. All'interno del Centro, vengono svolte innovative attività di training cognitivo, una sorta di *allenamento* mirato a ritardare l'insorgenza di processi degenerativi. Con la riconversione, San Valentino – prima ancora dell'introduzione della specialità (inaugurata nel marzo del 2013) – ha raddoppiato l'utenza dalle 13.000 visite del 2010 alle 26.000 del 2012. Nei territori di Pescina, Casoli, Gissi, Tagliacozzo e Guardiagrele, i numeri sull'utenza ultra sessantacinquenne (in tutti i casi superiore al 70% sul totale dei ricoveri) hanno incoraggiato l'istituzione degli *Ospedali di Comunità*. Pienamente operativo a livello distrettuale, l'Ospedale di Comunità (OsCo) è una struttura di degenza la cui gestione è affidata prevalentemente agli infermieri (con la presenza di operatori sociosanitari), attiva h24, nella quale la responsabilità clinica è a carico dei medici di medicina generale supportati da specialisti. L'OsCo si pone in una posizione intermedia tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale ed è rivolto a quei soggetti che si trovano nella fase post-acuta successiva alla dimissione dall'ospedale, ai cronici che per ragioni cliniche o sociali non possono essere trattati a domicilio e ai malati che non dispongono del necessario supporto familiare. Il ricovero presso l'Ospedale di Comunità – la cui dotazione massima è di 15-20 posti letto – può avvenire su proposta dei medici di medicina generale, dei medici ospedalieri, di assistenti sociali o del personale Adi, ma è solo il medico curante a rilasciare il via libera per l'inserimento nella lista di attesa. Di norma, la durata massima del ricovero è di 20 giorni, decorsi i quali il paziente viene dimesso per essere inserito nel circuito Adi o trasferito in strutture a carattere residenziale. Negli OsCo un ruolo rilevante viene riconosciuto al sostegno familiare. Gli orari di visita sono infatti estremamente flessibili, allo scopo di creare un ambiente il più possibile confortevole anche sul piano emotivo. Non mancano, chiaramente, voci discordanti⁵⁴ sull'effettiva bontà degli OsCo. Qualcuno pone dei dubbi in merito ai potenziali rischi insorgenti nel passaggio dalla fase acuta a quella post-acuta: effettivamente, un paziente bisognoso potrebbe ritrovarsi a subire una pesante riduzione della quantità/qualità delle cure. La preoccupazione più diffusa è comunque quella relativa alla pericolosa sovrapposizione tra ospedale e casa di riposo.

⁵⁴ M. Trabocchi, *L'ambiguità di cura negli ospedali di comunità*, in «sanita24.ilsole24ore.com», 27 agosto 2013, <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dibattiti-e-idee/2013-08-27/lambiguita-cura-ospedali-comunita-145449.php?uuid=Abb6xpQI>

Tuttavia, visti i prospetti sull'aspettativa di vita e la conformazione demografica della popolazione, sembra lecito immaginare, per il futuro, il proliferare degli Ospedali di Comunità e, in genere, di tutte quelle strutture che si prestano ad ospitare pazienti non autosufficienti ma detentori di un quadro clinico stabile e facilmente gestibile con strumenti a bassa complessità.

3.4.2 Verso un nuovo modello di assistenza ospedaliera

Abbiamo visto attraverso quali operazioni l'Abruzzo è intervenuto allo scopo di contenere l'emorragia di spesa ospedaliera, vale a dire lotta all'inappropriatezza, la deospedalizzazione, la riconversione e il taglio dei posti letto. La riduzione dei posti letto è una politica condivisa da tutti i Paesi dell'UE che, già nel decennio scorso, ha comportato significative diminuzioni (Tab. 3.4.2.1). Dato che al Sud si registra una forte carenza di posti letto post-acuzie e un opposto eccesso di disponibilità per acuzie, si ripropone il tema della ridestinazione delle strutture non necessarie. Allo stesso tempo, un effetto collaterale della riduzione dei posti letto è l'aumento della mobilità passiva, circostanza insostenibile soprattutto per le regioni in deficit. Emerge quindi la necessità di politiche differenziate per ciascun territorio, che tengano conto delle peculiarità e delle specifiche realtà.

Tabella 3.4.2.1. – Posti letto complessivi EU-27 E Italia. Valori per 100.000 abitanti

POSTI LETTO COMPLESSIVI EU-27 E ITALIA				
	2000	2005	2010	Diff % 2010-2000
EU-27	640,10	584,10	538,20	-18,93
Italia	470,80	399,90	352,50	-33,56

Come rivelato dall'ultimo rapporto CREA⁵⁵, le politiche di deospedalizzazione hanno garantito l'umanizzazione dell'assistenza, la prevenzione dei rischi connessi all'accesso all'ospedale (es. infezioni) e sono state propedeutiche all'ottenimento di un risparmio economico.

⁵⁵ D. d'Angela, C. Giordani, B. Polistena, F. Spandonaro, *Il cambiamento della Sanità in Italia fra Transizione E Deriva sistema*, in «XIII Rapporto Sanità CREA», dicembre 2017, http://www.creasanita.it/13volume_dwn/dwn_flild/Rapporto_Sanita_2017.pdf

Nel nostro Paese tra il 2001 e il 2016 i ricoveri sono infatti scesi di oltre tre milioni, frutto del positivo *downgrading* dal regime diurno a quello ambulatoriale. Va comunque considerato che il rilancio dell'ospedale per acuti come luogo di cura dei pazienti affetti da patologie complesse, ha prodotto un automatico aumento della degenza media (+6,1% al 2015 rispetto al 2010) che, unitamente alle difficoltà di adeguamento organizzativo e gestionale delle nuove strutture, pone degli interrogativi sull'efficacia della deospedalizzazione.

Attualmente, l'intero territorio nazionale è vincolato al rispetto del nuovo "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*"⁵⁶ che pone condizioni in diversi ambiti, alcuni dei quali concernenti gli stessi aspetti oggetto delle politiche di riorganizzazione. I nuovi standard prevedono:

- un'ulteriore riduzione di 3.000 posti letto;
- obiettivo 7 giorni per la degenza media;
- possibilità di accreditamento per le sole strutture private che dispongono di almeno 60 posti letto;
- rimodulazione degli standard qualitativi dei presidi, basati sul modello della *clinical governance*.

Il regolamento entra anche nel merito dell'organizzazione ospedaliera, istituendo tre livelli di ospedale:

1. *Ospedale di base*; bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti.
2. *Ospedale di 1° livello*; bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti.
3. *Ospedale di 2° livello*; bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti.

Il Ministero della Salute recepisce lo schema della continuità assistenziale formalizzando l'esigenza di garantire piena copertura dei bisogni oltre le acuzie, attraverso il potenziamento delle strutture territoriali e l'implementazione delle

⁵⁶ D. M. 2 aprile 2015, n. 70, in materia di "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Farmacie di servizi, luoghi di promozione della salute e apprendimento dei corretti stili di vita. Il nuovo Regolamento chiude disciplinando proprio gli Ospedali di Comunità, per i quali vengono fissati standard strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza.

È importante tenere presente che agire sull'assistenza ospedaliera non è un'operazione di contabilità o di ragioneria, ma un processo che – per gradi – richiede attente valutazioni in ordine alla percorribilità delle alternative. I numeri sulla riduzione delle inappropriately sembrano suffragare le politiche di deospedalizzazione, ma queste non starebbero in piedi senza la messa a disposizione degli utenti di una rete di assistenza sufficientemente forte da sostenere il flusso di pazienti indirizzati o reindirizzati nei distretti. Il nodo è tutto qui: nel dotarsi di strutture residenziali di degenza e riabilitazione all'altezza. Le Regioni saranno veloci quanto lo sono i cambiamenti ingenerati dalla normativa nazionale? Questa e altre preoccupazioni vengono espresse da un dossier di Cittadinanzattiva⁵⁷ che, effettuando una ricognizione sul territorio, ha evidenziato le possibili criticità scaturenti da una politica incentrata unicamente sulla riduzione dei posti letto e sulla chiusura dei piccoli presidi. Pur non sostenendo l'escludibilità del ricorso alle operazioni di deospedalizzazione, Cittadinanza attiva ha formulato delle raccomandazioni condivisibili:

1. Il processo di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera non può basarsi solo sul numero di posti letto.
2. Prima di chiudere o riconvertire un ospedale, bisogna considerare:
 - a. il fabbisogno di salute della popolazione di riferimento;
 - b. l'incidenza di patologie croniche su quel territorio;
 - c. l'orografia del territorio;
 - d. la presenza di un servizio di trasporto efficace e tempestivo;
 - e. la presenza di servizi di assistenza territoriale.
3. Prevedere un piano di comunicazione rivolto alla città sulla riorganizzazione.

⁵⁷ Cittadinanzattiva, *Il punto di vista dei cittadini sulla riorganizzazione della rete ospedaliera: riconversione degli ospedali minori*, febbraio 2014, http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Lavoro-e-Professione/DOSSIER_TDM.pdf?uuid=AbAalgQJ

La ripianificazione della rete ospedaliera non si risolve solo nella valorizzazione della medicina di prossimità, della cura domiciliare e dei distretti. Così com'è reale il rischio che le strutture residenziali si tramutino in case di riposo mascherate, sono concreti i pericoli connessi allo svuotamento degli ospedali per acuti. La loro mancata riconfigurazione potrebbe accentuarne la percezione, già diffusa nella collettività, di luoghi della malattia anziché della cura. Sotto questo punto di vista, i progressi sembrano molto lenti dato che, già nel 2003, un team di ricerca proponeva soluzioni innovative ed interessanti⁵⁸, rimaste però nel cassetto delle amministrazioni pubbliche. Vale la pena riportarle, in parte per l'assunto secondo il quale le buone prassi non passano mai di moda, in parte per l'urgenza di conformare gli ospedali al quadro che si sta costituendo.

L'approfondimento deriva da un concetto ribadito a più riprese nella nostra analisi, ovvero la necessità di superare il sistema *ospedalocentrico* per costituirne uno *cittadinocentrico*, inserendo i presidi in una rete onnicomprensiva. Va primariamente definita la *mission* dell'ospedale, consistente nell'assicurare le cure appropriate, includendo attività di ricerca e formazione. Poi, il focus va spostato sulla *vision* per trasmettere il seguente messaggio: l'ospedale non è un luogo ostile nel quale si consumano attimi di sofferenza, ma uno spazio a misura d'uomo.

Chiarite mission e vision, il nuovo ospedale per acuti va modellato in base a un decalogo di principi ispiratori:

1. *Umanizzazione*

Umanizzare significa conferire centralità alla persona, superando la consueta impostazione dell'ospedale a uso e consumo degli operatori.

Ai pazienti vanno garantiti spazi confortevoli, sicuri e protetti, investendo su architettura, arredi, luminosità e igiene, in modo che tutto trasmetta calore e aiuti nella lotta al dolore.

2. *Urbanità*

Un ospedale è patrimonio dell'intera collettività, non un luogo nel quale separare i sani dai malati. I nuovi ospedali vanno inseriti urbanisticamente nelle aree periferiche, così da riqualificarle e integrarle con la città.

⁵⁸ I quaderni di Monitor, *Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia ed assistenza*, 2003, <http://www.agenas.it/accade-in-agenas/sprincipi-guida-tecnici-organizzativi-gestionali-ospedali>

3. *Socialità*

Ospedale come luogo aperto alla presenza e alla partecipazione del terzo settore.

4. *Organizzazione*

La qualità deve essere totale e prevedere processi di miglioramento continuo dei servizi offerti. Dovranno essere superate le divisioni per funzioni, lasciando il posto a un'organizzazione per processi così configurata: il paziente percorrerà un tragitto "orizzontale" attraversando una serie articolata di unità operative livellate per intensità di cure, contenitori di interdisciplinarietà e integrazione.

5. *Interattività*

La permanenza in ospedale è solo uno dei momenti del percorso diagnostico e curativo. Tutto ciò che non richiede ricovero è responsabilità dei distretti, con i quali l'ospedale intrattiene un continuo dialogo e scambio di informazioni (per mezzo di strumenti telematici per la condivisione di esami e cartelle cliniche).

6. *Appropriatezza*

All'interno degli ospedali, va instillata una cultura della correttezza delle cure e dell'uso delle risorse. Sui pazienti vanno effettuate solo le prestazioni necessarie, impiegando i mezzi consoni.

Unitamente all'abbattimento dei tempi medi, la degenza va tratteggiata in relazione all'intensità di cura: terapia intensiva (intensive care); alto grado di assistenza (high care); basso grado di assistenza (low care); degenza solo diurna (day hospital; day surgery).

7. *Affidabilità*

L'affidabilità indica una reale capacità diagnostico-terapeutica e include anche requisiti di sicurezza ambientale, tecnica e igienica della struttura.

8. *Innovazione*

L'ospedale deve saper rinnovarsi sul piano diagnostico, terapeutico, tecnologico e informatico. Anche sul fronte architettonico, occorre che l'edificio consenta il montaggio, lo smontaggio, lo spostamento e l'aggiunta di elementi.

9. *Ricerca*

I presidi ospedalieri sono territorio di ricerca clinico-scientifica e intellettuale, condotta in collaborazione con realtà esterne.

10. *Formazione*

Presso le strutture può svolgersi l'aggiornamento continuo di tutti gli operatori, in modo che questi acquisiscano le conoscenze utili a favorire l'innovazione. Non solo, l'ospedale è anche luogo di educazione sanitaria e crescita culturale dei cittadini.

3.5 I Livelli essenziali di assistenza

Nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) sono incluse le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Le singole prestazioni si articolano all'interno di tre grandi livelli:

a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica

- Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
 - tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
 - sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
 - salute animale e igiene urbana veterinaria;
 - Sicurezza alimentare - tutela dei consumatori;
 - sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening;
 - attività medico legali per finalità pubbliche.
- Assistenza distrettuale
 - 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.

b) Assistenza ospedaliera

- Pronto soccorso;
- ricovero ordinario per acuti;
- day surgery;
- day hospital;
- riabilitazione e lungodegenza post-acuzie;
- attività trasfusionali;
- attività di trapianto di organi e tessuti;
- centri antiveneni (CAV).

Buona parte delle prestazioni sopraelencate è stata oggetto di studio nei precedenti paragrafi. Non a caso, ovviamente. I Lea rappresentano il cuore del Servizio sanitario nazionale, dal cui rispetto dipendono l'efficacia e l'efficienza dell'intero sistema: sono il contenitore del diritto alla salute come diritto a prestazioni; rappresentano il fulcro attorno al quale viene stabilita la struttura organizzativa delle Aziende e dei presidi; fungono da termine di riferimento per l'accesso al finanziamento (compresa la quota integrativa); determinano la riuscita dei Piani di rientro.

In ragione della loro importanza, il monitoraggio sul rispetto dei livelli essenziali è affidato a un apposito comitato (il Comitato Lea), il quale verifica che l'erogazione delle prestazioni da parte delle regioni avvenga nell'osservanza delle condizioni di appropriatezza, qualità ed efficienza. Istituito nel 2005, è composto da:

- quattro rappresentanti del Ministero della Salute (di cui uno con funzioni di coordinatore);
- due rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze;
- un rappresentante del Dipartimento per gli Affari regionali della presidenza del Consiglio dei Ministri;

- sette rappresentanti delle Regioni designati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.

Il Ministero della Salute, supportato da Agenas e Aifa, predispone la fase istruttoria per poi passare la palla al Comitato Lea. Le regioni trasmettono una serie di informazioni, che vengono prima incrociate con i dati a disposizione del MDS e poi rappresentate sotto forma di indicatori esplicativi del rispetto delle disposizioni nazionali. La verifica si avvale della c.d. Griglia Lea, un set di indicatori ripartiti tra i macrolivelli che schematizza il monitoraggio e rende facilmente consultabili le criticità e i punti di forza riscontrati in ciascuna area. Gli adempimenti a carico delle regioni sono stati stabiliti nella Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e costituiscono premessa per l'accesso al maggior finanziamento.

Come accaduto nell'intera vicenda sanitaria regionale, i Lea abruzzesi hanno avuto un andamento altalenante e trovato adempienza solo nel 2014. Per conoscere la posizione di ciascuna regione in merito all'implementazione dei livelli essenziali, bisogna sapere che, ad ogni verifica annuale, viene stilata una sorta di "classifica" che colloca i Ssr in un'area la cui assegnazione dipende dal punteggio raccolto:

1. *Adempienza*; punteggio maggiore o uguale a 160.
2. *Adempienza con impegno su alcuni indicatori*; punteggio compreso tra 130 e 160.
3. *Critica*; punteggio inferiore a 130.

La Tabella 3.4.1 descrive il punteggio Griglia Lea registrato in tutte le regioni tra il 2007 e il 2015, il colore rosso indica l'area Critica; il giallo l'Adempienza con impegno; il verde la piena Adempienza. A causa della difficoltà nell'assistenza farmaceutica, degli anziani e dell'assenza di un'adeguata rete di hospice, l'Abruzzo ha toccato il minimo storico nel 2009 con appena 120 punti, in discesa persino rispetto al 2007 (anno di sottoscrizione del piano di rientro), collocandosi nell'area critica. Tuttavia, seppure lontanissimo dalla primatista Emilia-Romagna, il punteggio cresce già nell'anno successivo, quando la Regione centra anche l'obiettivo del pareggio di bilancio. Con 133 punti, nel 2010 l'Abruzzo entra

nell'area dell'Adempienza con impegno, nella quale rimarrà per il triennio successivo.

Tabella 3.5.1 – Punteggio Griglia Lea per Regione 2007-2015

Regioni	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	159	185	180	174	170	186	201	194	205
Lombardia	175	169	200	171	195	184	187	193	196
Veneto	179	192	163	178	182	193	190	189	202
Liguria	153	174	162	137	154	176	187	194	194
Emilia Romagna	203	175	215	208	208	210	204	204	205
Toscana	175	207	198	185	168	193	214	217	212
Umbria	190	183	180	191	184	171	179	165	189
Marche	169	177	183	180	161	165	191	192	190
Lazio	153	138	114	122	135	167	152	154	176
ABRUZZO	136	148	120	133	151	145	152	163	182
Molise	nd	161	136	126	142	146	140	148	156
Campania	140	141	117	95	101	117	136	139	106
Puglia	146	127	129	74	123	140	134	161	155
Basilicata	144	167	157	164	165	169	146	177	170
Calabria	109	97	88	99	128	133	136	131	147
Sicilia	140	124	103	108	147	157	165	170	153

Per meglio accertare l'osservanza dei Lea, il Ministero della Salute mette a disposizione i c.d. "Rosoni", rappresentazioni grafiche che riassumono il comportamento delle regioni in termini di mantenimento ed erogazione dei Livelli essenziali. Il Rosone è composto da una serie di settori circolari di ampiezza pari al peso del singolo indicatore e da quattro anelli concentrici per quante sono le classi delle soglie di valutazione. La posizione e il colore dell'etichetta consentono di individuare i punti di forza (colore verde) e livelli crescenti di criticità (dal giallo al rosso, passando per il viola).

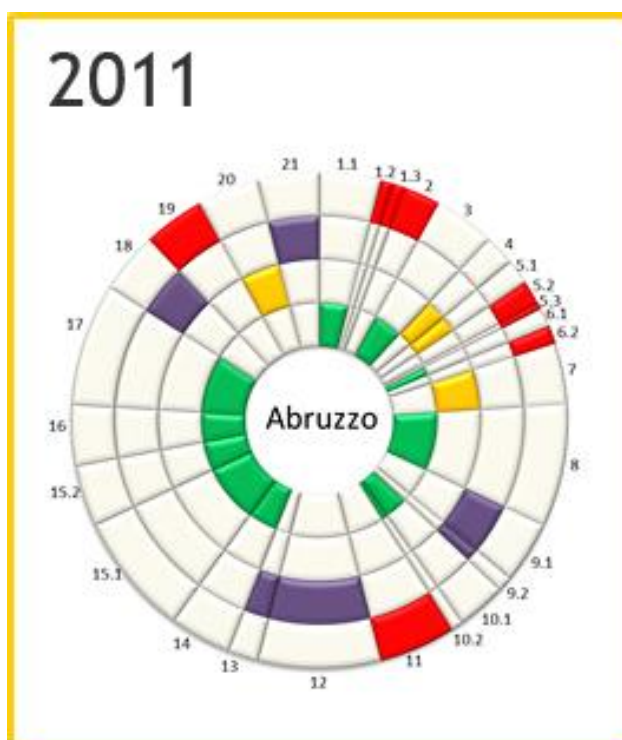
Per l'Abruzzo il 2011 è l'anno successivo al tanto sospirato pareggio di bilancio, che si traduce nella disponibilità di ben 255 milioni di euro di premialità precedentemente bloccati. Gli indicatori⁵⁹ (Fig 3.5.1) nei quali si riscontra la maggiore sofferenza riguardano la *Percentuale di pazienti over-65 con diagnosi principale di frattura del femore operati entro 3 giornate in regime ordinario* e, principalmente, i *Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore*.

⁵⁹ Ministero della Salute, Elenco indicatori Griglia Lea, 2011, http://www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/indicatori_griglia_lea_2012_2011.pdf

Tra il 2012 e il 2013 la prima delle due criticità viene parzialmente corretta, ma resta sfavorevole la condizione degli hospice che, unitamente agli esigui risultati relativi alle vaccinazioni antinfluenzali per gli anziani e alla debolezza del sistema di screening, confina l’Abruzzo nella fascia intermedia dell’Adempienza con impegno.

L’anno della svolta è il 2014, quando la sanità abruzzese riesce ad allinearsi alle regioni benchmark dell’Adempienza, grazie ai 163 punti totalizzati. Permangono alcune criticità soprattutto sul fronte vaccinale per bambini e anziani (indicatori 1.2 e 1.3⁶⁰) e sul numero di posti disponibili in strutture residenziali per la fascia più anziana della popolazione (indicatore 9.2).

