



## VERBALE

### TAVOLO 2 “SALUTE, WELFARE E INCLUSIONE SOCIALE”

<b>Referente</b>	Dr.ssa Anna Rita CAPODICASA	Ufficio Ass. Specialistica Presidenza Giunta Regionale
<b>Relatori</b>	Dr. Silvio PAOLUCCI	Assessore Programmazione Sanitaria
	Dr.ssa Marinella SCLOCCO	Assessore Politiche Sociali
<b>Coordinatore</b>	Dr. Angelo MURAGLIA	Direttore Regionale Dipartimento Salute e Welfare

Il giorno 9 Luglio 2016, presso la Fortezza di Civitella del Tronto, si è svolto l'evento “Fonderia Abruzzo”, laboratorio di idee, innovazioni, progetti e nuove visioni per il futuro della Regione Abruzzo in Europa

#### **Presenti** al TAVOLO 2 “SALUTE, WELFARE E INCLUSIONE SOCIALE”

Dr.ssa Marinella Sclocco	Assessore Politiche Sociali
Dr. Silvio Paolucci	Assessore Programmazione Sanitaria
Dr. Angelo Muraglia	Direttore Regionale Dipartimento Salute e Welfare
Prof. Leonardo Mastropasqua	Università “G. d’Annunzio” Chieti-Pescara
Prof. Carlo Masciocchi	Commissione Regione-Università
Dr. Giovanni Farinella	Dirigente Servizio Finanziario Dipartimento Salute
Ing. Mauro Tursini	Dirigente Servizio Patrimonio Dipartimento Salute
Dr. Rinaldo Tordera	Direttore Generale Asl Avezzano-Sulmona-L’Aquila
Dr. Pasquale Flacco	Direttore Generale Asl Lanciano-Vasto-Chieti
Dr. Armando Mancini	Direttore Generale Asl Pescara
Dr. Roberto Fagnano	Direttore Generale Asl Teramo
Dr. Massimo Sargiacomo	Università Pescara - Economia
Dr. Stefano Boccabella	Direttore DSB Area Vestina
Dr.ssa Rosa Borgia	Direttore DSB Francavilla
Dr. Paolo Menduni	Consulente Presidenza per la Sanità
Dr. Alfonso Mascitelli	Direttore ASR-Abruzzo
Dr. Gianfranco Visci	Consulente Presidenza per la Sanità
Dr. Roberto Marzetti	Consulente Presidenza per la Sanità
Dr. Giuseppe Zuccatelli	Sub Commissario/Presidente AGENAS
Dr. Tancredi Di Iullo	Presidente Ordine degli Psicologi Abruzzo
Dr.ssa Maria Palleschi	Presidente Ordine Assistenti Sociali
Dr. Luigi Nigliato	Presidente Banco Alimentare Abruzzo
Dr. Andrea Bollini	Esperto di Politiche sociali e dirigente MIUR
Dr. Fernando Di Fabrizio	Presidente Alleanza Cooperative Abruzzo