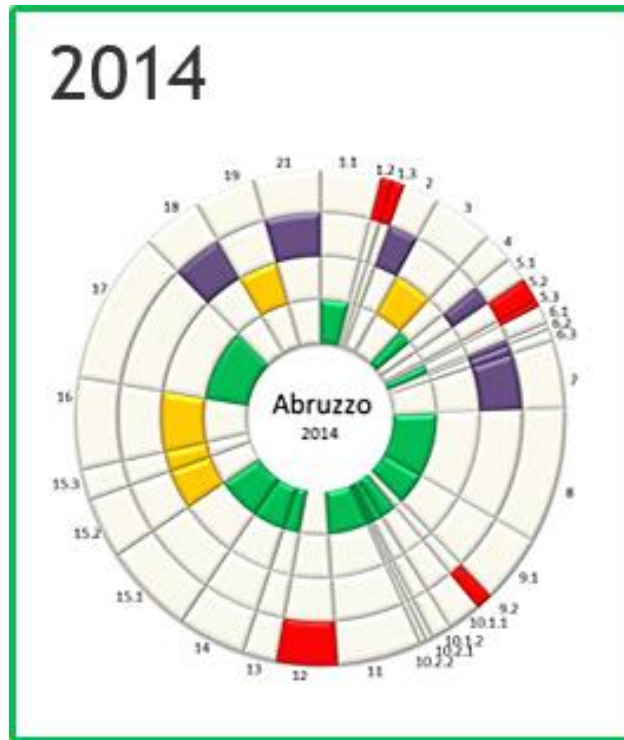
Figura 3.5.1 – Rosone degli indicatori Lea 2011



Fonte: Ministero della Salute

⁶⁰ Ministero della Salute, Elenco indicatori Griglia Lea, 2014, http://www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/indicatori_griglia_lea_2013_2014.pdf

Figura 3.5.2 - Rosone degli indicatori Lea 2014



Fonte: Ministero della Salute

Vediamo in dettaglio l'esito della valutazione su alcuni indicatori nel 2014, scelti secondo un criterio di continuità con gli aspetti che abbiamo considerato nella trattazione:

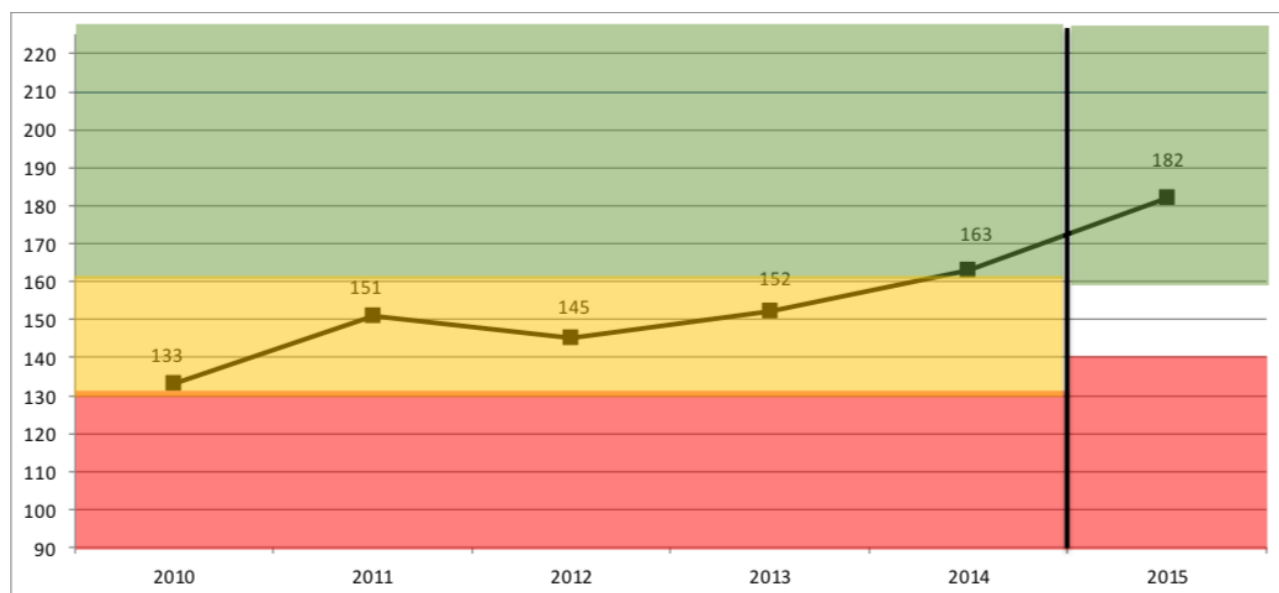
- Assistenza ospedaliera - ADEMPIENTE
La verifica ha rilevato una dotazione di 4.387 posti letto, pari a 3,29 per 1.000 abitanti, di cui 3.715 destinati a pazienti acuti e 672 per riabilitazione e lungodegenza. Si tratta di numeri in linea con le disposizioni normative vigenti.
- Appropriatezza - ADEMPIENTE
L'Abruzzo si colloca nell'area dell'adempienza in ragione di una percentuale pari al 4,9% di DRG critici inferiore al valore mediano dell'8,8% della distribuzione nazionale.
- Assistenza domiciliare e residenziale – ADEMPIENTE
La Regione totalizza 29 punti:
 - Offerta assistenziale: 9 punti
 - Ripartizione degli oneri: 7 punti

- Cure domiciliari: 5 punti
 - Cure residenziali: 8 punti
 - Cure semiresidenziali: 0 punti
- Riabilitazione – ADEMPIENTE
La Regione ha attivato i percorsi riabilitativi per i pazienti affetti da ictus cerebrale, per i pazienti operati di protesizzazione di anca e ginocchio, per i soggetti con gravi cerebrolesioni acquisite e per i pazienti di area pneumologica.
 - Cure palliative – ADEMPIENTE CON IMPEGNO
Si valutano positivamente le iniziative adottate in tema di informazione e accesso alle cure, ma non soddisfatti tutti gli standard sono soddisfatti.
 - Prevenzione – INADEMPIENTE
 - Accreditamento istituzionale – INADEMPIENTE
L’intesa siglata il 20 dicembre 2012 concernente principi tecnici in materia di accreditamento istituzionale risulta disattesa sia per le strettture sanitarie che per quelle sociosanitarie, ad eccezione delle Case di cura.

Dalla valutazione del Comitato Lea emerge un quadro tendenzialmente positivo ma tipicamente da *lavori in corso*. Gli esperti sembrano apprezzare le misure intraprese nell’ambito ospedaliero, tanto da attestarne la proficuità sia per quanto riguarda i posti letto che l’appropriatezza. Meno uniforme il consenso per i servizi distrettuali, se a questa categoria riconduciamo anche le cure palliative – per le quali viene sottolineata una non completa soddisfazione – e la prevenzione, la cui implementazione rappresenterebbe una formidabile occasione di risparmio. In un anno, il 2015, nel quale tutto il Sud è risultato inadempiente (punteggi molto bassi in quasi tutte le regioni in Pdr), l’Abruzzo ha conservato lo status di Adempienza, incrementando il punteggio a 182 e dando continuità al trend positivo (Graf. 3.4.3). I valori individuati sono accettabili per tutti e tre i livelli di assistenza, nonostante permangano criticità nel comparto prevenzione attinente all’indicatore 1.2⁶¹ *Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (Mpr)*.

⁶¹ Ministero della Salute, Elenco indicatori Griglia Lea, 2015, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf

Grafico 3.5.3 – Trend Lea regione Abruzzo 2010-2015



Fonte: Ministero della Salute – Direzione generale della Programmazione Sanitaria

Accanto al Comitato Lea, a partire dal 2017 svolge un importante ruolo la *Commissione di monitoraggio dell'attuazione del D.P.C.M. di definizione e aggiornamento dei LEA*. Istituita con D.M. del 19 gennaio 2017⁶², la Commissione monitora costantemente il livello di attuazione e implementazione dei nuovi Lea⁶³ in tutte le regioni ed è dotata della facoltà di intervenire – con la collaborazione dei Nas – qualora si ravvisi una mancata, incompleta o scorretta erogazione dei Lea.

La fase di verifica dei nuovi Livelli essenziali di assistenza sarà particolarmente significativa. Verrà infatti misurata la capacità delle regioni di superare l'impianto stabilito dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001⁶⁴ per accogliere disposizioni attese per più di un decennio:

- Nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale
 - Introduzione di prestazioni al passo con le recenti evoluzioni tecnologiche.
 - Individuazione di tutte le prestazioni di procreazione medicalmente assistita (Pma) a carico del Ssn.

⁶² D. M. 19 gennaio 2017, in materia di “Istituzione della Commissione di monitoraggio dell'attuazione del dPCM di definizione e aggiornamento dei LEA”.

⁶³ D.P.C.M. 12 gennaio 2017, in materia di “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

⁶⁴ D.P.C.M. 29 novembre 2001, in materia di “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”.

- Aggiornamento dell'elenco delle malattie rare, di quelle croniche e di quella invalidanti (e relative esenzioni).
 - Si realizza lo spostamento di alcune malattie da rare a croniche (sindrome di Down, celiachia).
- Vaccini e screening neonatale
 - Introduzione di nuovi vaccini (anti-papillomavirus, anti-pneumococco, anti-meningococco).
 - Screening neonatale per sordità e cataratta congenita; estensione dei beneficiari dello screening per malattie metaboliche ereditarie.
- Istituzione della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea

Sarà interessante osservare la risposta regionale all'aumento del numero delle prestazioni da garantire, delle esenzioni e dei costi connessi. Un test che coinvolge particolarmente chi, come l'Abruzzo, terminata la fase del commissariamento si avvia a camminare con le proprie gambe.

Capitolo Quarto

L'ASSISTENZA TERRITORIALE

Se dovessimo indicare il filo del discorso, ci accorgeremmo di quanto sia facilmente individuabile: la vicinanza tra i cittadini e il servizio sanitario, che nei capitoli precedenti abbiamo descritto – in maniera volutamente semplificativa – con la parola *territorio*.

Effettivamente, l'intera tesi è incentrata su due aspetti interconnessi, ovvero la *reazione* di un Ssr (nel nostro caso quello abruzzese) alla sottoscrizione del Piano di rientro e l'effetto che questo produce sulla capacità di assistere. Una sorta di esperimento volto a misurare la soccombenza del diritto alla salute al cospetto dei vincoli di bilancio o, al contrario, la sua capacità di tolleranza. Abbiamo persino azzardato un passo ulteriore, contemplando l'idea che possano sussistere elementi di crescita.

Quando parliamo di *assistenza territoriale* facciamo riferimento a un concetto molto ampio, che include altre espressioni spesso utilizzate come sinonimi. Si dice “territorio” per descrivere sia l'*assistenza distrettuale* – che in realtà coinvolge a sua volta una lunga serie di aspetti, aventi perlopiù natura organizzativa – sia la rete delle *cure primarie*. Proveremo a fare chiarezza tra le definizioni, tenendo presente che territorio rimane sinonimo di prossimità tra bisogno e cura, tra domanda di servizi e capacità di risposta.

Per la nostra analisi, derogheremo dall'incasellamento delle prestazioni così come stabilito nei tre macrolivelli Lea. Tra queste, alcune sono connesse alla perdita dell'autosufficienza:

- Assistenza domiciliare e integrata.
- Assistenza residenziale e semiresidenziale.
- Hospice e cure palliative.

Altre attengono all'assetto organizzativo dell'assistenza e alla sua razionalizzazione:

- Distretto sanitario.
- Punto unico di accesso.
- Aggregazioni funzionali territoriali e Unità complesse di cure primarie.

4.1 La non autosufficienza. Un problema del nostro tempo

L'Italia è notoriamente tra i Paesi più longevi al mondo, con un'aspettativa di vita di 85,0 anni per le donne e 80,6 per gli uomini. Attualmente la fascia degli ultra sessantacinquenni è pari al 22,4% del totale della popolazione italiana, con una crescita al 30% stimata nei prossimi 20 anni.

Questo trend, diretta conseguenza del miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e dei progressi scientifici nel campo diagnostico-terapeutico, si incrocia con il crollo dei livelli di fecondità. Il nostro, sia avvia a diventare non solo un Paese *con* più anziani, ma *di* anziani. Una premessa senza dubbio destabilizzante, tuttavia conviene sgomberare il campo da qualsiasi fraintendimento. L'anzianità non è una condizione di colpevolezza e, soprattutto, non è un *peso* per il Servizio sanitario nazionale. Quello alla salute è un *fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*, una formulazione che mostra la piena consapevolezza dei costituenti riguardo a due aspetti. Il primo è che il miglior stato di salute va valutato nel quadro delle condizioni individuali. Nonostante ne esista in letteratura una descrizione in termini di integrità fisica *tout court*, la definizione di salute appartiene a tutti, ma non appartiene a nessuno. Ciascuno di noi, individualmente, si attesta su un livello di salute (o mancanza di salute) conforme alle proprie prerogative e giornalmente ne accerta il deterioramento, la conservazione o il miglioramento. Anche in questo si sostanzia la *fondamentalità* del diritto. È palese, questa considerazione è conforme alla visione della salute come *percepita* e volutamente trascura le certificazioni possibili solo mediante le evidenze scientifiche.

Un secondo aspetto ricavabile dalla formulazione dell'art. 32 della nostra Costituzione è il riferimento alla *collettività*. Nel proporre nuovi standard ospedalieri, abbiamo già fatto cenno alla necessità di evitare l'emarginazione dei malati e al rischio che venga a costituirsi una dicotomia, uno scontro tra società dei malati e società dei sani. La non autosufficienza non è il problema di un singolo, ma una responsabilità per l'intera collettività, per la *comunità*.

Va detto che i fattori determinanti l'aumento della complessità (più organizzativa, che sostanziale) dell'assistenza non sono riconducibili esclusivamente all'invecchiamento della popolazione e a fattori epidemiologici (es. l'incidenza delle neoplasie) ma anche al diffuso disagio sociale collegato alla deprivazione economica e ai flussi migratori, i quali richiedono una particolare attenzione rivolta a individui che versano in condizioni di scarsa salute.

In un quadro tanto complicato, emerge il valore della medicina – e dell'assistenza territoriale – come fattore di inclusione sociale. Si ritiene che il territorio sia lo spazio preferibile per il perseguimento degli obiettivi di salute quotidiana, relativa cioè alle emergenze che più interessano le famiglie italiane. Quasi tutti, infatti, si sono trovati nella condizione di dover assistere o cercare assistenza per un familiare affetto da una malattia cronica, ossia una patologia i cui sintomi insistono nel medio-lungo periodo e che, nella maggior parte dei casi, conduce al progressivo declino delle funzioni fisiologiche. In questi casi, le cure non mirano alla guarigione (obiettivo difficilmente raggiungibile), ma ad alleviare la sofferenza agendo sui sintomi, in modo tale da favorire la qualità della vita nelle fasi finali dell'esistenza.

Garantire qualità della vita, significa delineare un apparato comprensivo di attività terapeutiche e accorgimenti che creino agio al malato, a cominciare dalla possibilità di ricevere le cure a domicilio o presso strutture accoglienti. È questo il modello delle cure primarie, che richiede una convergenza tra le fasi della cura secondo lo schema della continuità assistenziale, il cui presupposto è la collaborazione tra una molteplicità di professionisti.

4.1.1 L'assistenza domiciliare integrata

Vista la consuetudine tutta italiana all'internalizzazione dell'assistenza (secondo il modello del c.d. *welfare familiare*), le malattie cronico-degenerative rappresentano un impegno gravoso, oltre che per i malati, anche per i caregiver. La cronicità richiede prestazioni di carattere medico, infermieristico e riabilitativo che in larga parte sfuggono alle capacità dei non esperti. Le famiglie si trovano così ad un bivio: continuare sulla via della cura fai da te, rinunciando però a gradi di efficienza e qualità. Oppure sostenere costi elevati – vista la durata della patologia – e ingaggiare privatamente personale specializzato.

L'Assistenza domiciliare integrata (Adi) nasce proprio allo scopo di sciogliere questo nodo. Introdotta nel 2001 tra i Lea, l'Adi fornisce ai pazienti, presso il loro domicilio, un insieme integrato di trattamenti attraverso l'operato di una pluralità di professionisti, il cui riferimento rimane il Medico di medicina generale. Medici, fisioterapisti e infermieri si occupano dell'attività sanitaria, mentre figure preparate svolgono un ruolo cruciale di sostegno al malato, assicurando l'igiene personale o la fornitura dei pasti.

Sono beneficiari dell'Assistenza domiciliare integrata tutti i soggetti in condizione di fragilità per i quali, a causa di ragioni di opportunità e di utilità, il ricovero ospedaliero è sconsigliato o non necessario:

- malati terminali;
- pazienti affetti da malattie invalidanti;
- vittime di incidenti vascolari gravi;
- pazienti neurolesi;
- pazienti dimessi da strutture ospedaliere in condizione di invalidità temporanea o permanente.

Vediamo come si è comportata la Regione Abruzzo, che nel 2006 (anno precedente all'adozione del Pdr) copriva attraverso la rete Adi il 3,45% di ultrasessantacinquenni, una percentuale distante dalle regioni benchmark ma comunque superiore alla media di quei Ssr che, di lì a poco, avrebbero avviato il percorso di risanamento. L'Abruzzo, captando i segnali lanciati dalla domanda di servizi, ha scelto di destinare all'Adi più di 8 milioni di euro provenienti dal Fondo per lo Sviluppo e la Coesione 2007-2013 e investito, in tempi recenti, su Teleassistenza e Telesalute così da modernizzare il servizio e incrementarne la fruibilità. L'obiettivo dichiarato è «[...] facilitare un processo di integrazione socio-sanitaria che veda l'anziano non autosufficiente al centro del sistema di cure domiciliari, riducendo [...] il rischio di ricoveri inappropriati ed alleviando gli oneri socio economici delle famiglie»⁶⁵.

La Tabella 4.1.1.1 racconta della crescita della Regione Abruzzo nel livello di copertura Adi per la popolazione anziana, confrontata con le altre regioni in Piano di rientro tra il 2007 e il 2012.

⁶⁵ Santucci, op. cit., p. 143.

Tabella 4.1.1.1 – Percentuale di anziani sopra i 65 anni trattati in Adi nelle regioni in Piano di rientro (sul totale degli anziani residenti)

Regione	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lazio	3,88	3,51	4,00	4,63	4,98	4,16
ABRUZZO	3,66	4,21	4,78	4,91	4,66	4,94
Molise	3,72	2,16	2,44	3,30	3,51	3,53
Campania	1,63	1,75	1,86	2,12	2,42	2,80
Puglia	1,62	1,86	2,05	1,80	2,00	2,21
Calabria	2,76	2,56	2,55	2,82	2,87	3,18
Sicilia	1,02	0,95	1,08	1,51	2,14	3,68
Sardegna	1,20	2,06	2,37	2,52	3,81	4,63

Fonte: Valentina Santucci, *La Regione Abruzzo. Dal piano di rientro alla fine del commissariamento*

L'Abruzzo prevede di investire ancora nell'assistenza domiciliare facendone strumento di abbattimento dei costi ospedalieri. A livello nazionale si registra una generale crescita dell'Adi, pur con significative differenze regionali. Come riportato dall'ultimo Rapporto Osservasalute⁶⁶, nel 2014 sono state erogate 340.656 prese in carico al domicilio dei pazienti, per un valore pari a 0,58 (per cento residenti), con un +26,1% rispetto al 2013. Lo 0,84 dell'Abruzzo supera abbondantemente la media nazionale, confermandone lo status di virtuosa tra le regioni in Pdr (Tab. 4.1.1.2).

Tabella 4.1.1.2 – Assistiti (valori assoluti e tasso – valori per 100) ed anziani assistiti (valori percentuali e tasso – valori per 100) in Assistenza domiciliare integrata per regione – Anno 2014

Regioni	Assistiti	Tassi di assistiti	Anziani assistiti	Tassi di anziani assistiti
Piemonte	38.800	0,88	86,7	3,13
Valle d'Aosta	131	0,10	83,2	0,38
Lombardia	60.328	0,60	86,6	2,42
Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trento	6.303	1,17	88,5	5,01
Veneto	32.489	0,66	86,2	2,62
Friuli V. G.	5.338	0,43	86,0	1,49
Liguria	15.745	0,99	90,9	3,23
Emilia R.	49.306	1,11	85,7	4,05
Toscana	26.967	0,72	89,1	2,59
Umbria	3.836	0,43	90,4	1,58
Marche	6.312	0,41	88,4	1,52
Lazio	14.868	0,25	87,8	1,07

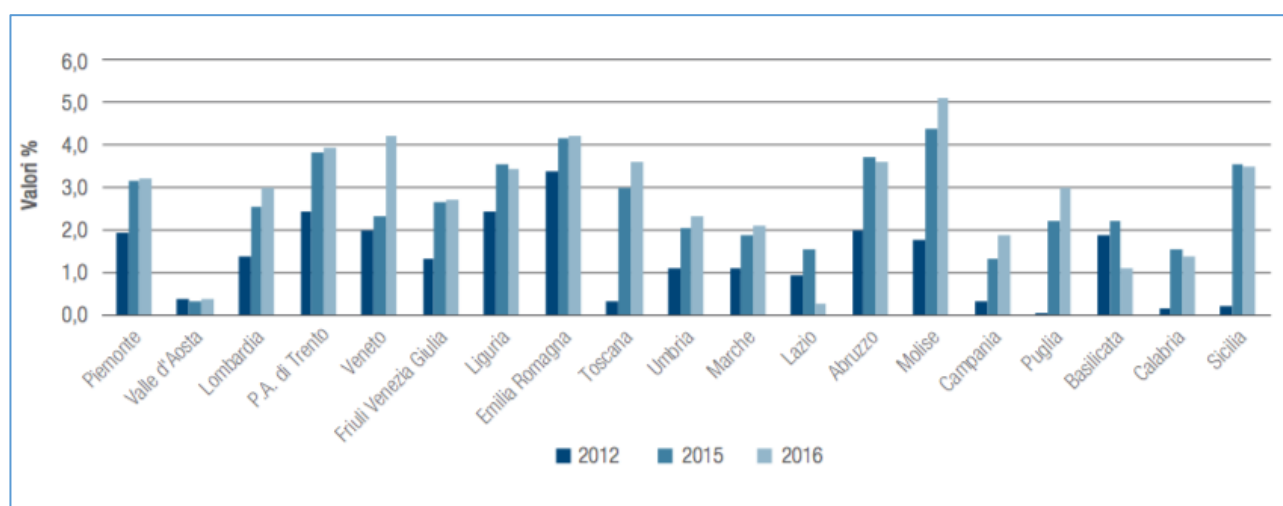
⁶⁶ Osservatorio sulla Salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2016*, 2017, http://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2017/03/ro-2016-arg-assistenza_territoriale.pdf

ABRUZZO	11.181	0,84	89,2	3,31
Molise	2.333	0,74	87,7	2,80
Campania	14.160	0,24	88,0	1,21
Puglia	15.869	0,39	85,0	1,61
Basilicata	2.901	0,50	88,6	2,06
Calabria	2.002	0,10	85,8	0,43
Sicilia	31.787	0,62	86,9	2,73
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	340.656	0,58	87,1	2,33

Fonte: Rapporto Osservasalute 2016

Nel 2015 la quota di assistiti dall'Adi abruzzese cresce ulteriormente, per registrare una leggera diminuzione nel 2016 pur confermando performance apprezzabili a livello comparato (Fig. 4.1.1.3).

Grafico 4.1.1.3 – Quota di persone di 65 anni e più trattate in Adi



Fonte: CREA Sanità XIII

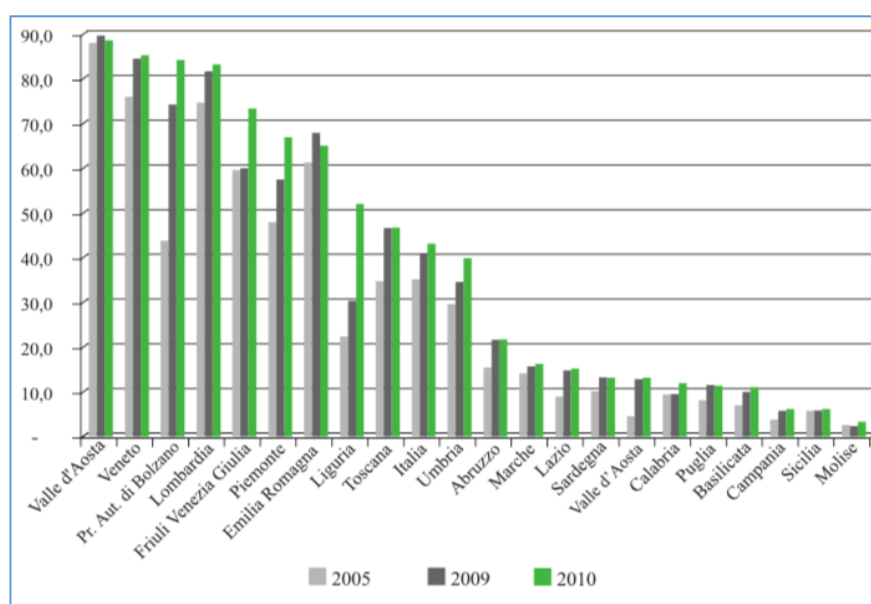
4.1.2 L'assistenza residenziale e semiresidenziale

Nonostante il luogo ideale per la cura delle patologie cronico-degenerative resti il domicilio del paziente, vanno considerati quei casi che richiedono l'ausilio delle strutture residenziali e semiresidenziali. I presidi residenziali comportano un vero e proprio ricovero comprensivo del pernottamento e, nei casi più virtuosi, prevedono la presenza di unità di specialità medica (es. centri di contrasto alle malattie neurodegenerative, centri di recupero fisioterapico). Nelle strutture semiresidenziali, il ricovero è limitato a un determinato numero di ore della giornata, utili a ricevere le terapie necessarie e alleggerire l'impegno delle famiglie.

Si tratta di casi non semplici da governare (non sufficientemente complessi per essere qualificati come acuzie, ma non gestibili a livello domiciliare). L'impegno dell'Abruzzo in questo campo è stato già sviscerato nel capitolo precedente attraverso l'esposizione della strategia degli Ospedali di Comunità. Dopo anni di carenza, l'offerta di strutture residenziali e semiresidenziali è stata ampliata in tutte le province abruzzesi⁶⁷ ma, come vedremo, la Regione non sembra essere riuscita a fare il salto decisivo che la avvicini concretamente alle regioni benchmark.

Nel Grafico 4.1.2.1 è possibile osservare la posizione abruzzese nella graduatoria dei posti letto disponibili in strutture residenziali e semiresidenziali negli anni 2005, 2009 e 2010. Nel 2010, il 64,84% di questi posti letto è occupato da anziani, mentre è grave l'assenza totale di ricoveri destinati ai malati terminali.

Grafico 4.1.2.1 – Posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private accreditate. Valori per 10000 abitanti.

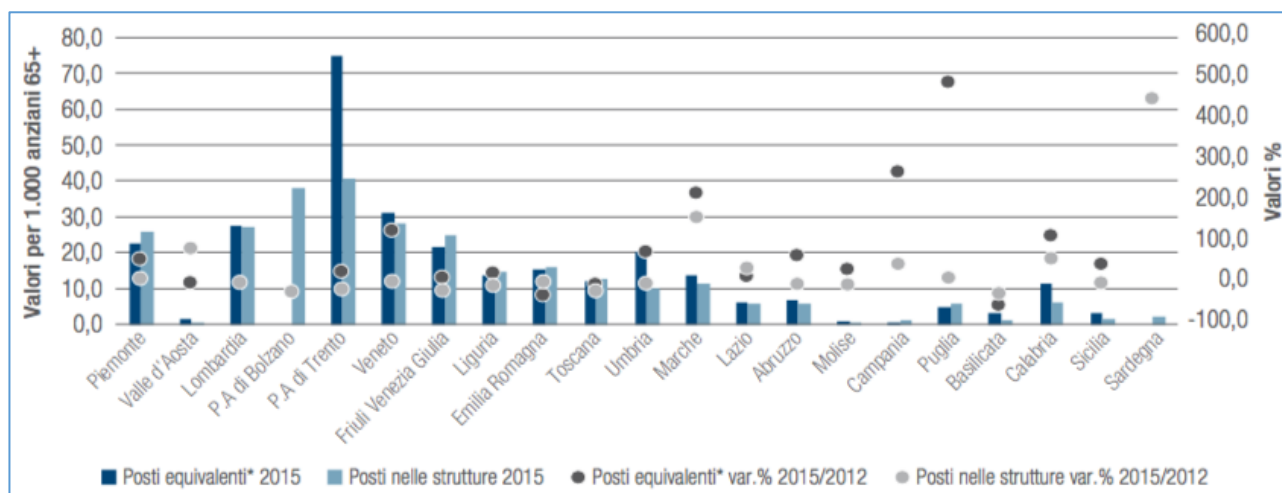


Fonte: CREA Sanità IX

I dati inseriti nel Grafico 4.1.2.2 certificano la crescita insufficiente dei servizi residenziali per anziani. L'Abruzzo nel 2015 è ancora sotto la soglia di 9,80 stabilita dal Ministero, in evidente difficoltà assieme alle altre regioni in Pdr.

⁶⁷ Sito ufficiale Sanità Regione Abruzzo, *Canale assistenza territoriale*, <https://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/rsa-private>

Grafico 4.1.2.2 - Posti e posti equivalenti per assistenza agli anziani di 65 anni e più in strutture residenziali



Fonte: CREA Sanità XIII

Pur in una situazione di parziale crescita regionale, l'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali della Regione Abruzzo è coerente con i limiti strutturali del sistema italiano. Se sul fronte quantitativo è possibile accettare le difficoltà scaturenti dalla transizione dalla sanità di tipo *prestazionale* (quindi occasionale) alla sanità della *presa in carico* (quindi continuativa), le implicazioni qualitative non sono invece tollerabili. Nel racconto degli OsCo abbiamo fatto cenno ai rischi connessi alla residenzialità. Una prima tipologia di rischio è collegata agli errori di triage, cioè a quelle situazioni in cui un inesatto o incompiuto passaggio dalla fase acuta a quella cronico-residenziale determina una diminuzione della qualità dell'assistenza (ricordiamo sempre che nei plessi per cronici operano anche Mmg e specialisti, ma la gestione è affidata prevalentemente al personale infermieristico). L'altro rischio è la trasposizione nelle strutture residenziali del modello casa di riposo che, se presuppone un giudizio sociale – non scientifico – correlato alla sfera dei valori individuali, dal punto di vista della governance sanitaria va evitato nella maniera più assoluta, pena la trasformazione della residenzialità in una sorta di anticamera dell'inevitabile. Per quanto attrezzate per la lungodegenza, le residenze restano luoghi nei quali vengono prestate cure mediche.

Al decisore pubblico non resta che stabilire punti fermi e obiettivi, organizzando al meglio i Distretti e affidando loro il coordinamento. Per evitare una contrazione nella qualità dell'assistenza occorre un personale preparato, attento al complesso dei bisogni e consapevole di come la gamma degli interventi debba spingersi oltre le cure mediche basilari.

Uno dei principi ispiratori dell'assistenza residenziale è la *transitorietà*, cioè l'idea che il ricovero sia solo uno dei momenti del ciclo assistenziale. È quindi fondamentale, da un lato, predisporre le cure in modo tale che il fine ultimo sia il reingresso del paziente nel domicilio. Dall'altro lato, l'offerta va modulata in maniera capillare, evitando la dispersione e favorendo l'accesso più vicino al domicilio del paziente, conciliando la speranza del ritorno a casa e la facilità di accesso dei cari.

4.1.3 Hospice e cure palliative

Quello degli Hospice è un tema delicato, meritevole di una riflessione a sé stante. Ci riferiamo a una struttura residenziale peculiare: più che di una struttura sanitaria, si tratta di una casa. In un Hospice è infatti abitudine trovare spazi comuni come salotto e cucina, fino ad arrivare a veri e propri appartamenti messi a disposizione dei congiunti. Dal punto di vista sanitario e socio-sanitario, presso gli Hospice si svolge il lavoro di un'equipe che include competenze specialistiche necessarie ad affrontare casi di elevata intensità assistenziale, seppure in un ambiente a bassa tecnologia. È la stessa configurazione di questi luoghi a spiegarne la ratio. Creare un ambiente accogliente e familiare aiuta ad alleviare le sofferenze di pazienti affetti da gravi patologie, perlopiù oncologiche non guaribili.

Negli Hospice vi è un intreccio di problematiche che attengono alla salute dei pazienti, alla preservazione della dignità personale e al rispetto del dolore dei familiari. Un ambiente nel quale costruire un ponte tra sofferenza e qualità della vita.

Il progressivo aumento del numero di casi riconducibili a patologie cronicodegenerative ha sollecitato nelle regioni la messa a punto di un'adeguata rete di Hospice. L'Abruzzo è fuggito a questa responsabilità fino al 2011, anno d'apertura dell'Hospice "Alba chiara" di Lanciano. Attualmente, sono attive in Abruzzo 6 strutture di questo tipo, per un totale di 72 posti letto (Tabella 4.1.3.1). Il miglioramento è stato comunque generalizzato: nel 2007 erano ben 7 le regioni gravemente in ritardo, mentre attualmente nessuna presenta il massimo livello di

inadempimento. Evidentemente tutte sono riuscite a sfruttare le disponibilità previste dalla L. n. 39 del 1999⁶⁸.

Tabella 4.1.3.1 – Numero di Hospice presenti in Abruzzo per ciascuna Asl e relativi posti letto disponibili

HOSPICE REGIONE ABRUZZO		
NOME HOSPICE	CITTÀ	N° posti letto
Asl Avezzano – Sulmona – L’Aquila		
Hospice Pescina	Pescina (AQ)	10
Hospice Casa Margherita	L’Aquila	12
Asl Lanciano – Vasto – Chieti		
Hospice Alba Chiara	Lanciano (CH)	12
Hospice Torrevicchia	Torrevicchia Teatina (CH)	18
Asl Pescara		
Hospice Bouganville	Pescara	10
Asl Teramo		
Hospice Teramo	Teramo	10

La crescita dell’offerta residenziale in Hospice ha prodotto un effetto-spiazzamento che in pochi avevano messo in conto. È venuta infatti a crearsi una concorrenza a danno dei servizi domiciliari, dovuta all’insufficiente diffusione di quest’ultimi. Allo stesso tempo, è ancora troppo elevata la quantità di cure primarie soddisfatte negli ospedali per acuti e nei pronto soccorso. Insomma, il sistema dell’assistenza domiciliare zoppica vistosamente, coinvolgendo anche le cure palliative.

Le cure palliative sono rivolte ai pazienti in fase terminale e mirano ad accompagnare il malato verso una morte dignitosa, attraverso la c.d. terapia del dolore. Purtroppo l’incedere degli ultimi attimi di vita è spesso lento e poco lineare, caratterizzato da fatiche fisiche e psicologiche che colpiscono anche i familiari. L’Abruzzo, già nella fase iniziale del Pdr, si è dimostrato particolarmente attento, attivando percorsi di supporto psicologico utili a contenere fenomeni quali il rifiuto della malattia (e delle cure) da parte dei pazienti e le eccessive interferenze dei familiari nel ciclo terapeutico, evidentemente dovute a un naturale stato d’ansia. A partire dal 2008 la Regione è tra le prime in Italia ad avviare una rete di Unità Operative di cure palliative (la prima nella Asl Lanciano-Vasto). Nelle Unità operano anzitutto i medici di base,

⁶⁸ L. 26 febbraio 1999, n. 39, in materia di “Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario 1998-2000”.

ma la composizione dell'equipe è modellata sulle esigenze del malato e della famiglia.

Sembra essersi sviluppata una giusta sensibilità sul tema della sofferenza. Le cure palliative sono oggi al centro di un ampio progetto, che nel 2014 ha visto l'adesione al Progetto Ministeriale COMPASS e l'avvio di un programma di formazione rivolto a Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali. Non solo, l'Abruzzo ha anche sottoscritto il documento sul Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il paziente oncologico (Ptda) che prevede:

- la gestione multidisciplinare del malato;
- chiarezza nella condivisione con il malato della prognosi;
- l'introduzione precoce delle cure palliative o di supporto.⁶⁹

Nei prossimi anni i Mmg avranno protagonismo. Sarà infatti loro responsabilità, con il sostegno dei Distretti e attraverso le forme di aggregazione previste dalla legge, favorire la continuità assistenziale e farsi garanti di un'assistenza sanitaria realmente integrata. L'idea dei policy maker è che la capacità dei Mmg di intrattenere relazioni, curare i rapporti e instillare sicurezza possa essere sfruttata per diffondere il nuovo archetipo dell'assistenza sanitaria. Oltre ai classici compiti di diagnosi e cura, in tempi recenti il legislatore ha ribadito il fondamentale impegno dei medici di base nell'educazione alla salute, ma anche affidato incarichi aggiuntivi di didattica e formazione, spingendosi fino al limite della competenza manageriale. Non a caso, nel Piano di riqualificazione 2016-2018⁷⁰ la Regione Abruzzo insiste sulla centralità del ruolo dei Medici di famiglia, invitando al superamento della consuetudine che li vuole protagonisti dei soli aspetti "pratici" (come la prescrizione dei farmaci) e coinvolgendoli in tutti i momenti di soddisfazione del bisogno assistenziale.

⁶⁹ Santucci, op. cit., p. 153.

⁷⁰ Regione Abruzzo, *Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario abruzzese 2016-2018*, <https://www.regione.abruzzo.it/system/files/radocumentilrc/481/piano-riqualificazionessa.pdf>

4.2 Organizzare l'assistenza territoriale

Cure residenziali e domiciliari rappresentano alternative, ciascuna delle quali dotata di propri vantaggi e svantaggi. Nonostante gli esperti sottolineino la preferibilità delle cure prestate a domicilio, la scarsa capillarità dei servizi ADI rende le esperienze residenziali più appetibili agli occhi degli utenti. Il fatto che nel nostro Paese la semiresidenzialità non sia ancora riuscita ad attecchire – sebbene presenti vantaggi comprovati – non fa che rimarcare i limiti di un sistema ancora organizzato per compartimenti stagni. Insomma, l'integrazione latita. La mancanza di integrazione è un problema che affligge la struttura dell'offerta e trascina negativamente la domanda. Se il catalogo dei servizi, per quanto ricco, manca di chiarezza, i cittadini difficilmente verranno a conoscenza delle opportunità o addirittura rinunceranno a causa dell'eccessiva complessità. Allo stesso modo, la scarsa integrazione rende più complicato il lavoro degli operatori, la cui mancata connessione obbliga a “ricominciare da capo”, a ricostruire la storia clinica del paziente da principio, persino col rischio di ripetere un trattamento già prestato. Le conseguenze sono scontate e coinvolgono sia la salute dei pazienti che i conti del Ssr.

Volendo sintetizzare, sembra che in Italia i servizi abbiano preceduto il sistema. La nostra storia è ricca di esempi di questo tipo, basti pensare alle tante associazioni caritatevoli di matrice religiosa, vissute lungamente prima di “subire” un'istituzionalizzazione. Perché questa interpretazione non diventi un alibi, proveremo a considerare le forme organizzative più funzionali all'armonizzazione della medicina di prossimità.

4.2.1 La valorizzazione del Distretto sanitario

Per una regione in Piano di rientro ogni scelta rappresenta un problema o un'occasione. Il problema deriva dai vincoli di bilancio e dall'obbligo di muoversi con estrema cautela tra le voci che lo compongono, così da impegnare solo le somme effettivamente sostenibili. L'occasione è data dall'opportunità di mettere mano a un fatto, un oggetto o una consuetudine che, con tutta probabilità, in passato ha contribuito a danneggiare il Ssr.

Le regioni in deficit possono guardare all'investimento sul Distretto come a un'occasione per collegare singoli comparti assistenziali che, tenuti distinti, determinano sprechi e inapproprietezze.

In quanto struttura territoriale deputata all'erogazione delle cure primarie, il Distretto è il vero strumento di governo della domanda, dotato della capacità di modulare l'offerta di servizi. Una volta valutato il fabbisogno di salute della popolazione di riferimento, vengono delineate le prestazioni conformi alla domanda.

Sebbene siano lontane da una piena implementazione, si ritiene che quelle enunciate siano le funzioni basilari dei Distretti, la normale amministrazione. In un documento⁷¹ a cura della *Fondazione sicurezza in sanità* vengono elencati altri compiti caratteristici di un Distretto funzionalmente *forte*:

- l'elaborazione di una pianificazione strategica (Piano integrato di salute ovvero Piano attività Territoriali) condivisa con i Comuni, al fine di assicurare l'interazione con i servizi sociali;
- la definizione un sistema di obiettivi e di indicatori per valutare efficienza, qualità e sicurezza delle prestazioni;
- la promozione di iniziative di formazione ed educazione alla salute;
- il controllo sul corretto impiego delle risorse.

Conviene riassumere in un'unica definizione quanto abbiamo detto finora sulle cure primarie. Anche detta Primary health care (Phc), l'assistenza primaria include «l'insieme di interventi di primo livello, caratterizzati da una fase di primo contatto e da azioni di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione, counselling, rivolte a patologie acute a bassa complessità [...], a patologie croniche, a condizioni di fragilità e/o non autosufficienza, in varie sedi di trattamento»⁷².

Posto che la grande aspirazione consiste nel garantire la continuità ospedale-territorio, sono tanti gli aspetti interessanti della nuova prospettiva distrettuale.

⁷¹ Fondazione sicurezza in sanità, *Le cure primarie nel nuovo assetto organizzativo e funzionale del Ssn*, 26 novembre 2013, http://www.agenas.it/images/agenas/Agenews/newsletter2/libretto_cure_primarie1.pdf

⁷² A. Anselmi, S. C. Colosimo, M. Cosentino, G. Damiani, A. Errico, V. Farelli, W. Ricciardi, *Lo sviluppo dell'assistenza primaria ed il valore dell'integrazione per il distretto*, in «I quaderni di Monitor, La rete dei distretti sanitari in Italia», 2011, http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/10_La_rete_dei_Distretti_sanitari_in_Italia.pdf

Tra questi c'è l'interpretazione orizzontale della prevenzione. Attraverso la partecipazione ad attività di formazione ed educazione sanitaria organizzate nel Distretto, l'utente acquisisce nuova consapevolezza diventando primo tutore del proprio benessere e rafforzando una rete che descrive la salute come fattore produttivo di socialità, in un contesto inclusivo del terzo settore.

Volendo precisare ulteriormente, illustreremo «alcune pratiche, che conosciamo come consolidate in moltissimi Distretti»⁷³:

1. *Accoglimento-informazione-primo orientamento*

Si tratta della fase iniziale del percorso, nella quale l'istituzione empatizza con con gli utenti riducendone il senso di disorientamento. Una corretta attività di accoglienza produce un calo della tensione fino al punto da ridimensionare la domanda. Non è raro che già in questa fase venga pienamente soddisfatta la domanda.

2. *Valutazione dei bisogni*

Una valutazione multidimensionale-multiprofessionale aumenta il livello di successo degli interventi ed è propedeutica alla progettazione di risposte personalizzate.

3. *Il progetto individualizzato*

Nel progetto «sono descritte le azioni da intraprendere, l'intensità quali/quantitativa, la scansione temporale, le corresponsabilità di attuazione [...] e identificato il care manager»⁷⁴.

4. *La presa in carico*

È il momento nel quale si realizza concretamente il progetto individualizzato. Organizzata in base all'indice di complessità, la sua caratteristica principale consiste nell'essere protratta nel lungo periodo.

5. *La formazione-educazione dei caregiver*

Fornire elementi di comprensione e conoscenza ai caregiver, significa allargare la cerchia delle competenze.

⁷³ P. Da Col, G. Gentili, A. Trimarchi, *Il distretto nella tutela della salute delle persone anziane non autosufficienti e dei caregiver al tempo della crisi*, in «I quaderni di Monitor, La presa in carico degli anziani non autosufficienti», 2012, p. 129,
http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/12_PRESA_IN_CARICO_DEGLI_ANZIANI.pdf

⁷⁴ Ivi, p. 130.

6. *La valutazione degli esiti*

Anche in questo caso, parliamo di un'attività continuativa a presidio di ogni fase della presa in carico.

Come emerso a più riprese, quello della lungoassistenza è un periodo faticoso anche per le famiglie, quando non addirittura esasperante. Affiorano infatti difficoltà di ogni genere: fisiche, psico-emotive ed economiche. La NA colpisce tutte le fasce della popolazione, creando disagi più intensi nei nuclei in condizione di deprivazione. Le politiche pubbliche, sotto questo punto di vista, sembrano riuscire a fornire una copertura solo parziale e – soprattutto – dall'efficienza poco verificabile: si pensi all'indennità di accompagnamento, stabilita in forma forfettaria e completamente scollegata dalle condizioni reddituali dei beneficiari. Un Distretto forte potrebbe correggere parzialmente queste debolezze scommettendo sulla qualità delle cure e sulla formazione dei caregiver (comprese le badanti), così da contenere l'emorragia dell'abbandono lavorativo e del ricorso spropositato alle licenze concesse dalla L. 104/1992.

Perché il modello prenda piede, i Distretti dovranno anzitutto imporre la loro leadership nei confronti delle Asl, accreditandosi come principali riferimenti del sistema di assistenza primaria. Poi, ci sarà da fare i conti con quella che – fino ad adesso – è stata la storia, lasciando che il passato resti esperienza ma non determini il futuro. Il che significa rinunciare alla tradizione che vuole i Distretti come diretti produttori di prestazioni, per assumere funzioni di direzione dei servizi.