Dr.ssa Patrizia Orlandi	Presidente Polo di Innovazione Irene
Sig.ra Maria Pia Di Sabatino	Portavoce Forum terzo settore Abruzzo
Dr.ssa Doriana Gagliardone	Associazione Ananke Pescara
Dr. Antonio Lucidi	AgciAbruzzo
Dr. Luigi Fasciani	EAS Provincia AQ
Dr.ssa Concetta Mercante	EAS Provincia CH
Dr.ssa Valeria Cerqueti	EAS Provincia TE
Dr.ssa Roberta Pellegrino	EAS Provincia PE
Dr.ssa Tamara Agostini	Dirigente Regionale Servizio Programmazione Sociale
Prof. Saverio Alberti	Università UNICH – Progetto ONCOXX
Dr.ssa Rosaria Di Giuseppe	Funzionario Dipartimento Salute e Welfare
Dr.ssa Teodora Di Santo	Presidente ConfCoop Abruzzo
Dott. Giandomenico Pinto	Direttore DSB Asl Teramo
Dr.ssa Stefania Tomei	Euro Progettista
Dr.ssa Maria Crocco	Dirigente Dipartimento Salute e Welfare
Dr. Germano De Sanctis	Dirigente Dipartimento Salute e Welfare
Dr. Maurizio Di Giosia	Direttore Amm.vo Asl Teramo
Prof. Renato Galzio	Direttore UOC Neurochirurgia P.O. L'Aquila
Dr. Nicola Maiale	Esperto Agenas
Avv. Alessia Parlatore	Funzionario Dipartimento Salute e Welfare
Dr. Dario Recubini	Presidente ASP Regione Abruzzo
Dott. Pasquale Falasca	Epidemiologo Asl Chieti
Dr.ssa Daniela Ladiana	Università Chieti-Pescara
Dr.ssa Alessandra Bartollino	Dirigente Amm.vo
Dott. Massimo Basti	Direttore UOC Chirurgia P.O. Pescara
Sig.ra Inka Zulli	Comune Guardiagrele
Dr.ssa Patrizia Masciovecchio	Direttore medico legale Asl AQ
Arch. Roberto Guetti	Funzionario Dipartimento Salute e Welfare
Dr.ssa Maria Ciampaglione	Master Business School Sole 24 Ore
Dr.ssa Angela Di Baldassarre	Università "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara
Dr. Gianfranco Di Mizio	Direttore Azienda Farmaceutica
Ing. Stefano Filauri	Ingegnere Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila
Ing. Luigi De Flaviis	ASPP Asl Teramo
Dr.ssa Maria Golato	Asl Lanciano-Vasto-Chieti
Stefano Rapali	Consigliere comunale
Prof. Stefano Sensi	Università "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara
Ing. Roberto Simone	



Dr. Enrico Del Colle	Università Teramo
Dott. Antonio Iacone	Asl Pescara
Dr.ssa Patrizia Accorsi	Asl Pescara
Dott. Rossano Di Luzio	Asl Pescara
Dr.ssa Paola Di Renzo	Dirigente scolastico Chieti
Dr.ssa Elisa Maia	Università "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara
Dott. Silvio Basile	Medico Medicina Generale Asl Pescara
Dott. Antonio Natarelli	Medico Ortopedico Pescara
Dr.ssa Gabriella Palmeri	Direttore P.O. Teramo
Prof. Massimo Di Giannantonio	Direttore DS Mentale Chieti
Dr.ssa Ivana Mancini	Funzionario Dipartimento Salute e Welfare
Dr.ssa Grazia Palma	Funzionario Dipartimento Salute e Welfare
Carmine Ranieri	CGIL Abruzzo
Donato Di Marcoberardino	ASP Pescara
Dr.ssa Silvia Cavalli	Asl Roma2
Ing. Camillo Odio	Funzionario Dipartimento Salute e Welfare
Arch. Maurizio Verna	Consigliere Provincia Teramo

[Verbalizza la dr.ssa Anna Rita Capodicasa](#)

**Ore 11,00**

**Introduce i lavori il Dott. Angelo Muraglia - Direttore regionale Dipartimento Salute e Welfare -**

Dopo aver ringraziato i presenti per la partecipazione ed i contributi apportati, il Dott. Muraglia evidenzia l'importanza dell'evento odierno che si inserisce alla vigilia di moltissimi adempimenti ed impegni stabiliti dal Piano di rientro ed ottemperati con il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario per il quale il Tavolo di monitoraggio per la verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, hanno constatato che *" proprio in virtù dell'equilibrio corrente assicurato dalla regione, alla stessa è stato consentito, sulla base della legislazione vigente, di non destinare più all'equilibrio del SSR quota parte delle risorse*



*fiscali rinvenienti dalla leva fiscale autonoma, in quanto non più funzionali alla garanzia dell'equilibrio."*

2. miglioramento dell'assistenza sanitaria in coerenza con i Livelli essenziali di assistenza (LEA) che, già per l'anno 2014, ha portato al superamento della soglia dei 160 punti.