4.2.2 Il Punto unico di accesso. Un hub per i servizi territoriali

Un servizio senza utenti non è un servizio. Una delle responsabilità delle istituzioni pubbliche consiste nel garantire le massime condizioni di fruibilità, rimuovendo tutti i limiti di accesso che non siano riconducibili a quei casi nei quali è richiesta la prova dei mezzi.

Se nell'insieme della Phc il Distretto è la forma organizzativa di vertice, il Punto unico di accesso (Pua) è la sua evoluzione e, in quanto ulteriore strumento di governo della domanda, si inserisce perfettamente nel progetto di rilancio del Servizio sanitario di una regione in Piano di rientro.

Adeguatamente sfruttato, il Pua è un ottimo mezzo di riduzione della complessità, aspetto essenziale in un sistema frammentato come il nostro. Coordinando l'accoglienza e l'accesso mediante la funzione di front-office, il Punto unico contribuisce a chiarire l'insieme delle disponibilità e a collegarle ai bisogni del paziente, orientandolo verso le prestazioni più consone. Il processo di presa in carico viene sublimato con il passaggio della competenza dal Distretto al Pua, secondo un processo così articolato⁷⁵:

1. Richiesta di assistenza.
2. Analisi della domanda.
3. Progetto di intervento, tenendo conto delle risorse a disposizione dell'assistito, della sua famiglia e della comunità.
4. Elaborazione e attuazione del Piano di assistenza individuale.
5. Verifica e valutazione.

L'attività di valutazione è effettuata dalle *Unità di valutazione multidimensionale* (Uvm), alle quali spetta considerare l'intera rosa delle esigenze sanitarie, sociosanitarie, psicologiche, economiche e di contesto sociale. Il livello di integrazione raggiungibile con un opportuno sistema Distretto-Pua consente la pianificazione di interventi diffusi in ambito non solo strettamente medico, ma anche sociale. Incrociare le banche dati e mettere a reciproca disposizione le informazioni raccolte, aiuterebbe a porre rimedio anche ad emergenze convenzionalmente collocate nel settore delle politiche sociali. Infatti, tra le funzioni svolte dai Pua vi è la raccolta di segnalazioni avanzate da Mmg, medici ospedalieri, servizi sociali o dagli stessi cittadini. Ogni segnalazione è soggetta ad analisi e, se ritenuto necessario, porta all'attivazione dell'Uvm e del processo di presa in carico.

La Regione Abruzzo già nel Piano sanitario regionale 2007-2009 ha fornito alle Asl gli indirizzi per la realizzazione dei Pua, istituendone uno in via sperimentale presso il Dsb di Francavilla al Mare. Come da prescrizione, nei Punti unici abruzzesi agiscono medici, infermieri, impiegati amministrativi e assistenti sociali. Questi, sono coadiuvati dal team multidisciplinare delle Uvm che, oltre a

⁷⁵ A. Ancona, *Sette buone ragioni per investire sui PUA*, in «I quaderni di Monitor, Punto unico di accesso. Presa in carico, continuità assistenziale», 2008, http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/4_PUNTO_UNICO_DI_ACCESSO.pdf

includere le figure professionali già citate, comprende psicologi e persino gli stessi familiari.

Continuità assistenziale, integrazione e inclusione sono elementi utili a ridurre la complessità dell'assistenza sanitaria territoriale. In quest'ottica, il Punto unico di accesso si propone come hub attraverso il quale transitano domanda e offerta di servizi, così che gli utenti non sprechino neanche una delle opportunità disponibili e i decisori pubblici investano solo sulla soddisfazione dei bisogni effettivamente espressi.

4.2.3 La fine dell'isolamento dei Medici di famiglia: le AFT e le UCCP

Non c'è specializzazione, reparto d'eccellenza o struttura all'avanguardia che tenga. Per i cittadini, il riferimento dell'intero universo-sanità resta il Medico di medicina generale o, più semplicemente, il medico di base. D'altronde, i Mmg fungono da supporto di prima istanza e conoscono meglio di qualsiasi altro professionista l'exkurs degli assistiti, la loro storia clinica e finanche le piccole ipocondrie che ciascuno di noi custodisce segretamente. La relazione medico-paziente così strutturata ha avuto alterne fortune, ma mai è stata sul punto di rompersi definitivamente. Ciò che invece è progressivamente venuta meno è la capacità di agire da efficienti gatekeepers. Tale fenomeno, dovuto allo scollamento realizzatosi tra i livelli di assistenza, ha prodotto l'isolamento dei medici di famiglia, trovatisi nel limbo compreso tra l'ospedale per acuti e cure Adi dall'impronta fortemente infermieristica. In ragione di questa deriva, sovente si è fatto riferimento a forme di medicina di gruppo, ponendo come base costitutiva incentivi di carattere economico, quasi dimenticando i presupposti legati alla qualità dell'assistenza.

Il tema è stato affrontato con maggiore serietà a seguito della L. n. 158 del 2012 (giornalisticamente nota come *Decreto Balduzzi*)⁷⁶ che ha spostato il baricentro del Ssn verso il territorio e rivoluzionato il ruolo dei Mmg vincolandoli all'associazione nelle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e nelle Unità complesse di cure primarie (UCCP). Con il Decreto Balduzzi per le regioni corre

⁷⁶ D. l. 13 settembre 2012, n. 158, in materia di "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute".

l'obbligo di istituire le AFT e le UCCP, in sostituzione di ogni altra forma di aggregazione.

L'AFT è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale, di Mmg, pediatri di libera scelta e medici specialisti che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, oltre che analoghi strumenti di valutazione. In ciascuna AFT lavora un minimo di 20 medici, con un bacino massimo di 30.000 assistiti.

L'UCCP è un'aggregazione multiprofessionale che eroga prestazioni tramite il coordinamento di tutte le professionalità convenzionate con il Ssn: medici, infermieri, ostetriche, fisioterapisti e altri. Questo insieme di professionisti concorre a realizzare la piena integrazione, secondo l'ottica della continuità: le UCCP sono infatti operative 24 ore su 24 e tutti i giorni della settimana. La norma incentiva le regioni a privilegiare la costituzione di reti di poliambulatori dotati di strumentazioni di base, in modo da concentrare i servizi all'interno di un unico presidio. Il coordinamento è affidato alla Asl attraverso il Distretto di appartenenza.

È istituita la figura del Medico di cure primarie, che opera nelle nuove forme associative con le seguenti mansioni:

a) *Visite domiciliari*

Da svolgersi nel corso della stessa giornata o entro le ore dodici del giorno successivo.

b) *Assistenza programmata a domicilio*

Svolta, quando necessario, in forma integrata con i medici specialisti, gli infermieri, gli assistenti riabilitativi e sociali.

c) *Assistenza programmata presso strutture residenziali*

d) *Partecipazione alle campagne di vaccinazione*

e) *Rilascio delle certificazioni*

f) *Proposte di ricovero*

g) *Prescrizioni farmaceutiche*

La Regione Abruzzo, con i DCA n. 16/2016 e DCA n. 17/2016 si è uniformata alla normativa nazionale, secondo quanto stabilito nel Patto per la salute 2014-2016, dettando gli indirizzi in materia di AFT e UCCP. Con dei Decreti della

Giunta Regionale ha poi delineato l'articolazione delle aggregazioni (Tab. 4.2.3.1; Tab. 4.2.3.2; Tab. 4.2.3.3; Tab. 4.2.3.4).

In sintesi, le Aggregazioni funzionali territoriali e le Unità complesse di cure primarie devono:

- Assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali in forma integrata.
- Garantire la continuità assistenziale mediante l'utilizzo della ricetta elettronica e l'aggiornamento del Fascicolo sanitario elettronico.
- Garantire assistenza per tutto l'arco della giornata.

4.3 Una salute circolare

In questo capitolo sono stati curati numerosi temi e altrettanti ne verranno affrontati nell'ultima parte (es. il ruolo della tecnologia nella rete delle cure primarie). Tuttavia ce ne sono alcuni che – per una questione di armonia della trattazione – non hanno trovato spazio, come la riorganizzazione della rete di emergenza-urgenza. Si è scelto di avanzare per priorità, nella speranza che l'insieme degli interventi interpretati possa un giorno rendere superflua la corsa di un'ambulanza, o quantomeno restringerne i servizi a un numero limitato di situazioni acute e non intercettabili con misure preventive.

È importante pensare alla salute come ad un percorso circolare (Fig. 4.3.1) lastricato da ostacoli: le cure primarie (quindi il territorio) sono al centro del tracciato e la prevenzione rappresenta, allo stesso tempo, sia punto di partenza che traguardo. Ogni ostacolo è un momento da evitare o da gestire al meglio delle possibilità attraverso l'assistenza residenziale e quella domiciliare. In fondo, non c'è nulla di male a fermarsi ai box, se si è disposti a ripartire. Un'acuzie è invece una grave deviazione nel percorso, ma anche uno stimolo a rimettersi in carreggiata con l'obiettivo di conquistare una medaglia: il più elevato livello di salute possibile.

Figura 4.3.1 – Il percorso della Salute circolare

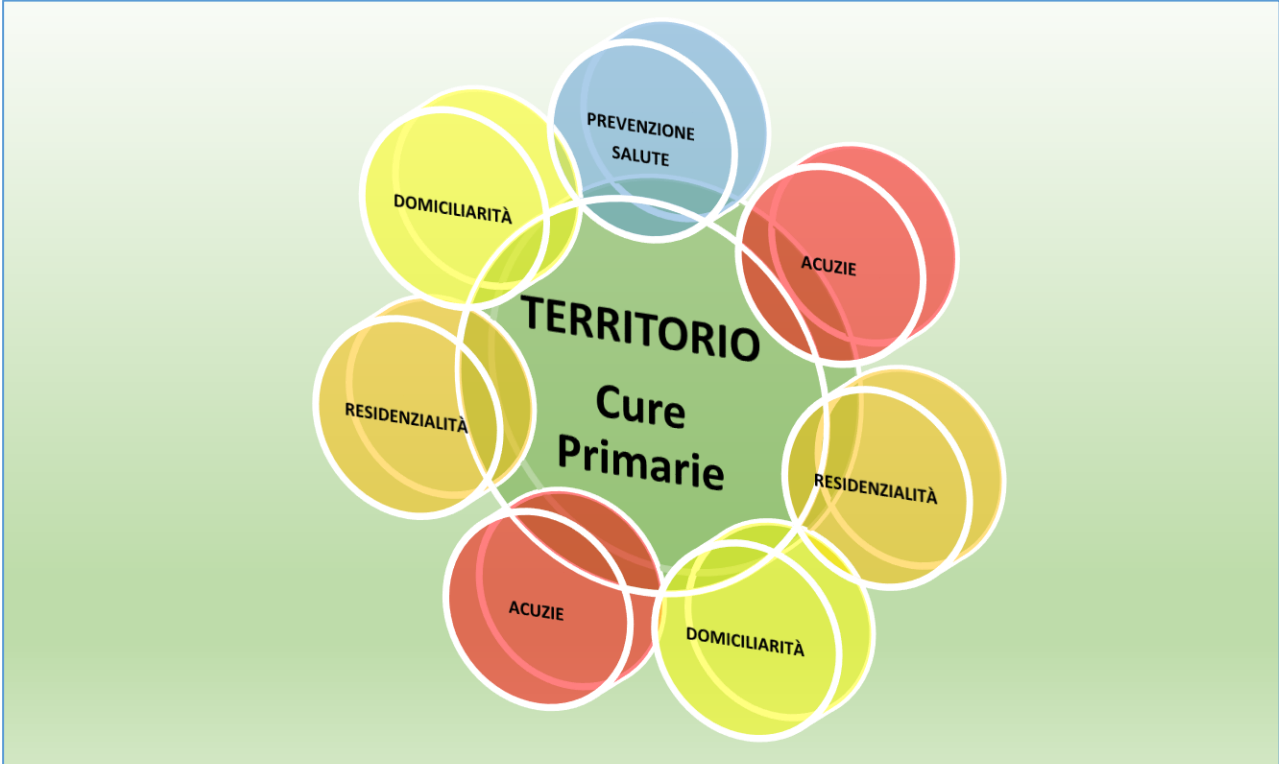


Tabella 4.2.3.1 – Articolazione delle AFT e delle UCCP nella Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila

ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA			
DISTRETTO	UCCP	AFT	
N° 1	L'Aquila Con sede in L'Aquila, Via Capo Croce, 1	Medicina generale n°3 L'Aquila 1 L'Aquila 2 L'Aquila 3	N° assistiti 20.551 21.256 21.685
		Pediatria di libera scelta n° 1 L'Aquila	N° pediatri 10
		Medicina specialistica n°1	
N° 2	Celano Con sede in Celano, Via della Stazione	Medicina generale n° 3 Marsica 1 Marsica 2 Marsica 3	N° assistiti da rimodulare garantendo per ciascuna AFT almeno 20.000 assistiti
		Pediatria di libera scelta n° 1 Marsica Pediatri	N° pediatri 9
		Medicina specialistica n° 1 celano – Distretto 2	
N° 3	Avezzano Con sede in Avezzano, Via Monte Velino, 18	Medicina generale n° 2 Avezzano Avezzano e Valle Roveto	N° assistiti 26.213 29.426
		Pediatria di libera scelta n° 1 Avezzano pediatri	N° pediatri 5
		Medicina specialistica n° 1 Avezzano – Distretto 3	
N° 4	Sulmona Con sede in Sulmona, Via Mazzini snc (Area Ospedaliera)	Medicina generale n° 2 Sulmona Peligno Subequana	N° assistiti 25.221 20.019
		Pediatria di libera scelta n° 1 Sulmona	N° pediatri 5
		Medicina specialistica n° 1 Sulmona – Distretto 4	
N° 5	Monte reale Con sede in Monte reale, località Piedicolle	Medicina generale n° 1 Vestina - Sabina	N° assistiti 26.453
		Pediatria di libera scelta n° 1 Vestina - Sabina	N° pediatri 4
		Medicina specialistica n° 1 Monte reale – Distretto 5	
N° 6	Castel di Sangro Con sede in Castel di Sangro, Via Porta Napoli, 32	Medicina generale n° 1 Sangrina	N° assistiti 14.531
		Pediatria di libera scelta n° 1 Peligno - Sangrina	N° assistiti 2
		Medicina specialistica n° 1 Castel di Sangro – Distretto 6	

Tabella 4.2.3.2 – Articolazione delle AFT e delle UCCP nella Asl Teramo

ASL TERAMO			
DISTRETTO	UCCP	AFT	
N° 1	Teramo Con sede in Teramo, presso DSB, Via Circonvallazione Ragusa, 1	Medicina generale n°3 Teramo 1 Teramo 2 Teramo 3	N° assistiti 26.235 22.866 24.294
		Pediatria di libera scelta n° 1 Teramo	N° pediatri 9
		Medicina specialistica n°1 Teramo – Distretto 1	
N° 2	Villa Rosa di Martinsicuro Con sede in Via Amendola, snc	Medicina generale n° 3 Colline Vibratane Costa Vibrata Costa Piomba	N° assistiti 26.846 21.108 20.512
		Pediatria di libera scelta n° 1 Val Vibrata	N° pediatri 11
		Medicina specialistica n° 1 Nereto – Distretto 2	
N° 3	Roseto degli Abruzzi Sede da individuare	Medicina generale n° 3 Tordino Giulianova Roseto degli Abruzzi	N° assistiti 23.234 20.879 21.922
		Pediatria di libera scelta n° 1 Tordino Vomano	N° pediatri 10
		Medicina specialistica n° 1 Roseto – Distretto 3	
N° 4	Atri Sede da individuare	Medicina generale n° 2 Atri - Pineto	N° assistiti 22.101 23.808
		Pediatria di libera scelta n° 1 Fino – Silvi	N° pediatri 9
		Medicina specialistica n° 1 Atri – Distretto 4	
N° 5	Montorio al Vomano Con sede in Montorio al Vomano presso DSB, Via Quirino Celli in Contrada Piane	Medicina generale n° 1 Gran Sasso	N° assistiti 17.546
		Pediatria di libera scelta n° 1 Montorio al Vomano	N° pediatri 3
		Medicina specialistica n° 1 Montorio al Vomano – Distretto 5	

Tabella 4.2.3.3 – Articolazione delle AFT e delle UCCP nella Asl Pescara

ASL PESCARA			
DISTRETTO	UCCP	AFT	
N° 1	Pescara Nord Con sede in Pescara, presso DSB	Medicina generale n° 1	N° assistiti 28.061
		Medicina generale n° 2	30.000
		Pediatria di libera scelta n° 1	N° pediatri 8
N° 2	Pescara Sud Con sede in Pescara, presso DSB	Medicina generale n° 1	N° assistiti 24.504
		Medicina generale n° 2	30.000
		Pediatria di libera scelta n° 1	N° pediatri 8
N° 3	Cepagatti Con sede in Cepagatti, presso DSB	Medicina generale n° 1	N° assistiti 22.999
		Medicina generale n° 2	30.000
		Pediatria di libera scelta n° 1	N° pediatri 7
N° 4	Scafa Con sede in Scafa, Via Cavalieri, 5	Medicina generale n° 1	N° assistiti 20.000
		Medicina generale n° 2	18.946
		Pediatria di libera scelta n° 1	N° pediatri 7
N° 5	Montesilvano Con sede in Montesilvano, presso DSB	Medicina generale n° 1	N° assistiti 28.407
		Medicina generale n° 2	20.000
		Pediatria di libera scelta n° 1	N° pediatri 6
N° 6	Penne Con sede in Penne, Via Caselli, 54	Medicina generale n° 1	N° assistiti Da definire
		Medicina generale n° 2	
		Pediatria di di libera scelta n° 1	N° pediatri 3
		Medicina specialistica n° 1	

Tabella 4.2.3.4 – Articolazione delle AFT e delle UCCP nella Asl Lanciano-Vasto-Chieti

ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI*			
DISTRETTO	UCCP	AFT	
N° 1	Vasto Con sede in Vasto, presso NOD	Medicina generale n°3	N° assistiti
		Pediatria di libera scelta n° 1	N° pediatri
		Medicina specialistica n°1	
N° 2	Chieti Con sede in Chieti, c/o Vecchio Ospedale	Medicina generale n° 2	N° assistiti
		Pediatria di libera scelta n° 1	N° pediatri
		Medicina specialistica n° 1	
N° 3	Francavilla Con sede in Francavilla al Mare, presso "Istituto padovano" – Succursale NOD	Medicina generale n° 2	N° assistiti
		Pediatria di libera scelta n° 1	N° pediatri
		Medicina specialistica n° 1	
N° 4	Ortona Con sede in Ortona, presso NOD	Medicina generale n° 1	N° assistiti
		Pediatria di libera scelta n° 1	N° pediatri
		Medicina specialistica n° 1	
N° 5	Lanciano Con sede in Lanciano, presso P.O. Renzetti, Via Don Minzoni	Medicina generale n° 2	N° assistiti
		Pediatria di libera scelta n° 1	N° pediatri
		Medicina specialistica n° 1	
N° 6	Sangro Avtino Con sede in Casoli, presso PTA	Medicina generale n° 2	N° assistiti
		Pediatria di libera scelta n° 1	N° pediatri
		Medicina specialistica n° 1	
N*7	Guardiagrele Con sede in Guardiagrele, presso PTA	Medicina generale n° 1	N° assistiti
		Pediatria di libera scelta n° 1	N° pediatri
		Medicina specialistica n° 1	
N° 8	Alto Vastese Con sede in Gissi, presso PTA	Medicina generale n° 1	N° assistiti
		Pediatria di libera scelta n° 1	N° pediatri
		Medicina specialistica n° 1	

*Da definire

Capitolo Quinto

CONCLUSIONI

5.1 Un bilancio del Piano di rientro

La ricomposizione di un'analisi è un esercizio difficile, ma lo è ancora di più se si vuole emettere un giudizio. Nella tesi sono stati affrontati molti temi, anche diversi fra loro, con l'intento di sostenere l'idea che la salute non sia una questione di soldi. Semmai *diventa* una questione di soldi. Un assunto all'apparenza discutibile, quasi provocatorio, alla luce delle vicende che hanno caratterizzato il Sistema sanitario del nostro Paese, eppure basterebbe riflettere appena un po' per accorgersi che non è la salute a costare, ma la malattia.

In un mondo ideale ai pubblici poteri e ai cittadini non dovrebbe essere richiesto nessuno sforzo economico a tutela del benessere. Purtroppo la malattia può insorgere e ciascuno – limitatamente alla propria responsabilità – è tenuto a fare i conti con la realtà. Negli ultimi anni il peso della realtà è diventato insostenibile. Le risorse, per effetto del ciclo economico, sono venute a mancare e il Servizio sanitario nazionale ha mostrato tutti i suoi difetti, ma anche i limiti di un'intera classe dirigente. I decisori pubblici hanno tentato di mettere delle pezze attraverso rimedi occasionali, perlopiù riscontrabili nel taglio dei servizi. Tuttavia è venuta a galla una verità: tagli e dispersione delle risorse sono due facce della stessa medaglia. D'altronde, limitarsi a ridurre l'offerta allo scopo di sistemare i conti significa negare che vi sia un nesso di causalità tra la scorretta organizzazione dell'assistenza e gli sprechi, favorendo il ripetersi di inefficienze.

Il rapporto tra denaro e diritti a prestazioni non è semplice da decifrare. Quando la Corte costituzionale è stata chiamata a pronunciarsi in merito, ha fornito un'interpretazione del diritto alla salute come “finanziariamente condizionato”, cioè influenzato dalle risorse effettivamente disponibili. In un'ottica di contabilità, slegata da qualsiasi riferimento valoriale, la posizione della Corte certamente ha un senso. Ciononostante, come è stato evidenziato, una simile lettura «non ravvisa in capo alla Repubblica alcun profilo di doverosità per quel che concerne [...] il

reperimento delle risorse necessarie»⁷⁷. Accettare acriticamente la posizione della giurisprudenza costituzionale sarebbe squalificante per lo stesso legislatore, la cui ambizione non dovrebbe contemplare il disimpegno. Al contrario, è opinione diffusa che tra i doveri dei policy maker ci sia la creazione di un contesto favorevole al dispiegamento dei diritti, compresa la ricerca delle risorse.