Il Dott. Muraglia ricorda che, sulla base dei risultati conseguiti, ai fini dell'uscita dal Commissariamento, la Regione Abruzzo ha approvato, con Decreto Commissariale n. 55 del 10/06/2016, e presentato al Tavolo MEF, un Piano Triennale di Riquilificazione del Sistema sanitario regionale 2016-2018, che contiene le misure necessarie a garantire il permanere dell'equilibrio economico-finanziario, nonché la corretta erogazione dei livelli essenziali di assistenza, condicio sine qua non per richiedere la

Per la Regione Abruzzo si tratta di una svolta che arriva dopo circa otto anni durante i quali si sono succeduti due Commissari e tre Sub Commissari e segna l'inizio di un percorso che ripristina le garanzie costituzionali, riattribuendo agli organi statutari regionali la competenza in materia di programmazione sanitaria attesa dall'intera comunità regionale con ritrovato senso di responsabilità.

Il Dott. Muraglia evidenzia, inoltre, che la Regione Abruzzo ha avviato un processo di profonda integrazione fra le politiche sociali e di salute ed il Tavolo si propone proprio di gettare le basi fondamentali per identificare le politiche comuni da perseguire nei prossimi anni in coerenza con la Strategia europea.

L'unificazione in un unico Dipartimento regionale delle Politiche per la Salute e il Welfare è il segnale di un arricchimento e di un processo di integrazione socio-sanitaria che tiene conto di mutati scenari epidemiologici che ci dicono che gli stili di vita della popolazione sono profondamente cambiati con un tasso di anzianità, in Abruzzo, tra i più elevati in Italia, con un incidenza notevole di malattie cronico degenerative che impongono di sperimentare nuovi modelli organizzativi di prevenzione, cura ed inclusione sociale.

## **Ore 11,15**

### **Intervento del Sub Commissario Dott. Giuseppe Zuccatelli**

Il dr. ZUCCATELLI evidenzia aspetti di criticità trovati fin dall'inizio del suo incarico in Abruzzo, dove lui è presente da 4 anni, che ha sottolineato in più occasioni e che oggi ribadisce con forza.

La criticità fondamentale è l'anomala interpretazione del ruolo del Direttore generale delle Asl che non rispecchia i criteri di cui al Decreto Lgs 502 del 1992.





Sono passati ben 24 anni e sono avvenuti processi di modificazioni sostanziali in base ai quali il Direttore generale rappresenta una figura fondamentale nel sistema sanitario che svolge una funzione di catalizzatore e facilitatore del sistema.

Nelle regioni non in Piano di rientro, questo ruolo è acclarato e, laddove il direttore generale non assolve ai propri compiti, non viene riconfermato nel proprio incarico.

Nella Regione Abruzzo, invece, persiste ancora un sistema in cui gli apparati amministrativi e politici sono subordinati alla volontà dei direttori.

Per esempio, la Regione Abruzzo ha dovuto faticare non poco per il potenziamento dell'attività di prevenzione al fine di promuovere azioni tese al miglioramento della copertura degli screening oncologici della mammella, cervice uterina, colon, dove si registra un forte ritardo. Ha dovuto faticare molto per garantire la giusta assistenza sanitaria ai malati terminali attraverso l'attivazione degli Hospice.

Altra criticità, secondo il dr. Zuccatelli, è la scarsa presenza di managerialità diffusa tra i professionisti che dimostrano, spesso, incapacità di farsi carico dei problemi e trovare le giuste soluzioni.