Lo strumento del Piano di rientro nasce quando diventa evidente la debolezza dei tagli lineari e il loro costo politico-sociale. Il deficit sanitario di alcune regioni raggiunge vette troppo elevate perché possano residuare spazi di discussione. Non che il dibattito sia venuto meno, ovviamente. Tra le voci discordanti, citiamo quella del giurista Ettore Jorio, il quale a più riprese ha rimarcato i difetti del Piano, riassumendo una serie di critiche riscontrabili anche nei contributi di altri autori. Una delle opposizioni di Jorio, assolutamente condivisibile, riguarda l'inefficienza della classe dirigente e la consuetudine di affidare gli obiettivi agli stessi soggetti che hanno prodotto il deficit. Effettivamente, scelte di questo tipo non possono che dare adito al timore di collusioni politiche.

Altre critiche attengono alle operazioni promosse nell'ambito del Piano. In particolare, vengono posti dubbi sull'affidabilità delle risultanze dei Tavoli di verifica, i quali non sarebbero altro che momenti ratificatori di una serie di adempimenti standardizzati, completamente scollegati dalle realtà geografiche. In altre parole, il management regionale si limiterebbe a mettere sulla carta le soluzioni richieste dai Tavoli, compiacendoli o ingannandoli.

Un altro spunto riguarda l'eccessivo margine di manovra concesso alle regioni e il venire a costituirsi di una diversità nella diversità. Se già esiste un notevole distacco tra le regioni benchmark e le regioni canaglia, lasciare che ciascun Ssr in crisi adotti soluzioni diverse non farebbe altro che acuire le differenze, allontanando sempre più l'obiettivo di uniformare l'offerta Lea nazionale.

Discutiamo questi giudizi. L'abitudine di lasciare i percorsi di riorganizzazione nelle mani degli stessi responsabili dell'indebitamento è da condannare. Certo, deficit di centinaia di milioni di euro non sono accumulabili nello spazio di una o due legislature, ma nominare i presidenti di regione commissari ad acta fa venire meno il senso stesso del commissariamento che, ricordiamolo, nasce come ultima ratio nei casi di gravissima inadempienza. In questo senso, neanche la presenza dei soggetti in affiancamento sembra lenire la contraddizione.

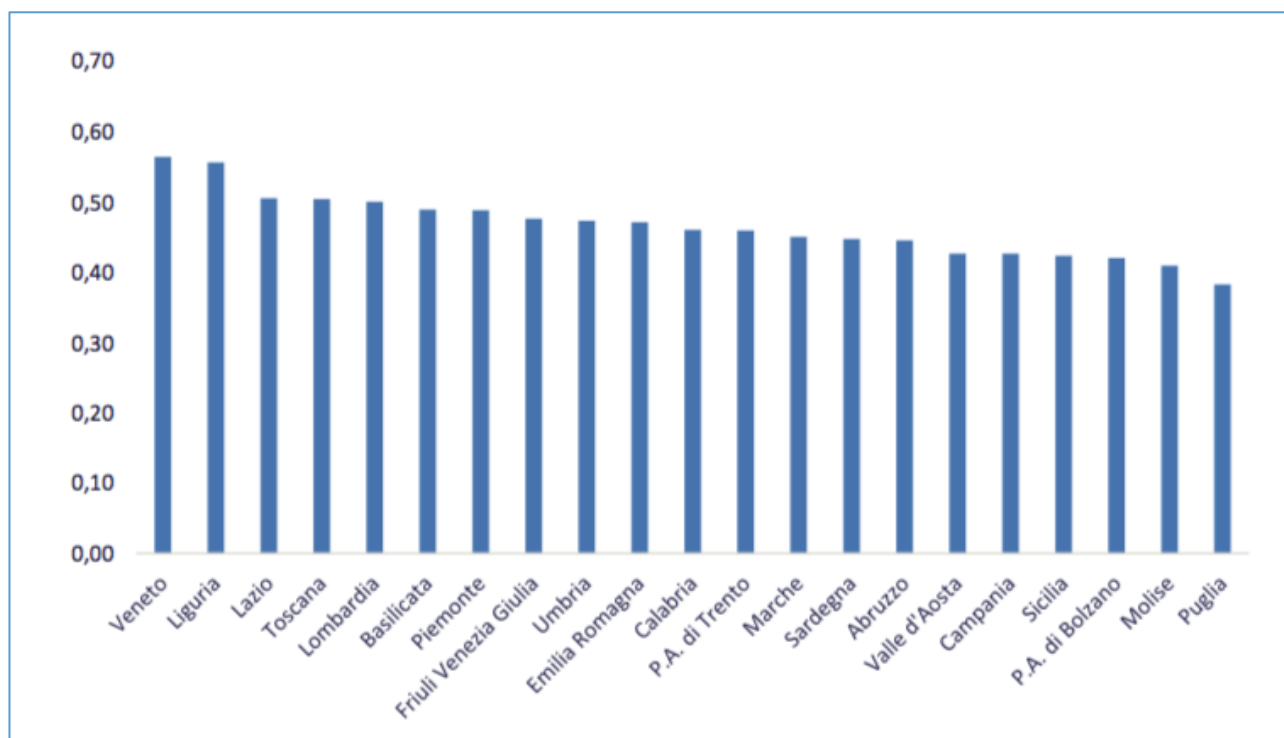
⁷⁷ D. Morana, op. cit., p. 86.

Il margine di discussione sulle altre critiche è ben più ampio. L'attendibilità delle attività di monitoraggio dipende in parte anche dal grado di fiducia riposto nelle istituzioni e in chi le rappresenta, tenendo conto che parliamo di tecnici, non di politici. È esattamente in questo frangente che rilevano il peso del giudizio individuale e le fonti alle quali si sceglie di riconoscere autorevolezza.

Le fonti, appunto, fanno la differenza. Ne troviamo di ogni genere: alcune mettono a disposizione numeri freddi che, nella maggioranza dei casi, non tengono conto del contesto. Altre tentano invece una ricostruzione critica e inclusiva del quadro generale. A proposito di contesto, il rapporto intitolato *Una misura di performance dei SSR*⁷⁸ redatto da CREA Sanità mostra quanto il fattore ambientale sia determinante. Dal rapporto emerge una profonda spaccatura Nord-Sud riconducibile proprio al fattore spesa: per i partecipanti al panel provenienti dalle regioni in Pdr (che, come sappiamo, rappresentano prevalentemente il Meridione) una spesa più bassa è sintomo di migliore performance, mentre per i rappresentanti delle regioni virtuose la spesa non è necessariamente collegata alle prestazioni. La conseguenza di due impostazioni tanto dissimili è il quasi ribaltamento della graduatoria finale. Quando a pronunciarsi sono le regioni in equilibrio, il Mezzogiorno staziona nelle ultime posizioni del ranking. Al contrario, le regioni in Pdr tendono a *punire* quelle alto-spendenti. Per le zone in riqualificazione, il risultato della ricerca è poco lusinghiero. Persino lo stesso Abruzzo, che più volte è stato innalzato ad esempio, mostra complicazioni per gli indicatori di performance; ne riportiamo due: Management aziendale (Graf. 5.1.1) e Istituzioni (Graf. 5.1.2).

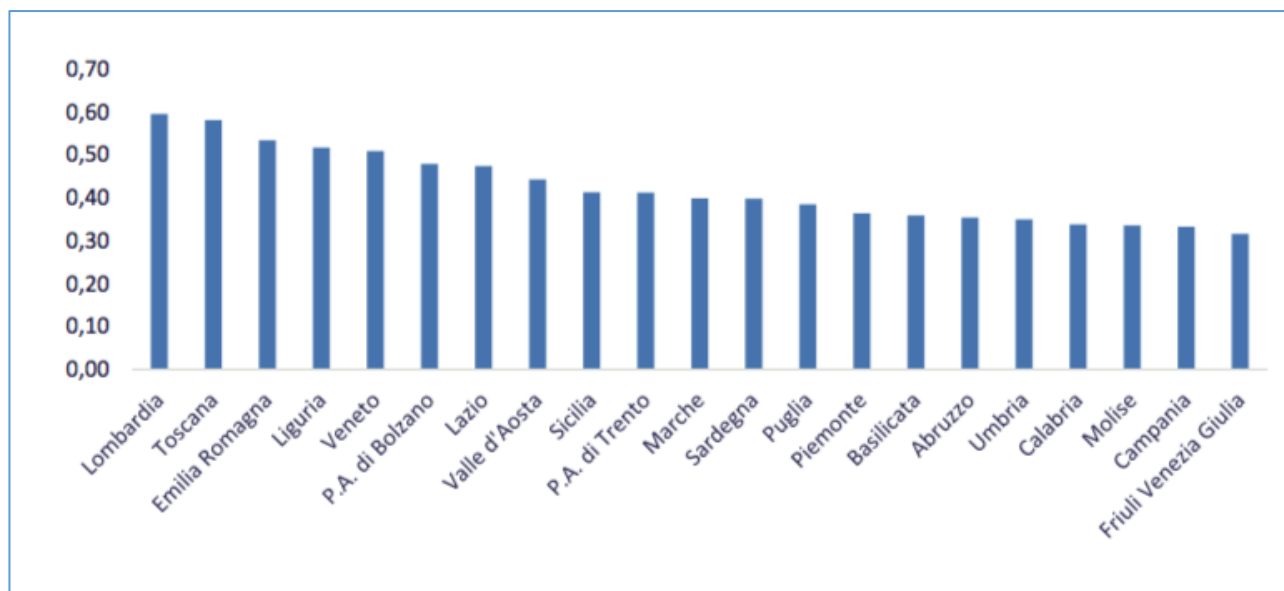
⁷⁸ D. d'Angela, F. Spandanaro, *Una misura di performance dei SSR. V edizione*, 2017, <http://www.creasanita.it/images/performancecsr/Libro-Performance-V-Edition.pdf>

Grafico 5.1.1 – Performance dei Ssr. Categoria Management aziendale



Fonte: CREA Sanità – Una misura di Performance dei SSR

Grafico 5.1.2 – Performance dei Ssr. Categoria Istituzioni



Fonte: CREA Sanità – Una misura di Performance dei SSR

Al contrario, l'ultimo Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica redatto dalla Corte dei conti si complimenta con le regioni in Piano di rientro. A dispetto di quanto si potrebbe immaginare, nella sua valutazione la Corte analizza

un'ampia gamma di informazioni che riguardano non solo i bilanci, ma anche gli aspetti più funzionali dei Servizi regionali, come lo stato di implementazione del Fascicolo sanitario elettronico o gli specifici dati sull'assistenza territoriale.

Nel merito, riguardo alla spesa la Corte rileva che «sono soprattutto le perdite delle regioni in Piano di rientro che flettono [...]. Tra il 2009 e il 2016 [...] le regioni in Piano sono passate da una perdita di oltre 1 miliardo ad un avanzo di circa 750 milioni»⁷⁹. Non mancano rimproveri circa le condizioni dell'assistenza domiciliare e nelle strutture, anche se i dati riconoscono la bontà del lavoro fatto in Abruzzo.

Già nel 2013 – praticamente a metà del Pdr – in un'audizione in Commissione Igiene e Sanità del Senato⁸⁰, l'allora Diretto Generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute Francesco Bevere, aveva riferito circa lo stato dei lavori in Abruzzo. Tra gli altri:

- Aspetti positivi
 - Attivazione degli Hospice.
 - Completamento del processo di riconversione dei presidi non in linea con i parametri stabiliti dalla legge.
 - Decremento dell'ospedalizzazione e delle inapproprietezze.
 - Approvazione della nuova rete regionale dell'Emergenza-Urgenza.
 - Avvio della razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati.
- Aspetti negativi
 - Criticità nell'erogazione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale.

Diversi sforzi sono stati compiuti per porre rimedio alle criticità e per implementare gli aspetti già allora giudicati positivi, tanto che nel settembre 2016 la Regione Abruzzo si è liberata dai lacci del commissariamento.

⁷⁹ Corte dei conti, *Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica*, 5 aprile 2017, http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/sintesi_rapporto_coordinamento_fp_2017.pdf

⁸⁰ F. Bevere, *Le regioni sottoposte ai piani di riorganizzazione, di riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale*, 29 maggio 2013, http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Dal-Governo/BEVERE.pdf?uuid=AbXnILOH

Il giudizio sul Piano di rientro è inevitabilmente volubile, perché riguarda un numero impressionante di variabili che vanno oltre i risultati di bilancio. Ad esempio, nel marzo 2017 l'amministrazione abruzzese ha saldato tutti i debiti pregressi verso il Sistema sanitario regionale, restituendo quindi le somme sottratte indebitamente (per un ammontare complessivo di 168 milioni di euro). Nonostante si tratti di un risultato significativo, non esaurisce l'insieme delle responsabilità a carico della Regione, che riguardano la riorganizzazione dei servizi e la messa a regime di un apparato funzionale alla soddisfazione del fabbisogno assistenziale.

Riassumendo, fin qui nel calendario del Piano di rientro della Regione Abruzzo sono segnate in rosso quattro date:

- *6 marzo 2007*
Sottoscrizione del Piano di rientro.
- *11 settembre 2008*
La sanità regionale viene sottoposta a commissariamento.
- *20 luglio 2011*
Al Tavolo di verifica degli adempimenti, viene certificato il raggiungimento del pareggio di bilancio.
- *15 settembre 2015*
Il Consiglio dei Ministri delibera la fine del commissariamento.

Di seguito, sono riportati alcuni dei risultati raggiunti:

- *Personale*
Nonostante i vincoli imposti dal Piano, la Regione è riuscita ad allinearsi alla media nazionale per numero di dipendenti, in misura significativamente superiore rispetto alle altre regioni in Pdr. Inoltre, il pareggio di bilancio ha consentito di procedere a ulteriori assunzioni.
- *Farmaceutica*
L'Amministrazione ha imbastito un efficace programma di razionalizzazione del settore farmaceutico. A seguito dell'individuazione dei medici altospendenti, è stata avviata una campagna di promozione dell'appropriatezza prescrittiva e fruitiva, oltre che di incentivazione all'uso

dei farmaci generici.

La Regione è stata indicata tra le migliori d'Italia per capacità di acquisto di farmaci a prezzi vantaggiosi.

- *Rapporto con gli erogatori privati*

Dopo anni di abusi che hanno trascinato l'Abruzzo tra le pagine della cronaca giudiziaria, le relazioni con le strutture convenzionate sono state ridefinite attraverso la stipula dei contratti.

- *Riordino della rete ospedaliera*

La strategia di lotta all'inappropriatezza ha favorito il rispetto del limite massimo di posti letto stabilito dalla normativa nazionale.

I presidi non più conformi agli standard minimi sono stati riconvertiti secondo l'innovativo modello degli Ospedali di Comunità (OsCo).

- *Assistenza territoriale*

A seguito delle politiche di deospedalizzazione, la struttura commissariale si è attivata per migliorare l'offerta dei servizi distrettuali. In particolare, oltre ai già citati OsCo, l'investimento ha incluso l'aumento dei posti letto in strutture residenziali e l'apertura dei primi Hospice (6). Come nel resto del territorio nazionale, i numeri restano ancora insufficienti, specie per quanto riguarda i posti letto in strutture semiresidenziali.

Le Aziende sanitarie locali hanno provveduto a uniformarsi alle disposizioni nazionali in tema di AFT e UCCP.

- *Lea*

Nel 2014, l'attività di riqualificazione dell'assistenza sanitaria ha portato, per la prima volta, al raggiungimento della Piena adempienza Lea.

Uno studio del Fornez⁸¹, nel 2007 aveva sollevato dei dubbi sull'interpretazione convenzionale della spesa, slegandola completamente dalla domanda (e quindi dai bisogni di salute) e cucendola sull'offerta. Un Piano di rientro potrebbe dirsi compiuto solo qualora riuscisse a rimettere i tasselli del puzzle al posto giusto, restituendo un'immagine esaustiva. L'asimmetria tra offerta e domanda di servizi resta il grande problema da risolvere. Nonostante stiano sviluppando modalità innovative di governo della domanda, le regioni in Pdr faticano a indovinare la

⁸¹ V. Mapelli, *La qualità della sanità non dipende dalla spesa*, in «lavoce.info», 15 marzo 2008, <http://www.lavoce.info/archives/24759/la-qualita-della-sanita-non-dipende-dalla-spesa/>

giusta programmazione, forse perché non ancora in possesso di strumenti di rilevazione epidemiologica sufficientemente esplicativi, forse perché spiazzate da novità e responsabilità inedite. In effetti, il Piano ha messo le amministrazioni regionali con le spalle al muro, costringendole a tenere lo sguardo fisso sul territorio e sulle esigenze della popolazione, dopo anni di sanità pensata ad uso e consumo di élite burocratiche e politiche. Con ogni probabilità, è giunto il momento delle scelte radicali, del passaggio da una lottizzazione politica a una lottizzazione del merito.

Se il Piano di rientro doveva essere uno strumento di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale, in Abruzzo certamente lo è stato. Con l'uscita dal commissariamento è cominciata la partita della vita: rendere la *riorganizzazione* sinonimo di *riqualificazione*.

5.2 La sanità del futuro

Il futuro è un luogo ricco di sfide. Tutto ciò di cui abbiamo discusso anticipa dei pezzi importanti del racconto dei prossimi anni che, inevitabilmente, sarà caratterizzato dall'incidenza delle malattie cronico-degenerative, ma anche da un forte sviluppo delle tecnologie. Per la governance nazionale, sarà importante mantenere un equilibrio tra la legittima ambizione ad accreditarsi come Paese capofila della sanità del progresso e le esigenze quotidiane, fatte di difficoltà che interessano i malati e i loro familiari.

La *Revisione sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia*⁸² elaborata dall'OCSE, disegna il quadro di un Servizio sanitario in crescita, ma che non è ancora riuscito a prendere le misure al forte stress cui è sottoposto. L'OCSE lambisce tutti i temi affrontati in questa tesi, assegnano due compiti: garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa non intacchino la qualità dell'assistenza; sostenere le regioni che hanno un'infrastruttura più debole. Prima di formulare delle raccomandazioni, l'Organizzazione per la Coesione e lo Sviluppo evidenzia gli aspetti positivi e negativi della nostra sanità.

⁸² OCSE, *OECD Reviews of Health Care Quality: Ital*, 2014, http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014_9789264225428-en#page1

- *Aspetti positivi:*
 1. Aspettativa di vita tra le più alte dei Paesi OCSE.
 2. Tassi di ricovero per asma, malattie polmonari croniche e diabete (indicatori di qualità delle cure primarie) tra i migliori nell'OCSE; tassi di mortalità per ictus o infarto (indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera) sotto alla media OCSE.
 3. Assistenza fornita a un prezzo contenuto. In Italia vengono spesi 3.027\$ pro-capite, contro i 4.650\$ della Germania.
 4. Miglioramento del livello di integrazione e coordinamento dell'assistenza, specie grazie all'introduzione delle AFT e delle UCCP.
 5. La costituzione di un quadro giuridico fondativo di un'assistenza di qualità: il Patto per la salute; i LEA, il SIVeAS, l'AIFA.
- *Aspetti negativi:*
 1. La crisi economica ha relegato la qualità e la riorganizzazione dell'assistenza nel fondo della classifica delle priorità. Al contrario, il risanamento finanziario è diventato il riferimento principale di ogni policy.
 2. I servizi di comunità, lungo termine e prevenzione sono poco sviluppati. Per la prevenzione, l'Italia spende meno di un decimo di quanto facciano Olanda e Germania.
 3. Alto livello di frammentazione dovute a uno scarso coordinamento tra i professionisti.
 4. La Riforma costituzione del 2001 avrebbe creato 21 sistemi sanitari regionali e introdotto meccanismi perversi di concorrenza, la cui clientela è determinata dalla mobilità passiva.
 5. Sistemi di ECM obsoleti e poco impegnativi.
 6. Infrastruttura tecnologica insufficientemente sfruttata (FSE).

Allo scopo di superare l'impasse, l'OCSE formula delle raccomandazioni, con l'obiettivo dichiarato di «passare da un sistema che assegna priorità al controllo di bilancio, ad uno che dà eguale priorità alla qualità»⁸³.

⁸³ Ministero della Salute, *Revisione OCSE sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia*, 15 gennaio 2015, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1895_listaFile_itemName_0_file.pdf

1. *Rafforzare la governance della qualità nell'assistenza sanitaria*
 - a. Assicurare un'applicazione più omogenea a livello regionale delle iniziative nazionali, specie per quanto riguarda accreditamenti e requisiti minimi.
 - b. Destinare maggiori risorse all'elaborazione di linee guida.
 - c. Espandere l'insieme degli indicatori Griglia LEA.
 - d. Coinvolgere i pazienti nelle attività di valutazione.
2. *Migliorare la qualità dei servizi di cure primarie ed assistenza territoriale*
 - a. Ampliare la rete degli Ospedali di comunità.
 - b. Mettere a punto sistemi di pagamento collegati alla qualità.
 - c. Migliorare il ruolo svolto dagli erogatori di cure primarie, attraverso programmi formativi.
3. *Migliorare la formazione medica*
 - a. Incoraggiare le scuole di medicina a promuovere un insegnamento che superi l'approccio didattico tradizionale.
 - b. Promuovere l'ECM fino ad introdurre la ricertificazione.
4. *Rafforzare la misura ed il miglioramento della qualità nel sistema regionalizzato*
 - a. Sviluppare un approccio più omogeneo a livello locale, rafforzando l'accountability.
 - b. Creare un'unica organizzazione nazionale per l'informazione sanitaria.
 - c. Assicurare che l'allocazione delle risorse regionali abbia un focus sulla qualità.

Molte delle raccomandazioni dell'OCSE, ma anche l'analisi degli aspetti positivi e negativi, recuperano argomenti a noi cari. Sostenere che la capacità del Sistema di assistere i pazienti sul territorio sia allo stesso tempo in netta crescita e in netto ritardo, non è una contraddizione, ma un sintomo di comprensione del contesto. In un certo senso però, il fatto che la rilevazione OCSE sia nazionale, dà anche la misura di quanto i risultati bassi (quindi le differenze territoriali) incidano sulla media.

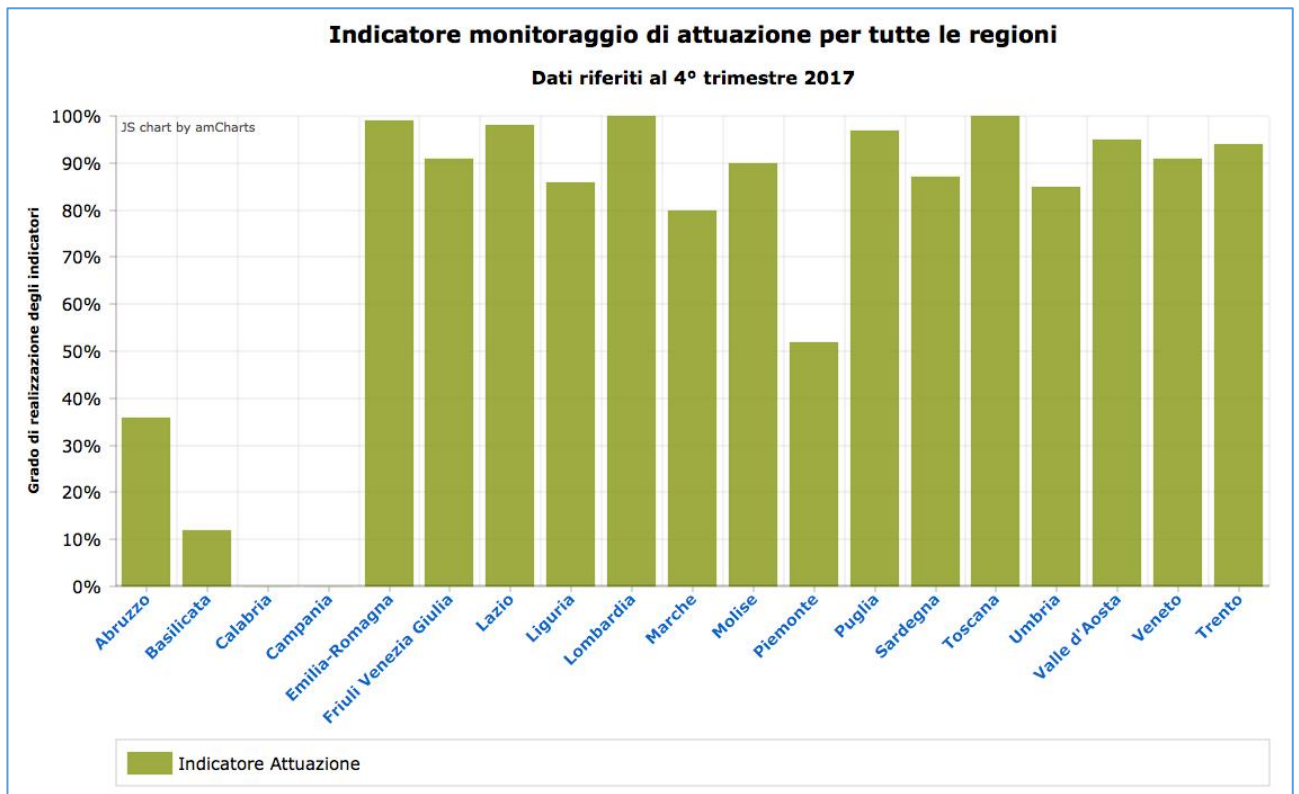
5.2.1 Il ruolo della tecnologia

La rilevazione OCSE non ha mancato un riferimento all'utilizzo della tecnologia. Precisamente, il richiamo non riguarda le apparecchiature biomediche, ma l'impiego del Fascicolo sanitario elettronico (Fse), strumento attraverso il quale il cittadino può consultare tutta la sua storia clinica, condividendola con i professionisti sanitari. All'interno del Fse sono presenti informazioni di ogni genere (dal risultato degli esami di laboratorio alle terapie in corso) messe in rete in modo da facilitarne la lettura sull'intero territorio nazionale. Istituito a livello regionale, il Fse:

- agevola l'assistenza del paziente;
- facilita l'integrazione delle diverse competenze professionali;
- fornisce una base informativa consistente.

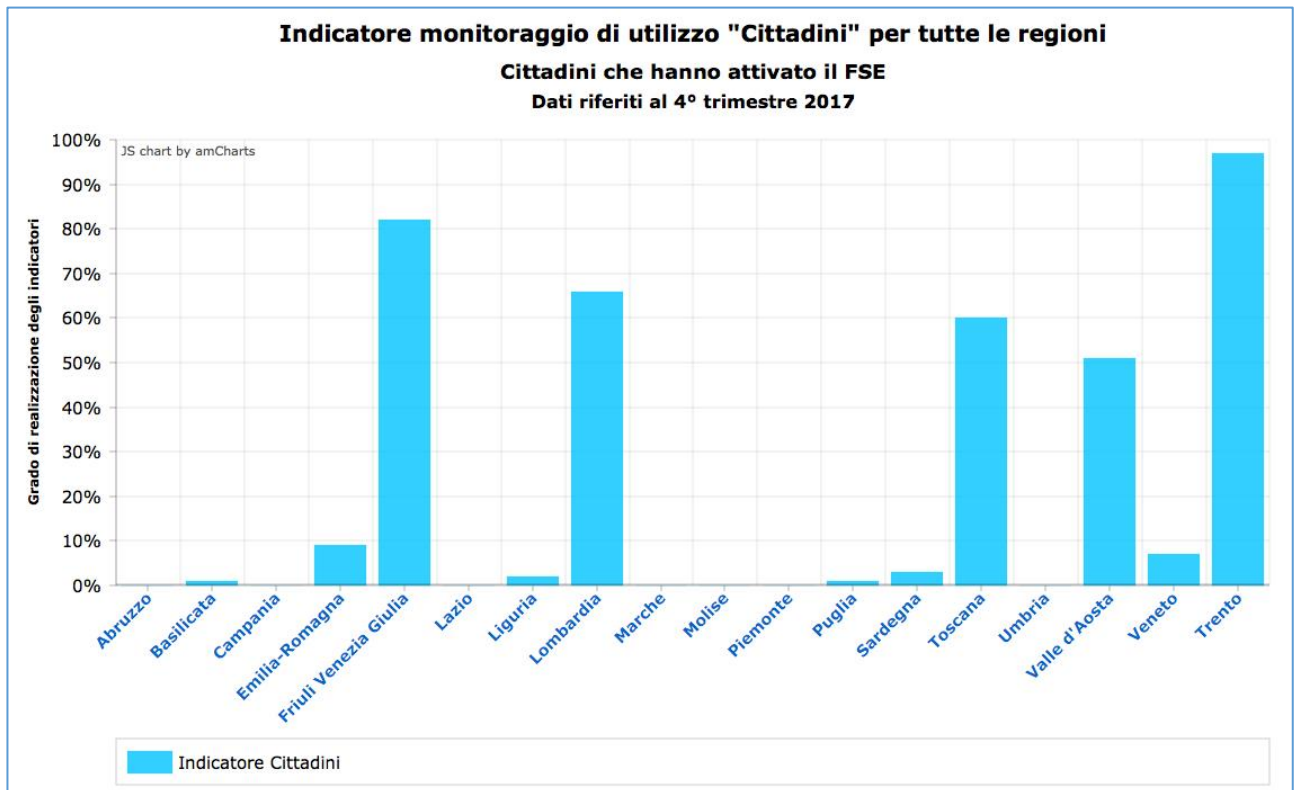
Il Fascicolo sanitario è uno dei pilastri della strategia di e-Health, orientata allo sviluppo tecnologico dell'assistenza. In rete è possibile monitorare lo stato di avanzamento e diffusione del Fse nel nostro Paese, valutato secondo due indicatori, uno denominato *Attuazione* (include le operazioni di *infrastrutturazione* del sistema), l'altro denominato *Utilizzo* (riferito all'effettivo impiego dello strumento da parte di Cittadini, Medici e Aziende sanitarie). L'indicatore Attuazione (Graf. 5.2.1.1) rispecchia la classica difformità territoriale. Lombardia e Toscana sono le uniche a raggiungere il 100%, tallonate da Emilia-Romagna e Lazio. Grave il ritardo delle regioni meridionali, rinfrancate solo dalle ottime performance di Puglia e Molise. Al 4° trimestre del 2017, l'Attuazione abruzzese è ancora in una forma embrionale (36%), ma il dato più preoccupante riguarda lo stato dell'indicatore Utilizzo (Graf. 5.2.1.2).

Grafico 5.2.1.1 – Indicatore monitoraggio di Attuazione del Fascicolo sanitario elettronico per tutte le regioni.



Fonte: Sito ufficiale del Fascicolo sanitario elettronico nazionale

Grafico 5.2.1.2 – Indicatore monitoraggio di Utilizzo "Cittadini" del Fascicolo sanitario elettronico per tutte le regioni.



Fonte: Sito ufficiale del Fascicolo sanitario elettronico nazionale

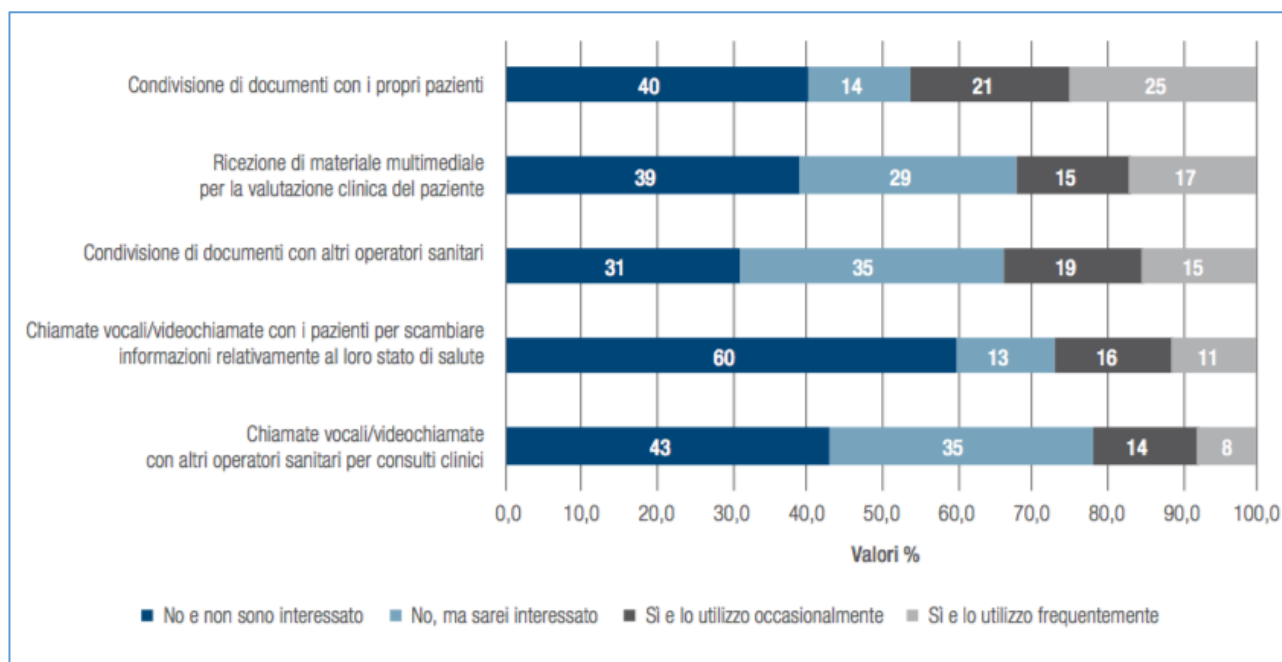
Per sintesi riportiamo solo l'indicatore di Utilizzo del gruppo Cittadini, i cui risultati sono sovrapponibili anche per Medici e Aziende sanitarie. Sicuramente è assimilabile il risultato della Regione Abruzzo: 0% per tutti e tre i gruppi di Utilizzo. Curiosamente, molte regioni che vantano un livello di Attuazione elevato, fronteggiano percentuali bassissime (anche dello 0%) quanto ad Utilizzo. Evidentemente, c'è molto da lavorare sulla diffusione di una cultura del ricorso alla strumentazione. A dircelo è anche l'ultimo Rapporto CREA, dal quale comunque risultano indicazioni interessanti sulla disponibilità manifestata dai Mmg. Richiamandosi a un'indagine compiuta dal *Centro studi della Federazione italiana Medici di medicina generale (Fimmg)* in collaborazione con l'*Osservatorio innovazione digitale in sanità*, in un apposito capitolo del CREA XIII vengono analizzati molteplici aspetti. Si riporta come nel 2016 siano stati spesi per l'Information and communications technology (Ict) 1,27 miliardi di euro, così ripartiti:

- Strutture sanitarie: € 870 mln.
- Regioni: € 310 mln.
- Medici di medicina generale: € 72 mln.
- Ministero della Salute: € 16 mln.

A proposito di disponibilità alla digitalizzazione, i Mmg sono stati gli unici a investire di più rispetto al 2015. Inoltre, il 94% dei medici afferma di aver sentito parlare del Fse, seppure sia ancora consistente la fetta (29%) di coloro che non lo utilizzano o lo utilizzano solo occasionalmente. Chi accede frequentemente al Fascicolo sanitario lo fa prevalentemente per consultare il risultato delle analisi di laboratorio.

È interessante la quota dei professionisti che per comunicare con i propri assistiti utilizza applicazioni non pensate specificamente a tale scopo. Ad esempio, WhatsApp (Graf. 5.2.1.3) è molto apprezzata per la facilità con la quale è possibile scambiarsi immagini e documenti, nonostante sia diffuso il timore che possa condurre a un aumento del carico di lavoro.

Grafico 5.2.1.3 – Utilizzo e interesse all'utilizzo di WhatsApp da parte dei Mmg per svolgere alcune attività



Fonte: CREA Sanità XIII

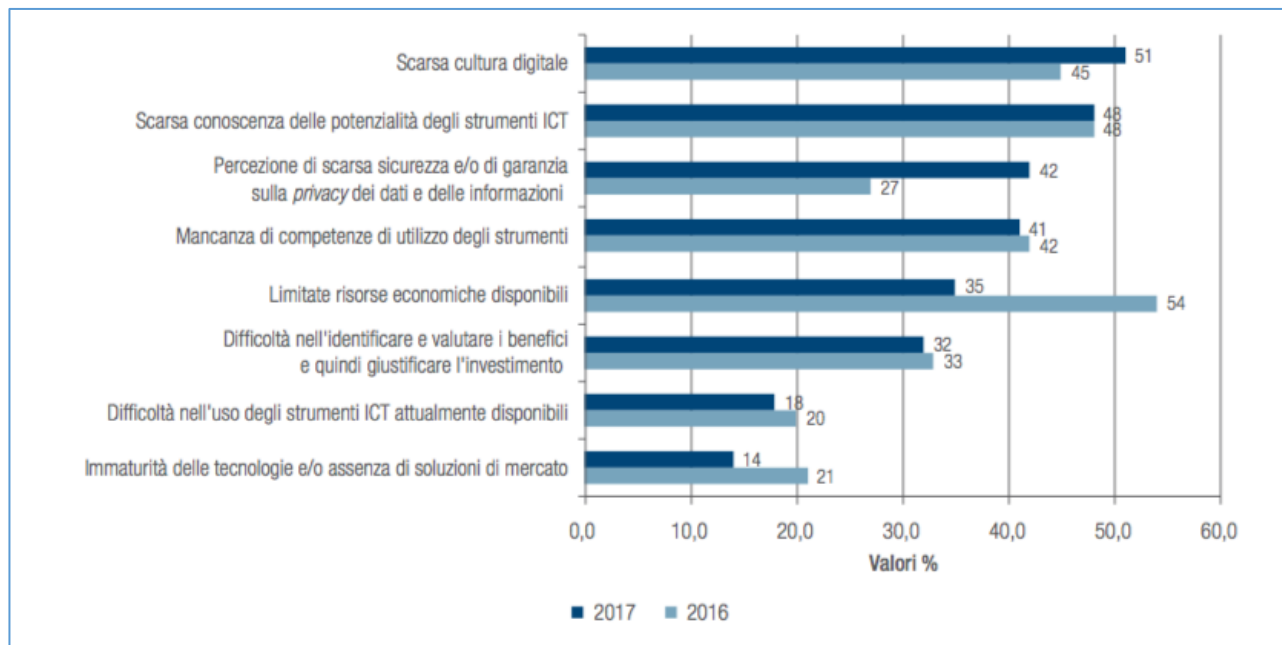
In tema di applicazioni per la salute, nel 2014 la Regione Abruzzo ha lanciato la sperimentazione di *Health Me*, un'app per dispositivi mobili con cui i pazienti possono automonitorarsi e tenere un diario dei farmaci assunti e degli esami effettuati. Grazie alla consultazione dei dati inseriti dal paziente, in caso di necessità il medico può inviare notifiche e richiami, garantendo un monitoraggio continuo.

Sono numerosissimi i vantaggi ottenibili attraverso la digitalizzazione dell'assistenza. La velocizzazione delle attività è la più apprezzata dal campione dei Mmg intervistati, seguita dalla possibilità di avere un quadro clinico più completo e dalla riduzione dei tempi di attesa in ambulatorio. In fondo alla classifica delle preferenze dei medici c'è la voce "Maggior coinvolgimento del paziente nel processo di cura", dato che stride con gli orientamenti delle normative nazionali, le quali spingono l'acceleratore verso il maggior grado possibile di inclusione degli utenti. Probabilmente la posizione dei medici è riconducibile a due preoccupazioni, il disallineamento dei ruoli e il rischio che l'impegno ecceda l'orario dovuto.

Al di là di pochi dubbi risolvibili, l'e-Health si prepara a diventare sempre più una prassi, a beneficio dell'integrazione dei servizi. A patto, chiaramente, di rimuovere i vincoli allo sviluppo (Graf. 5.2.4). Gli esempi buoni non mancano,

come nel caso della ricetta digitale, entrata a pieno regime nel marzo del 2016 è già diffusa con grande capillarità.

Grafico 5.2.1.4 – Barriere all'adozione di strumenti Ict tra i Mmg



Fonte: CREA Sanità XIII

5.2.2 Una sanità delle persone, per le persone

Rimettere le donne e gli uomini al centro del sistema, per restituire al Servizio sanitario nazionale il compito di promuovere la salute e la dignità. Non si può negare che l'approccio di questa tesi sia stato *prudente*, attento cioè a trattare col dovuto rispetto le esigenze di bilancio. Si è scelto però di guardare al riordino dei conti come ad una sorta di esperimento, condotto allo scopo di verificare se nelle regioni in difficoltà si possa fornire un'assistenza buona e poco costosa. Seppur portatori di grandi sacrifici, i Piani di rientro hanno prodotto il più importante dei risultati, cioè il riavvicinamento al territorio. Tornare sul territorio significa configurare un prototipo di assistenza convergente al fabbisogno delle persone, dando risposta alle emergenze quotidiane e riducendo il costo sociale futuro attraverso la prevenzione. Le acuzie costano troppo al Ssn, ma più di ogni altra cosa colpiscono la salute dei cittadini in una forma ben più grave di qualsiasi prezzo monetario. Per queste ragioni, è inderogabile il passaggio dalla medicina curativa alla medicina predittiva. Come diceva Umberto Veronesi:

Ciò che ci troviamo ad affrontare oggi è un duplice ordine di problemi. Da un lato riuscire a capire che cosa può (e forse deve) fare la società nel suo insieme – e quindi l'autorità sanitaria – per proteggere i cittadini dai rischi di ammalarsi. Dall'altra ci si sforza di capire che cosa possa fare il singolo individuo per ridurre il suo rischio personale.⁸⁴

Oltre alle campagne di sensibilizzazione e alle attività di formazione, destinate ad assumere un ruolo sempre più importante nell'ambito dei Distretti sanitari e delle aggregazioni fra medici, le vie perseguibili sono essenzialmente due: la genetica predittiva e gli screening.

La genetica è lo studio dei caratteri ereditari. La ricerca in questo campo ha permesso e permetterà nei prossimi anni di intercettare delle patologie prima che si manifestino in forma sintomatica. Oltre a uno sforzo sotto forma di investimenti in ricerca, ai pubblici poteri spetterà risolvere alcune problematiche di natura etica, relative alla facoltà di individuare le predisposizioni anche nelle generazioni successive. Alcuni ritengono che la genetica predittiva debba essere utilizzata solo per i casi nei quali sia disponibile una terapia, ma ciò ridurrebbe di molto il potenziale dello strumento. In attesa che questo genere di attività entrino realmente nella routine, il legislatore sembra non aver ancora assunto una posizione.

Quanto agli screening, si tratta di indagini diagnostiche selettive, effettuate su soggetti individuati secondo requisiti quali età, sesso, stili di vita o altri indicatori identificativi di un più elevato rischio di insorgenza di alcune malattie. Gli screening rilevano le patologie anche in fase molto iniziale o asintomatica, permettendo un intervento tempestivo. A differenza dei test genetici, il cui sviluppo è strettamente dipendente da una strategia nazionale, il livello di diffusione degli screening è oggetto di un sindacato sui Livelli essenziali, che sottopone le regioni a chiare responsabilità. Ad esempio, la Regione Abruzzo ha recentemente avviato una campagna di screening neonatale per le patologie metaboliche, così da individuare fin dalla nascita l'eventuale malattia ed elaborare un adeguato percorso terapeutico-assistenziale. In caso di risultato positivo, l'esame viene immediatamente trasmesso alla Uoc di pediatria dell'ospedale Santo Spirito di Pescara, che prende in carico il neonato avviando il percorso assistenziale.

⁸⁴ U. Veronesi, S. Zurrida, L'evoluzione della domanda di salute dei cittadini, in «Monitor», a. III, n. 11, 2004, p. 28, http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/pdf/Monitor_11.pdf

Nel presidio G. Bernabeo di Ortona è presente uno dei fiori all'occhiello della sanità abruzzese: l'*Ospedale della donna*. Nella struttura svolgono un lavoro straordinario le Unità operative della Ginecologia oncologica e del Centro procreazione medicalmente assistita, guidate rispettivamente dal dott. Gian Mario Tiboni e dal dott. Francesco Fanfani. Proprio riguardo agli screening, presso la senologia ortonese si è passati, sul totale degli inviti spediti, dal 24,5% del 2013 al 67,20% del 2015, anno nel quale il reparto ha conseguito la prestigiosa certificazione Eusoma.