Il professionista sanitario deve assicurare i servizi al cittadino e non vivere di autoreferenzialità: il professionista non può chiamarsi fuori e la capacità di riuscire a dare risposte è fatta di tanti elementi come:

- competenza professionale
- interlocuzione con gli operatori sanitari
- capacità di rapportarsi al cittadino

In altre regioni, come l'Emilia Romagna, la Lombardia, il Veneto, la Toscana, è presente una managerialità diffusa. Questo significa che non solo le figure apicali della direzione di una Asl (Direttore generale, amministrativo e sanitario), ma tutta la dirigenza delle professioni sanitarie deve acquisire la consapevolezza che la competenza manageriale, quindi organizzativa, è una prerogativa che si deve possedere all'interno di una preparazione specifica professionale.

La carenza di competenze manageriali, secondo il dr. Zuccatelli, è la causa della difficoltà di accrescere di accrescere la qualità dei LEA (livelli essenziali di assistenza) e rappresenta il vero differenziale tra le Regioni virtuose e non.

Il dott. Angelo MURAGLIA passa, quindi, la parola ai partecipanti che si sono accreditati per illustrare i propri interventi



### Ore 11,30

#### **Intervento Dott. Pasquale FALASCA Medico epidemiologo Asl Lanciano-Vasto-Chieti**

Il Dott. Pasquale Falasca presenta ed illustra il Progetto relativo alle iniziative attuate per la strategia nazionale dell'area interna Prototipo BASSO SANGRO TRIGNO.

Il Progetto propone un Laboratorio per la Fragilità con la finalità di studiare la fattibilità e l'impatto economico del nuovo modello di assistenza territoriale in grado di concentrare gli interventi di carattere proattivo su un gruppo di popolazione definita "fragile", individuata con un modello epidemiologico predittivo multivariato, capace di stimare il grado di fragilità tramite la raccolta e analisi dei dati presenti nei database sanitari.

Le attività sperimentate e avviate nell'Area Interna Prototipo Basso Sangro Trigno anticipano e realizzano le indicazioni contenute nel Piano Nazionale della Cronicità.

Il progetto avrà un orizzonte temporale di tre anni e si avvale inizialmente delle risorse messe a disposizione dalla deliberazione della Asl Lanciano Vasto Chieti n. 457 dell'8 Aprile 2014 con la quale si definiscono i Progetti Obiettivo, art. 1 cc. 34 e 34 bis della Legge n.662/1996 finanziamento 2013, relativi all'accordo sancito dalla conferenza Stato - Regioni nella seduta del 20 Febbraio 2014, designati per la linea progettuale LP1-Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza.

### Ore 11,40

#### **Arriva l'Assessore alle Politiche Sociali Marinella SCLOCCO**

### Ore 11,45

#### **Intervento Prof. Stefano SENSI**

#### **Centro di Eccellenza per gli Studi Sull'invecchiamento e Medicina Traslazionale Università "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara**

La relazione presentata dal Prof. Stefano Sensi pone l'accento sull'emergenza Alzheimer.

Le demenze rappresentano secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità "una priorità mondiale di salute pubblica" e sono state oggetto, nel recente G8 tenutosi a Londra nel 2013, di un piano integrato di intervento che, in quanto a dispendio di risorse ed urgenza, trova un solo raffronto con quanto fatto negli anni '80 per l'emergenza AIDS. Il recente Rapporto Mondiale sull'Alzheimer 2015 WHO/ADI (2) stima che, nel mondo, ogni anno si sviluppino oltre 9,9 milioni di nuovi casi di demenza, un nuovo caso ogni 3,2 secondi.



Se non si produrrà presto un' inversione di tendenza, i costi sono destinati a diventare entro il 2050, il primo capitolo di spesa sanitaria in tutti i paesi industrializzati. Occorre, quindi, cambiare l'approccio del sistema socio-sanitario perché non è solo un problema di costi dal punto di vista sanitario ma anche sociale. In Abruzzo, la seconda regione più longeva d'Italia, una stima conservativa indica una presenza di circa 16.000 pazienti affetti da demenza. Le demenze rappresentano una delle maggiori cause di disabilità non solo per il paziente ma anche per la rete familiare che si trova ad affrontare, spesso abbandonata a se stessa, una patologia cronica per la quale ad oggi esistono terapie solo palliative con un totale sconvolgimento dell'equilibrio familiare.