Abbiamo lungamente argomentato sul territorio, ma il c.d. Ospedale della donna è un esempio della seconda traiettoria di sviluppo dell'assistenza sanitaria, la *specializzazione*. In questo caso, la specialità riguarda uno dei fattori determinanti del futuro: la medicina di genere. Il progresso scientifico e una maggiore consapevolezza sulle origini e sull'incidenza delle patologie obbliga ad una revisione dei servizi e al superamento di un'interpretazione uniforme delle terapie. Accettare una medicina delle differenze comporta un aumento dei compiti, ma anche un generoso miglioramento dell'appropriatezza. Grazie a questa specialità, è stato possibile ridare vigore a un presidio sull'orlo della chiusura, rendendolo riferimento anche extraregionale per la cura delle neoplasie della mammella e per la procreazione medicalmente assistita. Il reparto promuove un approccio fortemente integrato, stabilendo un'alleanza terapeutica tra discipline, in modo da curare la neoplasia e mitigare al contempo gli effetti collaterali delle cure oncologiche, come i disturbi gastrointestinali, la depressione o l'ipertensione. Di anno in anno cresce il numero di coppie che si rivolgono al dipartimento di procreazione assistita dell'ospedale di Ortona, il quale vanta una percentuale di riuscita ben più alta della media nazionale. A proposito di integrazione, nel 2016 è stato attivato il servizio di oncofertilità, grazie al quale è possibile crioconservare gli ovociti aggirando il rischio di sterilità da chemioterapia.

Territorio e specialità sono le parole chiave del futuro. Non dobbiamo mai dimenticare che, nonostante tutto, il nostro resta uno straordinario Servizio sanitario, tra i primi al mondo per uno sconfinato numero di indagini. In un momento storico tanto complicato, politica, burocrazia, operatori e utenti sono chiamati a lavorare in sinergia per promuovere un nuovo modello di assistenza sanitaria. Universalità, uguaglianza e globalità sono conquiste che vanno difese giorno per giorno; commetteremmo un grave errore se le pensassimo come date e

intoccabili. La tecnicizzazione delle policy in altri settori ha mostrato che nel campo dei diritti, anche quelli qualificati come *fondamentali*, si può innescare un meccanismo di razionalizzazione tale da svuotare il contenuto dei diritti. Gli stessi Piani di rientro si pongono esattamente al crocevia tra questo rischio e la normale diligenza.

La difesa del diritto a prestazioni passa per un grande piano di rilancio del Servizio sanitario nazionale, che miri a migliorare i rapporti tra Governo e regioni e con essi la funzionalità del Sistema: un Patto per la salute permanente.

BIBLIOGRAFIA

- Morana D., *La salute come diritto costituzionale*, Torino, G. Giappichelli, 2015
- Toth F., *La sanità in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2014
- Santucci V., *La Regione Abruzzo. Dal piano di rientro alla fine del commissariamento*, Roma, SCE SC Editrice, 2016
- D'Adamo A., Polistena B., *Il sistema sanitario della Basilicata nel 2010-2011, Ammalarsi meno, curarsi meglio*, Milano, The McGraw-Hill Companies, 2012

STUDI, RAPPORTI E RICERCHE

- Adduce A., *I piani di rientro dal punto di vista del monitoraggio della spesa sanitaria*, 2011
- Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, *Analisi territoriale comparativa nell'acquisto dei farmaci ad uso ospedaliero*, 2013
- Bevere F., *Le regioni sottoposte ai piani di riorganizzazione, di riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale*, 2013
- Cittadinanzattiva, *Il punto di vista dei cittadini sulla riorganizzazione della rete ospedaliera: riconversione degli ospedali minori*, 2014
- Corte dei conti, *Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica*, 2017
- CREA Sanità, *IX Rapporto*, 2013
- CREA Sanità, *XIII Rapporto*, 2017
- d'Angela D., Spandanaro F., *Una misura di performance dei SSR. V edizione*, 2017
- V. Esposito, A. Caride Balado, I. Pescatore, *Prospettive in organizzazione, La gestione delle risorse umane in sanità: il ruolo del work engagement*, 2017
- Fondazione Farmafactoring, *La struttura dei costi della sanità in Italia: analisi dei trend e dei differenziali regionali*, 2016
- Fondazione sicurezza in sanità, *Le cure primarie nel nuovo assetto organizzativo e funzionale del Ssn*, 2013
- Fondazione Umberto Veronesi, *Italia: ecco la mappa della lunga vita*, 2011
- Goliani P., *Politica sanitaria in Italia, passato, presente e futuro. La tutela della salute nell'era della crisi economica*, 2016

Istat, *15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni*, 2011
Ministero della Salute, *Monitoraggio formale - Regione Abruzzo*
Ministero della Salute – *Ufficio di Statistica, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, 2013
Ministero della Salute, *Revisione OCSE sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia*, 2015
OCSE, *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy*, 2014
Osservatorio sulla Salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute* 2016, 2017

NORME E DOCUMENTI UFFICIALI

Accordo 3 agosto 2000, in materia di “Proposta di accordo tra i Ministri del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano in materia di spesa sanitaria.”

Accordo 8 agosto 2001 tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano

Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Abruzzo per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, 2007

Contratto collettivo nazionale - Comparto Sanità 1998-2001

Costituzione della Repubblica italiana, art. 120, comma 2

Ddl. 30 ottobre 2017, in materia di “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”

D.G.R. del 13 marzo 2007, n. 224

D.l. 6 luglio 2012, n. 95, in materia di “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”

D.l. 13 settembre 2012, n. 158, in materia di “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”

D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”

D. M. 2 aprile 2015, n. 70, in materia di “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”

D. M. 19 gennaio 2017, in materia di “Istituzione della Commissione di monitoraggio dell’attuazione del dPCM di definizione e aggiornamento dei LEA”

D.P.C.M. 29 novembre 2001, in materia di “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”

D.P.C.M. 12 gennaio 2017, in materia di “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”

Dipartimento della programmazione e dell’ordinamento del servizio sanitario nazionale, Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza, 2012

L. 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di “Istituzione del servizio sanitario nazionale”

L. 26 febbraio 1999, n. 39, in materia di “Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario 1998-2000”

L. 30 dicembre 2004, n. 311, in materia di “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)”

L. 27 dicembre 2006, n. 296, in materia di “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)”

L. R. 31 luglio 2007, n. 32, in materia di “Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private”

Ministero della Salute, Elenco indicatori Griglia Lea, 2011

Ministero della Salute, Elenco indicatori Griglia Lea, 2014

Ministero della Salute, Elenco indicatori Griglia Lea, 2015

Regione Abruzzo, Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario abruzzese 2016-2018

Verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza, 23 luglio 2012, Regione Abruzzo

RIVISTE E ARTICOLI ONLINE

Agenas, Rivista Monitor:

- Monitor, a. III, n. 11, 2004
- Monitor, a. VIII, n. 23, 2009
- Monitor, a. X, n. 28, 2011
- Monitor, a. XV, n. 40, 2016

Agenas, I quaderni di Monitor:

- Ancona A, *Sette buone ragioni per investire sui PUA*, in «I quaderni di Monitor, Punto unico di accesso. Presa in carico, continuità assistenziale», 2008
- Anselmi A., Colosimo S. C., Cosentino M., Damiani G., Errico A., Farelli V., Ricciardi W., *Lo sviluppo dell'assistenza primaria ed il valore dell'integrazione per il distretto*, in «I quaderni di Monitor, La rete dei distretti sanitari in Italia», 2011
- Bevere F, *Medicina difensiva. Ripartire dal rapporto medico-paziente*, in «I quaderni di Monitor, Medicina difensiva - Diffusione e impatto economico. Un modello di valutazione», 2015
- Da Col P, Gentili G., Trimarchi A, *Il distretto nella tutela della salute delle persone anziane non autosufficienti e dei caregiver al tempo della crisi*, in «I quaderni di Monitor, La presa in carico degli anziani non autosufficienti», 2012, p. 129
- Mauri M., *Un nuovo modello di ospedale per acuti*, in «I quaderni di Monitor, Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia ed assistenza», 2003

Sito ufficiale Ministero della Salute

Sito ufficiale Sanità Regione Abruzzo

ANSA, *Regione Abruzzo riduce tempi pagamento spesa farmaceutica*, 2 novembre 2017,

<https://www.federfarma.it/Edicola/FiloDiretto/Filodiretto/novembre2017/02-11-2017-15-32-57.aspx>

Mapelli V., *La qualità della sanità non dipende dalla spesa*, in «lavoce.info», 15 marzo 2008, <http://www.lavoce.info/archives/24759/la-qualita-della-sanita-non-dipende-dalla-spesa/>

Perantuono C., *Processo a Enzo Angelini: “Prestazioni non autorizzate”*, in «www.rete8.it», 10 maggio 2016, <http://www.rete8.it/cronaca/123-processo-a-angelini-per-villa-pini-prestazioni-non-autorizzate/>

Redazione Il Sole 24 Ore, Farmaceutica in Abruzzo: eccellenza made in Italy, in «www.sanita24ilsole24ore.com», 28 novembre 2014,

<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/impres/2014-11-28/farmaceutica-abruzzo-eccellenza-hitech-120803.php?uuid=AbjOGyhK>

Trabocchi M., *L'ambiguità di cura negli ospedali di comunità*, in

«sanita24.ilsole24ore.com», 27 agosto 2013,

<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dibattiti-e-idee/2013-08-27/lambiguita-cura-ospedali-comunita-145449.php?uuid=Abb6xpQI>

ELENCO DELLE TABELLE

Tabella 1.1	Delibere di approvazione dei Piani di rientro
Tabella 2.1	Tavoli di verifica degli adempimenti
Tabella 2.2	Il monitoraggio 2007-2011 tendenze
Tabella 3.1.1	Spesa per il personale in percentuale sul totale della spesa regionale
Tabella 3.1.2	Composizione numerica del personale sanitario per ruolo
Tabella 3.3.1	Budget a disposizione delle case di cura private
Tabella 3.4.1	Percentuale rischio ricoveri inappropriati
Tabella 3.4.2	Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per 1000 residenti
Tabella 3.4.2.1	Posti letto complessivi EU 27-Italia. Valori per 100.000 abitanti
Tabella 3.5.1	Punteggio Griglia Lea per Regione 2007-2015
Tabella 4.1.1.1	Percentuale di anziani sopra i 65 anni trattati in Adi nelle regioni in Piano di rientro (sul totale degli anziani residenti)

Tabella 4.1.1.2 Assistiti (valori assoluti e tasso – valori per 100) ed anziani assistiti (valori percentuali e tasso – valori per 100) in Assistenza domiciliare integrata per regione – Anno 2014

Tabella 4.1.3.1 Numero di Hospice presenti in Abruzzo per ciascuna Asl e relativi posti letto disponibili

Tabella 4.2.3.1 Articolazione delle AFT e delle UCCP nella Asl Avezzano-Silmona-L'Aquila

Tabella 4.2.3.2 Articolazione delle AFT e delle UCCP nella Asl Teramo

Tabella 4.2.3.3 Articolazione delle AFT e delle UCCP nella Asl Pescara

Tabella 4.2.3.4 Articolazione delle AFT e delle UCCP nella Asl Lanciano-Vasto-Chieti

ELENCO DEI GRAFICI

Grafico 3.1.1 Ripartizione per Ruoli del Personale dipendente del Servizio sanitario nazionale

Grafico 3.2.1 Spesa percentuale regionale dei farmaci equivalenti sul totale della spesa territoriale

Grafico 3.2.2 Graduatoria per regione sulla base dell'Indicatore 1

Grafico 3.2.3 Graduatoria per regione sulla base dell'Indicatore 2

Grafico 3.5.3 Trend Lea Regione Abruzzo 2010-2015

Grafico 4.1.1.3 Quota di persone sopra i 65 anni e più trattate in Adi

Grafico 4.1.2.1 Posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private accreditate. Valori per 10000 abitanti

Grafico 4.1.2.2 Posti e posti equivalenti per assistenza agli anziani di 65 anni e più in strutture residenziali

Grafico 5.1.1 Performance del Ssr. Categoria Management aziendale

Grafico 5.1.2 Performance del Ssr. Categoria istituzioni

Grafico 5.2.1.1 Indicatore monitoraggio di Attuazione del Fascicolo sanitario elettronico per tutte le regioni

Grafico 5.2.1.2 Indicatore monitoraggio di Utilizzo "Cittadini" del Fascicolo sanitario elettronico per tutte le regioni

Grafico 5.2.1.3 Utilizzo e interesse all'utilizzo di WhatsApp da parte dei Mmg per svolgere alcune attività

Grafico 5.2.1.4 Barriere all'adozione di strumenti Itc tra i Mmg

ELENCO DELLE FIGURE

Figura 3.5.1 Rosone degli indicatori Lea 2011

Figura 3.5.2 Rosone degli indicatori Lea 2014

Figura 4.3.1 Il percorso della Salute circolare

IL PIANO DI RIENTRO COME STRUMENTO DI RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI IL CASO DELLA REGIONE ABRUZZO

(Riassunto)

Capitolo 1: Piano di rientro e commissariamento. Disciplina e obiettivi

Le tematiche di carattere economico-finanziario e politico-sociale incidono in maniera determinante quali fattori di malfunzionamento del sistema sanitario. La sanità italiana presenta da sempre una serie di pregi e difetti del tutto peculiari che discendono dalla scarsa capacità di gestione delle risorse: anzitutto una forte difformità territoriale in termini di bilancio e qualità dei servizi; poi, una qualità dell'assistenza riconosciuta tendenzialmente come elevata da numerose classifiche e rapporti, alla quale fa da contraltare un andamento negativo degli investimenti nel settore. Il nostro Servizio sanitario da anni è afflitto da sprechi determinati da inappropriatelyzze, frodi e inadeguato coordinamento tra ospedale e territorio.

Con l'aziendalizzazione, le regioni si sono trovate a fronteggiare un elevato livello di responsabilità in termini di equilibrio economico e di erogazione dei servizi, dovendo garantire il pareggio di bilancio, responsabilità acuite dalla riforma del Titolo V.

Nel frattempo, l'emersione di un rilevante livello di deficit riferibile soprattutto a un limitato numero di regioni, ha reso evidente la necessità di superare misure di carattere generale in favore di interventi mirati.

Nel contesto della legge finanziaria per il 2005 viene introdotto il c.d. *Piano di rientro* (Pdr), rivolto a quelle regioni il cui Ssr presenti un disavanzo tale da non poter essere ripianato mediante strumenti ordinari e il cui mancato rispetto conduce al commissariamento. Il percorso del Piano di rientro richiede una costante attività di verifica allo scopo di accertarne l'attuazione, affidata a due organismi paritetici: il *Tavolo di verifica degli adempimenti* e il *Comitato Lea*.

La stessa legge chiarisce come un Piano di rientro debba mirare non solo a ristabilire l'integrità contabile ma anche delineare una nuova governance del sistema che comprenda interventi di potenziamento dei servizi al fine di garantire i Lea. Il terreno fertile in questo senso è certamente quello dell'assistenza territoriale.

Proprio al fine di assicurare – al di là degli adempimenti finanziari – il perseguimento del fine ultimo del Ssn, ossia la tutela della salute dei cittadini, il Piano di rientro prevede un Programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Ssr.

Capitolo 2: La sanità della regione Abruzzo

Osserviamo da vicino un Piano di rientro, quello della Regione Abruzzo.

L'Abruzzo presenta degli attributi che ne fanno un utile riferimento di analisi. Tra questi, le caratteristiche della popolazione in termini demografici e – conseguentemente – di bisogni sanitari. La conformazione della popolazione abruzzese richiede alle strutture sanitarie e di governance della Regione una particolare affezione verso prestazioni continuative e quindi esose (lungodegenza, assistenza domiciliare, screening ecc.).

Un secondo attributo tipico riguarda il deficit. In effetti, l'Abruzzo ha lungamente rappresentato un benchmark negativo, in quanto unica regione (assieme al Molise) a risultare inadempiente al Tavolo di verifica per l'intero quinquennio 2001-2005, lo stesso che ha convinto il legislatore a introdurre il Piano di rientro.

L'eccessivo disavanzo accumulato (1.287 milioni di euro al 2005) ha inevitabilmente condotto la Regione, il 6 marzo 2007, a siglare il Piano di rientro dal disavanzo, nel quale sono state previste misure dirette a garantire il giusto connubio tra servizi e sostenibilità economica. Tuttavia, il mancato rispetto degli adempimenti – determinato da interventi *timidi* e poco incisivi – porta il Presidente del Consiglio dei Ministri a diffidare la Regione e commissariarla, una volta decorso il termine dei 30 giorni.

La legge finanziaria per il 2005 e l'Intesa Stato-Regioni dello stesso anno disciplinano il sistema di controllo sulle regioni in materia sanitaria, affidandolo al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato Lea (che, congiuntamente, formano il *Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti*).

L'attività di monitoraggio si esprime in due sensi: il monitoraggio formale e il monitoraggio sostanziale. Il primo è tipico della fase iniziale, incentrato sulla verifica dei provvedimenti volti alla definizione degli interventi attuativi e all'avvio dei processi di riorganizzazione; il secondo tipo di monitoraggio, quello sostanziale, guarda invece ai risultati conseguiti.

I Tavoli di monitoraggio svolgono un ruolo cruciale nel sancire il successo o l'insuccesso della programmazione sanitaria di ciascuna regione e – per mezzo dei loro pronunciamenti – possono dettare significative sterzate alle politiche intraprese dalle amministrazioni pubbliche costringendole, talvolta, al commissariamento.

Per quanto riguarda la Regione Abruzzo, faremo riferimento ad alcune delle riunioni che si sono susseguite a partire dall'adozione del Pdr.

La riunione del 26 marzo 2008, registrata l'impossibilità per la Regione di ripristinare il finanziamento distratto per altre finalità, stabilisce che l'addizionale Irpef e l'aliquota Irap si applichino oltre i livelli massimi previsti dalla legge. Questa disposizione, di fatto dà il via al processo che conduce al commissariamento.

Il commissario ad acta viene infatti nominato l'11 settembre 2008, nella persona del Dott. Gino Redigolo, e la Regione comincia a lavorare con decisione allo scopo di coprire il disavanzo: questo passa dai 294,323 milioni dell'anno 2007, ai 33,603 milioni accertati nel tavolo del 10 novembre 2009. Inoltre, il Commissario dispone la riorganizzazione territoriale delle Asl stabilendone la diminuzione da 6 a 4.

Le misure promosse dalla struttura commissariale, congiuntamente ad alcuni interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera, conducono a un risultato importante: nel Tavolo del 20 luglio 2011, l'Abruzzo registra per la prima volta il pareggio di bilancio.

Tavolo e Comitato nel 2012 evidenziano il lavoro svolto per la ricostruzione puntuale dei crediti e debiti verso il bilancio regionale, lavoro che contribuisce a dare trasparenza e consente al Commissario Chiodi di utilizzare parte della fiscalità del 2012 al fine di rideterminare l'aliquota Irpef al livello base; l'Abruzzo diventa così la prima regione in Piano di rientro a ridurre la pressione fiscale.

Il 4 agosto 2014 è un'altra data significativa nell'iter del Pdr abruzzese: Tavolo e Comitato, constatato un avanzo di quasi 10 milioni di euro, ricevono comunicazione dal Commissario D'Alfonso della volontà di avvalersi della procedura prevista per l'uscita dal commissariamento.

Il 15 settembre del 2016, il Consiglio dei ministri delibera l'uscita dell'Abruzzo dal regime commissariale. La Regione adriatica è la prima a raggiungere questo obiettivo.

Nel corso dell'attività di monitoraggio, si sono materializzate alcune costanti: prima fra tutte, il rapporto conflittuale con i gli erogatori privati, che ha richiesto una nuova regolamentazione e la sottoscrizione di accordi contrattuali finalmente esaustivi delle responsabilità e dei limiti dei soggetti convenzionati, oltre che dei rapporti con la pubblica amministrazione. Poi, un progressivo miglioramento dei

conti, a dimostrazione dell'efficacia (dal punto di vista contabile) del Piano di rientro. Infine, si nota una certa difficoltà nella vigilanza sul rispetto delle disposizioni legislative, probabilmente dovuta alla giovinezza del nuovo assetto. Il monitoraggio sulla riorganizzazione dei servizi, dopo un'iniziale debolezza delle misure promesse, ha evidenziato un'opportuna virata verso la *territorializzazione* dei servizi.

Capitolo 3: La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria. Gli interventi

Il personale

La struttura commissariale abruzzese ha individuato delle aree critiche sulle quali intervenire. Considereremo esclusivamente gli interventi più visibili e vicini ai cittadini, quelli relativi a:

- personale;
- sistema farmaceutico;
- rapporto con gli operatori privati;
- rete ospedaliera;
- livelli essenziali di assistenza.

Al momento della sottoscrizione del Piano di rientro la Regione Abruzzo si è impegnata a riorganizzare il personale sanitario mirando a far quadrare i conti. Nel triennio del Programma operativo 2006-2008 gli obiettivi vengono fortemente disattesi: a fronte di una riduzione promessa dell'1,2%, la Regione procede comunque alla chiusura dei rinnovi contrattuali della dirigenza, incappando così in un aumento dei costi superiore del 3% alla soglia stabilita.

Analizzando l'incidenza della spesa per il personale sulla spesa complessiva, nel periodo 2006-2014 l'Abruzzo registra valori quasi costantemente superiori alla media nazionale e, soprattutto, alla media delle regioni in Piano di rientro.

Tuttavia, il lavoro svolto nei primi anni del Pdr, culminato nel raggiungimento del pareggio di bilancio, ha consentito il parziale sblocco del turn-over e – nell'ambito del Programma operativo 2011-2012 – alcune assunzioni a tempo indeterminato. Nonostante i sacrifici imposti dal Piano, tradottisi principalmente nel blocco delle assunzioni, l'Abruzzo vanta un quantitativo di lavoratori della sanità coerente con la media nazionale. Si tratta di un risultato significativo, specie alla luce delle avverse fortune accorse nelle altre regioni in disavanzo.

L'affermarsi di un nuovo modello di assistenza fondato sulla medicina di prossimità, richiede una revisione delle professionalità secondo lo stile del work engagement e del knowledge management. Le mosse vincenti sono la valorizzazione e la responsabilizzazione del personale, che presuppongono:

- Formazione
- Azioni di sviluppo individuale
- Partecipazione ai processi decisionali
- Comunicazione tra dipendenti e manager

La farmaceutica

La spesa farmaceutica è una delle voci che più influenzano il bilancio della sanità. La Regione Abruzzo è corsa ai ripari con articolati provvedimenti, impostando una strategia diretta a colpire le criticità alla radice, attraverso:

- la diffusione di una cultura dell'appropriatezza prescrittiva e fruitiva;
- l'individuazione dei medici altospendenti;
- l'incentivazione all'utilizzo dei farmaci generici;
- una più attenta definizione del ricorso alla gara per l'acquisto dei prodotti farmaceutici.

Nonostante le difficoltà tipiche della fase iniziale, l'attività di riforma farmaceutica promossa dalla struttura commissariale con il Piano di rientro ha consentito alla Regione di raggiungere traguardi di rilievo nazionale, tanto da farne punto di riferimento per le regioni *canaglia*. Tra i traguardi, possiamo citare la forte riduzione dei tempi di pagamento per la spesa farmaceutica e, soprattutto, la ricerca condotta nel 2016 dall'*Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture*, inerente la capacità delle stazioni appaltanti di acquistare farmaci a prezzi vantaggiosi. Lo studio ha posizionato l'Abruzzo al terzo posto complessivo, con le altre regioni in Pdr ad arrancare in fondo alla graduatoria.

I risultati d'eccellenza raccolti dall'industria farmaceutica abruzzese propongono alla politica di intraprendere la rotta degli investimenti: l'Abruzzo sembra potersi proporre come Regione di riferimento nella costituzione di una filiera che sfrutti il passaggio del made in Italy dalle vecchie quattro "A" (automazione, abbigliamento, arredo-casa e alimentari) alle nuove 5 "M" (mangiar bene, moda, mobili, meccanica e medicinali).

I rapporti con gli operatori privati

Riguardo alle relazioni con i privati, dopo lo scandalo Sanitopoli in Abruzzo andavano ricostruite sia l'efficienza del sistema che la sua credibilità.

Attraverso la stipula dei contratti, si decise di partire dalla fissazione di un sistema di regole chiarificatrici dei tetti di spesa e delle reciproche responsabilità, con l'intento di frenare l'attività di fatturazione selvaggia. L'Abruzzo ha quindi ridotto progressivamente il budget a disposizione delle case di cura private e affidato ai costituendi Nuclei Operativi di Controllo (NOC) la lotta agli sprechi provocati da prestazioni inappropriate e la vigilanza sul comportamento degli operatori privati. Infine, il Commissario ad acta è intervenuto anche sull'organizzazione dei servizi forniti dai privati, disponendo una riduzione dei posti letto, come stabilito dal progetto regionale di deospedalizzazione, e l'accorpamento in consorzi di numerosi ambulatori privati.

La riorganizzazione della rete ospedaliera

La pressione esercitata sul bilancio dalle attività ospedaliere discende da ragioni culturali, come la concezione ospedalocentrica dell'assistenza sanitaria, che guarda alla degenza per acuti come prima istanza di ogni processo curativo, bypassando il valore dei servizi distrettuali.

La Regione Abruzzo a partire dal 2007 si è trovata nella condizione di dover razionalizzare un'assistenza caratterizzata dalla forte presenza ospedaliera, in termini di numero dei presidi, ospedalizzazione e durata media delle degenze. Pertanto, ha stabilito il riordino della rete ponendo dei principi sui fabbisogni e dettando le regole sulla riconversione dei presidi per acuti non più sostenibili. Il Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate, ha prodotto una diminuzione dei ricoveri in tutte le province. Inoltre, l'Abruzzo si è adoperato anche in un'importante attività di riduzione dei posti letto, il cui numero complessivo è passato dai 6.480 del 2005, ai 4.391 del 2016, raggiungendo un valore di 3,30 per 1000 residenti, inferiore al 3,7 stabilito dalla norma. La Regione si è contraddistinta per aver guardato alla riorganizzazione della rete ospedaliera come ad un'opportunità per intercettare le nuove traiettorie dell'assistenza. Ha quindi provveduto alla riconversione di 5 ospedali,

caratterizzati da limiti comuni: basso numero di accessi residenti, minima complessità di intervento e cure prevalentemente medico-geriatriche.

Per ciascuna delle strutture riconvertite è stato delineato un percorso nuovo. Il presidio di San Valentino è stato oggetto dell'introduzione di un punto di alta specialità per la lotta ad una delle malattie più diffuse sul territorio: il Centro di riabilitazione cognitiva per demenze da Alzheimer.

Nei territori di Pescina, Casoli, Gissi, Tagliacozzo e Guardiagrele, i numeri sull'utenza ultra sessantacinquenne (in tutti i casi superiore al 70% sul totale dei ricoveri) hanno incoraggiato l'istituzione degli *Ospedali di Comunità*.

La riduzione dei posti letto è una politica condivisa da tutti i Paesi dell'UE. Allo stesso tempo, un effetto collaterale della riduzione dei posti letto è l'aumento della mobilità passiva, circostanza insostenibile soprattutto per le regioni in deficit.

Emerge quindi la necessità di politiche differenziate per ciascun territorio, che tengano conto delle peculiarità e delle specifiche realtà.

Il nodo è nel dotarsi di strutture residenziali di degenza e riabilitazione all'altezza, si ritiene che il nuovo ospedale per acuti vada modellato in base a un decalogo di principi ispiratori:

1. Umanizzazione
2. Urbanità
3. Socialità
4. Organizzazione
5. Interattività
6. Appropriatezza
7. Affidabilità
8. Innovazione
9. Ricerca
10. Formazione

I Livelli essenziali di assistenza

I Lea rappresentano il cuore del Servizio sanitario nazionale, dal cui rispetto dipendono l'efficacia e l'efficienza dell'intero sistema: sono il contenitore del diritto alla salute come diritto a prestazioni; rappresentano il fulcro attorno al quale viene stabilita la struttura organizzativa delle Aziende e dei presidi; fungono da termine di riferimento per l'accesso al finanziamento (compresa la quota integrativa); determinano la riuscita dei Piani di rientro.

La Tabella 3.1 descrive il punteggio Griglia Lea registrato in tutte le regioni tra il 2007 e il 2015, il colore rosso indica l'area Critica; il giallo l'Adempienza con impegno; il verde la piena Adempienza. A causa della difficoltà nell'assistenza farmaceutica, degli anziani e dell'assenza di un'adeguata rete di hospice, l'Abruzzo ha toccato il minimo storico nel 2009 con appena 120 punti, in discesa persino rispetto al 2007 (anno di sottoscrizione del piano di rientro), collocandosi nell'area critica.

Tabella 3.1 – Punteggio Griglia Lea per Regione 2007-2015

Regioni	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	159	185	180	174	170	186	201	194	205
Lombardia	175	169	200	171	195	184	187	193	196
Veneto	179	192	163	178	182	193	190	189	202
Liguria	153	174	162	137	154	176	187	194	194
Emilia Romagna	203	175	215	208	208	210	204	204	205
Toscana	175	207	198	185	168	193	214	217	212
Umbria	190	183	180	191	184	171	179	165	189
Marche	169	177	183	180	161	165	191	192	190
Lazio	153	138	114	122	135	167	152	154	176
ABRUZZO	136	148	120	133	151	145	152	163	182
Molise	nd	161	136	126	142	146	140	148	156
Campania	140	141	117	95	101	117	136	139	106
Puglia	146	127	129	74	123	140	134	161	155
Basilicata	144	167	157	164	165	169	146	177	170
Calabria	109	97	88	99	128	133	136	131	147
Sicilia	140	124	103	108	147	157	165	170	153

Tuttavia, seppure lontanissimo dalla primatista Emilia-Romagna, il punteggio cresce già nell'anno successivo, quando la Regione centra anche l'obiettivo del pareggio di bilancio. Con 133 punti, nel 2010 l'Abruzzo entra nell'area dell'Adempienza con impegno, nella quale rimarrà per il triennio successivo. Il

tanto sospirato equilibrio, nel 2011 si traduce nella disponibilità di ben 255 milioni di euro di premialità precedentemente bloccati.

L'anno della svolta è il 2014, quando la sanità abruzzese riesce ad allinearsi alle regioni benchmark dell'Adempienza, grazie ai 163 punti totalizzati.

Dalla valutazione del Comitato Lea emerge un quadro tendenzialmente positivo ma tipicamente da *lavori in corso*. Gli esperti sembrano apprezzare le misure intraprese nell'ambito ospedaliero, tanto da attestarne la proficuità sia per quanto riguarda i posti letto che l'appropriatezza. Meno uniforme il consenso per i servizi distrettuali, se a questa categoria riconduciamo anche le cure palliative – per le quali viene sottolineata una non completa soddisfazione – e la prevenzione, la cui implementazione rappresenterebbe una formidabile occasione di risparmio.

In un anno, il 2015, nel quale tutto il Sud è risultato inadempiente (punteggi molto bassi in quasi tutte le regioni in Pdr), l'Abruzzo ha conservato lo status di Adempienza, incrementando il punteggio a 182 e dando continuità al trend positivo.

Capitolo 4: L'assistenza territoriale

Quando parliamo di *assistenza territoriale* facciamo riferimento a un concetto molto ampio, che include altre espressioni spesso utilizzate come sinonimi. Si dice “territorio” per descrivere sia l'*assistenza distrettuale* – che in realtà coinvolge a sua volta una lunga serie di aspetti, aventi perlopiù natura organizzativa – sia la rete delle *cure primarie*. Proveremo a fare chiarezza tra le definizioni, tenendo presente che territorio rimane sinonimo di prossimità tra bisogno e cura, tra domanda di servizi e capacità di risposta.

L'Italia è notoriamente tra i Paesi più longevi al mondo, con un'aspettativa di vita di 85,0 anni per le donne e 80,6 per gli uomini. Questa realtà si incrocia con il crollo dei livelli di fecondità. Il nostro, sia avvia a diventare non solo un Paese con più anziani, ma *di* anziani.

In un quadro tanto complicato, emerge il valore della medicina – e dell'assistenza territoriale – come fattore di inclusione sociale. Si ritiene che il territorio sia lo spazio preferibile per il perseguimento degli obiettivi di salute quotidiana, relativa cioè alle emergenze che più interessano le famiglie italiane. Quasi tutti, infatti, si sono trovati nella condizione di dover assistere o cercare assistenza per un familiare affetto da una malattia cronica, ossia una patologia i cui sintomi insistono nel medio-lungo periodo e che, nella maggior parte dei casi, conduce al progressivo declino delle funzioni fisiologiche. In questi casi, le cure non mirano alla guarigione (obiettivo difficilmente raggiungibile), ma ad alleviare la sofferenza agendo sui sintomi, in modo tale da favorire la qualità della vita nelle fasi finali dell'esistenza.

Garantire qualità della vita, significa delineare un apparato comprensivo di attività terapeutiche e accorgimenti che creino agio al malato, a cominciare dalla possibilità di ricevere le cure a domicilio o presso strutture accoglienti. È questo il modello delle cure primarie, che richiede una convergenza tra le fasi della cura secondo lo schema della continuità assistenziale, il cui presupposto è la collaborazione tra una molteplicità di professionisti.

L'Assistenza domiciliare integrata

L'Assistenza domiciliare integrata (ADI) nasce allo scopo di garantire ai pazienti cure appropriate, alleggerendo il carico delle famiglie e consentendo agli individui di godere del confort della loro abitazione. Introdotta nel 2001 tra i LEA, l'ADI fornisce ai pazienti, presso il loro domicilio, un insieme integrato di trattamenti attraverso l'operato di una pluralità di professionisti.

L'Abruzzo, captando i segnali lanciati dalla domanda di servizi, ha scelto di destinare all'ADI più di 8 milioni di euro provenienti dal Fondo per lo Sviluppo e la Coesione 2007-2013 e investito, in tempi recenti, su Teleassistenza e Telesalute così da modernizzare il servizio e incrementarne la fruibilità.

L'Abruzzo prevede di investire ancora nell'assistenza domiciliare facendone strumento di abbattimento dei costi ospedalieri. A livello nazionale si registra una generale crescita del servizio, pur con significative differenze regionali. Come riportato dall'ultimo *Rapporto Osservasalute*, nel 2014 sono state erogate 340.656 prese in carico al domicilio dei pazienti, per un valore pari a 0,58 (per cento residenti), con un +26,1% rispetto al 2013. Lo 0,84 dell'Abruzzo supera abbondantemente la media nazionale, confermandone lo status di virtuosa tra le regioni in Pdr. Nel 2015 la quota di assistiti dall'ADI abruzzese cresce ulteriormente, per registrare una leggera diminuzione nel 2016 pur confermando performance apprezzabili a livello comparato.

L'assistenza residenziale e semiresidenziale

Nonostante il luogo ideale per la cura delle patologie cronico-degenerative resti il domicilio del paziente, vanno considerati quei casi che richiedono l'ausilio delle strutture residenziali e semiresidenziali.

Dopo anni di carenza, l'offerta di strutture residenziali e semiresidenziali è stata ampliata in tutte le province abruzzesi, ma la Regione non sembra essere riuscita a fare il salto decisivo che la avvicini concretamente alle regioni benchmark. Infatti, nel 2015 è ancora sotto la soglia di 9,80 stabilita dal Ministero, in evidente difficoltà assieme alle altre regioni in Pdr.

Pur in una situazione di parziale crescita regionale, l'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali della Regione Abruzzo è coerente con i limiti strutturali del sistema italiano. Se sul fronte quantitativo è possibile accettare le difficoltà

scaturenti dalla transizione dalla sanità di tipo *prestazionale* (quindi occasionale) alla sanità della *presa in carico* (quindi continuativa), le implicazioni qualitative non sono invece tollerabili.

Uno dei principi ispiratori dell'assistenza residenziale è la *transitorietà*, cioè l'idea che il ricovero sia solo uno dei momenti del ciclo assistenziale. È quindi fondamentale, da un lato, predisporre le cure in modo tale che il fine ultimo sia il reingresso del paziente nel domicilio. Dall'altro lato, l'offerta va modulata in maniera capillare, evitando la dispersione e favorendo l'accesso più vicino al domicilio del paziente, conciliando la speranza del ritorno a casa e la facilità di accesso dei cari.

Hospice e cure palliative

Negli Hospice vi è un intreccio di problematiche che attengono alla salute dei pazienti, alla preservazione della dignità personale e al rispetto del dolore dei familiari. Un ambiente nel quale costruire un ponte tra sofferenza e qualità della vita.

Il progressivo aumento del numero di casi riconducibili a patologie cronicodegenerative ha sollecitato nelle regioni la messa a punto di un'adeguata rete di Hospice. L'Abruzzo è fuggito a questa responsabilità fino al 2011, anno d'apertura della struttura "Alba chiara" di Lanciano. Attualmente, sono attive in Abruzzo 6 strutture di questo tipo, per un totale di 72 posti letto.

La crescita dell'offerta residenziale in Hospice ha prodotto un effetto-spiazzamento che in pochi avevano messo in conto. È venuta infatti a crearsi una concorrenza a danno dei servizi domiciliari, dovuta all'insufficiente diffusione di quest'ultimi. Allo stesso tempo, è ancora troppo elevata la quantità di cure primarie soddisfatte negli ospedali per acuti e nei pronto soccorso.

Per quanto riguarda le cure palliative, l'Abruzzo, già nella fase iniziale del Pdr, si è dimostrato particolarmente attento, attivando percorsi di supporto psicologico utili a contenere fenomeni quali il rifiuto della malattia (e delle cure) da parte dei pazienti e le eccessive interferenze dei familiari nel ciclo terapeutico, evidentemente dovute a un naturale stato d'ansia. A partire dal 2008 la Regione è tra le prime in Italia ad avviare una rete di Unità Operative di cure palliative (la prima nella Asl Lanciano-Vasto). Nelle Unità operano anzitutto i medici di base,

ma la composizione dell'equipe è modellata sulle esigenze del malato e della famiglia.

Sembra essersi sviluppata una giusta sensibilità sul tema della sofferenza. Le cure palliative sono oggi al centro di un ampio progetto, che nel 2014 ha visto l'adesione al Progetto Ministeriale COMPASS e l'avvio di un programma di formazione rivolto a Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali.

La valorizzazione del Distretto sanitario

Le regioni in deficit possono guardare all'investimento sul Distretto come a un'occasione per collegare singoli comparti assistenziali che, tenuti distinti, determinano sprechi e inappropriatezze.

In quanto struttura territoriale deputata all'erogazione delle cure primarie, il Distretto è il vero strumento di governo della domanda, dotato della capacità di modulare l'offerta di servizi. Una volta valutato il fabbisogno di salute della popolazione di riferimento, vengono delineate le prestazioni conformi alla domanda.

Il Punto unico di accesso. Un hub per i servizi territoriali

Una delle responsabilità delle istituzioni pubbliche consiste nel garantire le massime condizioni di fruibilità. Se nell'insieme della Phc il Distretto è la forma organizzativa di vertice, il Punto unico di accesso (PUA) è la sua evoluzione, in quanto ulteriore strumento di governo della domanda.

Il PUA è un ottimo mezzo di riduzione della complessità. Coordinando l'accoglienza e l'accesso mediante la funzione di front-office, contribuisce a chiarire l'insieme delle disponibilità e a collegarle ai bisogni del paziente, orientandolo verso le prestazioni più consone.

Il livello di integrazione raggiungibile con un opportuno sistema Distretto-PUA consente la pianificazione di interventi diffusi in ambito non solo strettamente medico, ma anche sociale. Incrociare le banche dati e mettere a reciproca disposizione le informazioni raccolte, aiuterebbe a porre rimedio anche ad emergenze convenzionalmente collocate nel settore delle politiche sociali.

La Regione Abruzzo già nel Piano sanitario regionale 2007-2009 ha fornito alle Asl gli indirizzi per la realizzazione dei PUA.

In conclusione, parliamo di un potenziale hub attraverso il quale lasciare transitare domanda e offerta di servizi, così che gli utenti non sprechino neanche una delle opportunità disponibili e i decisori pubblici investano solo sulla soddisfazione dei bisogni effettivamente espressi.

La fine dell'isolamento dei medici di famiglia: le AFT e le UCCP

Per i cittadini, il riferimento dell'intero universo-sanità resta il Medico di medicina generale (Mmg). Tuttavia, è progressivamente venuta meno la capacità dei Mmg di agire da efficienti gatekeepers, fenomeno dovuto allo scollamento realizzatosi tra i livelli di assistenza che ha prodotto l'isolamento dei medici di famiglia.

Il tema è stato affrontato con serietà nel *Decreto Balduzzi* che ha spostato il baricentro del Ssn verso il territorio e rivoluzionato il ruolo dei Mmg vincolandoli all'associazione nelle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e nelle Unità complesse di cure primarie (UCCP).

La Regione Abruzzo, con i DCA n. 16/2016 e DCA n. 17/2016 si è uniformata alla normativa nazionale, secondo quanto stabilito nel Patto per la salute 2014-2016, dettando gli indirizzi in materia di AFT e UCCP. Con dei Decreti della Giunta Regionale ha poi delineato l'articolazione delle aggregazioni.

Capitolo 5: Conclusioni

Un bilancio del piano di rientro

Nella tesi sono stati affrontati molti temi, anche diversi fra loro, con l'intento di sostenere l'idea che la salute non sia una questione di soldi. Semmai *diventa* una questione di soldi. Infatti, non è la salute a costare, ma la malattia.

Le risorse, per effetto del ciclo economico, sono venute a mancare e il Servizio sanitario nazionale ha mostrato tutti i suoi difetti, ma anche i limiti di un'intera classe dirigente.

Riguardo al giudizio sui Pdr, le fonti fanno la differenza. Ne troviamo di ogni genere: alcune mettono a disposizione numeri freddi che, nella maggioranza dei casi, non tengono conto del contesto. Altre tentano invece una ricostruzione critica e inclusiva del quadro generale. A proposito di contesto, il rapporto intitolato *Una misura di performance dei SSR* redatto da CREA Sanità mostra quanto il fattore ambientale sia determinante. Dal rapporto emerge una profonda spaccatura Nord-Sud riconducibile proprio al fattore spesa: quando a pronunciarsi sono le regioni in equilibrio, il Mezzogiorno staziona nelle ultime posizioni del ranking. Al contrario, le regioni in Pdr tendono a *punire* quelle alto-spendenti. Il giudizio è inevitabilmente volubile, perché riguarda un numero impressionante di variabili che vanno oltre i risultati di bilancio. L'asimmetria tra offerta e domanda di servizi resta il grande problema da risolvere. Nonostante stiano sviluppando modalità innovative di governo della domanda, le regioni in Pdr faticano a indovinare la giusta programmazione. In effetti, il Piano ha messo le amministrazioni regionali con le spalle al muro, costringendole a tenere lo sguardo fisso sul territorio e sulle esigenze della popolazione, dopo anni di sanità pensata ad uso e consumo di élite burocratiche e politiche.

Se il Piano di rientro doveva essere uno strumento di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale, in Abruzzo certamente lo è stato. Con l'uscita dal commissariamento è cominciata la partita della vita: rendere la *riorganizzazione* sinonimo di *riqualificazione*.

La sanità del futuro

Il futuro è un luogo ricco di sfide. I dati dicono che sarà caratterizzato dall'incidenza delle malattie cronico-degenerative, ma anche da un forte sviluppo delle tecnologie. Per la governance nazionale, sarà importante mantenere un equilibrio tra la legittima ambizione ad accreditarsi come Paese capofila della sanità del progresso e le esigenze quotidiane, fatte di difficoltà che interessano i malati e i loro familiari.

L'OCSE, nel disegnare il quadro di un Servizio sanitario in crescita, assegna due compiti: garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa non intacchino la qualità dell'assistenza; sostenere le regioni che hanno un'infrastruttura più debole. L'obiettivo dichiarato è superare un sistema che assegna priorità al controllo di bilancio, passando ad uno che dà eguale priorità alla qualità.

Seppur portatori di grandi sacrifici, i Piani di rientro hanno prodotto il più importante dei risultati, cioè il riavvicinamento al territorio. Tornare sul territorio significa configurare un prototipo di assistenza convergente al fabbisogno delle persone, dando risposta alle emergenze quotidiane e riducendo il costo sociale futuro attraverso la prevenzione.

Territorio e specialità sono le parole chiave del futuro. Non dobbiamo mai dimenticare che, nonostante tutto, il nostro resta uno straordinario Servizio sanitario, tra i primi al mondo per uno sconfinato numero di indagini. In un momento storico tanto complicato, politica, burocrazia, operatori e utenti sono chiamati a lavorare in sinergia per promuovere un nuovo modello di assistenza sanitaria. Universalità, uguaglianza e globalità sono conquiste che vanno difese giorno per giorno; commetteremmo un grave errore se le pensassimo come date e intoccabili. La tecnicizzazione delle policy in altri settori ha mostrato che nel campo dei diritti, anche quelli qualificati come *fondamentali*, si può innescare un meccanismo di razionalizzazione tale da svuotare il contenuto dei diritti. Gli stessi Piani di rientro si pongono esattamente al crocevia tra questo rischio e la normale diligenza.

La difesa del diritto a prestazioni passa per un grande piano di rilancio del Servizio sanitario nazionale, che miri a migliorare i rapporti tra Governo e regioni e con essi la funzionalità del Sistema: un Patto per la salute permanente.