Per fronteggiare l'epidemiologico avanzare delle demenze occorre:

1. l'identificazione di soggetti a rischio in fase precoce mediante medicina preventiva da ottimizzare con la telemedicina e screening approfonditi;
2. l'attuazione di estesi programmi incentrati sull'efficace gestione delle comorbidità che favoriscono la demenza;
3. interventi di gestione mista dei pazienti e dei caregivers con la creazione di un'ampia rete diffusa di strutture come i centri diurni per gestire il peso dei caregivers, così come indicato dal recente Piano Nazionale per le Demenze.
4. assistenza integrata con le famiglie che rappresentano una **“manodopera essenziale”**

Il Prof. Sensi lancia la proposta di utilizzare la struttura Stella Maris, situata nel Comune di Montesilvano, come centro di poli di riabilitazione e di assistenza ai malati ed ai familiari.

### **Ore 12.00**

#### **Intervento del Prof. Renato GALZIO - Direttore UOC Neurochirurgia P.O. San Salvatore L'Aquila**

Il Prof. Renato Galzio ringrazia dell'invito e plaude all'iniziativa per l'attenzione che la Regione Abruzzo sta ponendo all'organizzazione sanitaria avvalendosi e coinvolgendo non solo gli addetti ai lavori ma anche esperti di economia sanitaria, organizzazione sanitaria, diverse esperienze universitarie ed ospedaliere.

La complessità ospedaliera, secondo il Prof. Galzio, è uno degli aspetti fondamentali del sistema sanitario nazionale e regionale, ma la rete sanitaria finisce negli ospedali.

Altri paesi, più evoluti del nostro dal punto di vista sanitario, come l'America, la Germania, la Francia, ma anche la stessa Grecia hanno organizzato reti sanitarie efficaci ed economicamente redditizie.



La Sanità inizia a livello di base ed il punto di partenza è rappresentato dal controllo e formazione del medico di base. A tal proposito, esprime apprezzamento per la relazione del Dott. Falasca.

La prevenzione dello stroke, dell'ictus, della miocardiopatia inizia dal controllo del paziente da parte del medico di base.

Al fine di rendere la rete ospedaliera in grado di rispondere in maniera adeguata ai bisogni di salute della popolazione, i presidi ospedalieri richiedono una riorganizzazione seria per complessità' come strutture per acuti e dal punto di vista dell'*outcome*, cioè come il paziente esce. Più grossa è la struttura sanitaria, migliore il trattamento (vedi Francia).

Le recenti normative nazionali e la contrazione di risorse destinante al Servizio sanitario nazionale impongono un processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere e specialistiche secondo principi di appropriatezza dell'offerta, adeguamento qualitativo della stessa, efficienza gestionale e congruità dimensionale

Uno strumento utile per ovviare ad alcune criticità registratesi ancora in questi anni, quali: il numero ancora elevato di ricoveri per acuti inappropriati e lo sbilanciamento dell'offerta verso l'ospedale, dovuto alle carenze per la prevenzione e allo scarso sviluppo della rete territoriale.

Il processo di riordino del sistema sanitario regionale deve incidere sul piano organizzativo e cioè partendo dal medico di base, che, una volta fatta la diagnosi corretta, avverte l'ospedale di 1° livello che trasferisce l'informazione all'ospedale di 2° livello. In una logica di rete di telemedicina, l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico del problema clinico di cui si fa carico ed il paziente, nel tempo di circa due ore, viene allocato presso il presidio che dispone di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale di cui necessita.

L'*outcome* è tanto migliore quanto più alto è il numero dei pazienti trattati e l'organizzazione efficiente ed efficace nasce dalla "politica seria" in grado di assumere scelte consapevoli e coerenti di programmazione sanitaria regionale che, agendo appunto sull'organizzazione e sull'appropriatezza clinica, crea le condizioni per un miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, garantendo la centralità del paziente.





**Ore 12,10**

**Intervento del Prof. Leonardo MASTROPASQUA**

La qualità della sanità, secondo il Prof. Mastropasqua, non emerge dalle autoreferenzialità, bensì dalle competenze ed eccellenze emergenti in tutto il territorio della Regione Abruzzo.

Il Centro Nazionale di Alta Tecnologia (CNAT) e Centro di Eccellenza in Oftalmologia, unico in Italia, costruito su standard e certificazioni internazionali, è l'esempio nazionale di una Sanità avanzata nella prevenzione, nella cura e nella riabilitazione che consente al paziente di usufruire dei più elevati standard di assistenza. Così come riportato nello speciale che Il Sole 24 Ore ha dedicato recentemente alle Università italiane, il CNAT è stato individuato come unico Centro di Eccellenza nelle proposte formative altamente specializzate e come unica Clinica oculistica universitaria italiana.

Occorre prestare particolare attenzione anche al servizio della medicina traslazionale, quella cioè che trasforma i risultati delle ricerche di laboratorio in terapie per il paziente. Si pone come fondamentale in questo ambito il ruolo della ricerca di base e della innovazione tecnologica nell'integrazione dei vari livelli di strutture sanitarie finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi e alla terapia delle malattie croniche e sociali.

E' necessario sostenere il costante rinnovamento nell'offerta sanitaria, valorizzando i nuovi modelli sanitari già esistenti sul territorio per la cura della cronicità e della maggiore integrazione ospedale-territorio.

A tal fine si rende indispensabile promuovere una maggiore integrazione delle diverse competenze presenti nella struttura del sistema sanitario nazionale per ottimizzare le risorse messe a disposizione dal bilancio sanitario regionale ed essere in grado di offrire un percorso chiaro e snello al paziente affetto dalla cronicità.

Nella risoluzione di questo processo di integrazione svolgono un ruolo determinante la tecnologia, lo sviluppo della rete, il ruolo alle Università che devono integrarsi con gli ospedali per l'attività ricerca ed assistenza

**Ore 12,15**

**Intervento del Prof. Carlo MASCIOCCHI – Pro rettore Università di L'Aquila**

Il contributo del Prof. Masciocchi è relativo alla problematica riferita alle procedure per il contenimento delle liste di attesa relative alle prestazioni di diagnostica.



Pur se è vero che la lunga lista di attesa nasce da uno squilibrio tra domanda ed offerta e cioè, nello specifico, tra prescrizione della prestazione e numero di prestazioni che il sistema sanitario può erogare, è altrettanto vero che la soluzione di tale problematica richiede interventi differenziati e a livelli procedurali diversi. Bisogna cioè agire nel rendere virtuoso il meccanismo della domanda ed, in maniera altrettanto coerente, controllare che l'offerta e quindi il numero di prestazioni erogate ed erogabili corrisponda a valori numerici accertati e concordati.

Al fine di migliorare il bilanciamento domanda-offerta e, quindi, modulare e controllare il fenomeno delle liste d'attesa è necessario, secondo il Prof. Masciocchi,

- la domanda deve essere appropriata ed il medico di base prescrittore deve avere gli strumenti necessari per star dietro alle evoluzioni di protocollo diagnostico con aggiornamento continuo;
- agire sulle performance in funzione della complessità dell'esame e degli strumenti in dotazione alle strutture. È importante che le apparecchiature diagnostiche siano utilizzate al massimo della loro performance teorica, nel rispetto delle procedure tecniche e nella completezza dell'approccio esecutivo;
- utilizzo della sanità privata convenzionata lì dove il pubblico non riesce ad intervenire per soddisfare la richiesta di diagnostica. La definizione del budget delle strutture private accreditate non deve avvenire in maniera "cieca", ma deve essere definito tenendo conto di un piano delle prestazioni che effettivamente servono. Nella pratica, il pubblico valuta i settori ove vi è maggiore criticità nel tempo di attesa della prestazione, verifica l'assorbimento della richiesta che può essere fatto in ambiente ospedaliero ed assegna al privato convenzionato un volume di prestazioni atto a contenere la lista di attesa..

**Ore 12,20**

**Intervento del Dott. Silvio BASILE – Medico di medicina generale Asl Pescara**

Il Dott. Basile sottolinea il fatto che la Regione Abruzzo, con la prevista uscita dal commissariamento, è la prima Regione, tra quelle commissariate, a superare l'attuale gestione straordinaria ed a recuperare, a pieno titolo, l'autonoma e responsabile gestione dei servizi sanitari sul territorio.

Sottolinea, pertanto, l'esigenza di mantenere i risultati raggiunti sia sul piano del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e sia sul piano del miglioramento dell'assistenza sanitaria in coerenza con i LEA e questo avviene implementando:



- il territorio
- la prevenzione
- la residenzialità

Il servizio sanitario abruzzese deve avere un progetto per far fronte alla necessità di una riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dalla normativa. La risposta deve prevedere un potenziamento delle cure primarie ed implementazione del territorio.

L'obiettivo deve essere quello di realizzare un sistema che metta il cittadino al centro del sistema, per garantire quanto necessario ed appropriato.

Come mantenere compatibile e sostenibile il nostro sistema sanitario regionale:

- investire in sanità portando nuove risorse e professionalità che provengono dal mondo della ricerca con il coinvolgimento delle Università che è la fabbrica dei professionisti. Oggi, però, le università non consegnano dei medici pronti ad affrontare i bisogni del territorio perché non conoscono il territorio;
- investire in innovazione e prevenzione;
- intervenire sugli sprechi (è stato calcolato che gli sprechi ammontano a circa 25 miliardi di euro) e prevedere un sistema più trasparente e più partecipativo sui progetti obiettivo;
- aumentare la spesa intermedia privata
- informatizzare l'attività del medico di famiglia senza scaricare ulteriori e insostenibili costi della innovazione tecnologica sui professionisti;
- “deburocratizzare” l'attività ambulatoriale. Semplificazione delle procedure di accesso ai servizi annullando pratiche vessatorie che hanno la sola funzione di impedire la erogazione delle prestazioni;
- realizzare le cosiddette “Case della salute”, uno per ogni distretto, affidandone la responsabilità ai medici di famiglia. Realizzare, nelle case della salute, la integrazione socio sanitaria e ospedale territorio;
- Migliorare la formazione dei medici di famiglia istituendo, come fatto in altre regioni, una scuola abruzzese di formazione e ricerca in medicina generale.

I medici di medicina generale sono pronti a raccogliere la sfida, ma bisogna intervenire su:

- complessità amministrativa
- maggior coordinamento dei setting assistenziali;
- sovra utilizzo degli interventi sanitari inefficienti ed inappropriati;
- responsabilità professionale del medico su cosa va fatto e cosa non va fatto per ciascun paziente;
- modello organizzativo di servizi efficaci ed appropriati.



Sono azioni che, per essere affrontate in modo adeguato, richiedono un forte patto con i professionisti ed i medici di famiglia in queste azioni vogliono avere un ruolo centrale.

**Ore 12,30**

**Intervento del Dr. Dr. Tancredi DI IULLO - Presidente Ordine Psicologi Abruzzo**

Il Dr. Di Tancredi Di Iullo pone in risalto la necessità di una maggiore valorizzazione della figura dello psicologo, evidenziando che l'Italia non ha, nel Servizio Sanitario, per quanto riguarda la salute psicologica e mentale, una figura simile a quella del medico di base per i cittadini, da consultare per tutte quelle sofferenze che gravano sull'individuo e sulla collettività.

La psicologia è una scienza che contribuisce alle trasformazioni sociali.

Esprime apprezzamento per il Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale che, a pag. 14, promuove, a livello territoriale, la gestione del contatto con il paziente e la sua famiglia anche attraverso attività formative con l'ausilio di un care manager e di un **supporto psicologico** nell'assistenza domiciliare.

Occorre, però, sviluppare un discorso di sistema da fare con le Università che sforna tanti psicologi e la società non riesce a collocarli professionalmente.

L'auspicio è quello di lavorare insieme ad un'idea di psicologo territoriale che affianchi i medici di medicina generale ed i sanitari in genere.

Ribadisce che la psicologia è una disciplina che cerca di guardare il benessere della persona e la valutazione degli esiti degli interventi psicologici assume un'importanza sempre maggiore, soprattutto nell'ambito del servizio pubblico.

**Ore 12,40**

**Intervento del Dr. Andrea BOLLINI - Esperto di Politiche sociali e Dirigente MIUR**

Il Dr. Bollini illustra, per grandi linee, le sfide del nuovo Piano Sociale Regionale 2016-2018:

1. sviluppare l'integrazione socio-sanitaria
2. promuovere l'innovazione sociale nei sistemi locali e nei servizi
3. innovare le politiche e i servizi di inclusione sociale
4. attivare nuove forme di partnership pubblico-privato e riforma del terzo settore

Il PSR è il frutto di un'ampia partecipazione e condivisione avviata già ad ottobre 2014 e presenta rilevanti novità nello scenario regionale delle politiche sociali quali:



- promuove un welfare comunitario, relazionale e dei diritti;
- ridisegna gli ambiti territoriali nella dimensione dell'ambito distrettuale con la coincidenza fra territori sociali (ambiti sociali) e territori della salute (distretti), promuovendo un'accelerazione del processo di *governance* pubblica dell'integrazione socio-sanitaria;
- favorisce nuove forme di collaborazione fra pubblico e terzo settore attraverso gli strumenti dell'accreditamento e della co-progettazione;
- coordina la programmazione di tutti i fondi delle politiche sociali nello strumento del piano distrettuale sociale e rende lo strumento programmatico flessibile ai bisogni della popolazione.

Il Piano interviene per la creazione di una rete di servizi di livello essenziale e per fornire adeguate risposte nelle aree dell'infanzia, adolescenza, giovani, famiglie, disabilità, invecchiamento attivo, dipendenze, non autosufficienza, inclusione e contrasto alla povertà, **asse portante del nuovo piano per superare le disuguaglianze**. Ma il Piano non può cristallizzarsi in una dimensione esclusivamente programmatica: necessita di una cultura sociale nuova per essere attuato, di una capacità di rapido adattamento alle veloci trasformazioni sociali e di recepimento dei nuovi disagi sociali, di sviluppo di nuove professionalità e di formazione e aggiornamento continuo.

### Ore 12,45

#### **Intervento del Dr. Dario RECUBINI - Coordinatore ASP Abruzzo**

Il Dr. Dario Recubini illustra il modello delle A.S.P. – Aziende pubbliche di Servizi alla Persona, quali nuovi soggetti giuridici pubblici che operano nel campo sociale.

Sono nate dalla trasformazione in Azienda delle storiche Istituzioni pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB), che svolgevano rilevante attività sociale sul territorio, della più svariata tipologia (Case di Riposo, R.P.A., scuole per l'infanzia, centri diurni e residenziali per disabili, Dopodinoi, attività sportive per disabili, etc).

Secondo l'intento del legislatore (Legge quadro 328/2000) le Aziende (ASP) devono proseguire ed implementare le attività assistenziali tradizionali delle IPAB, ma soprattutto evolversi verso modelli nuovi e maggiormente funzionali di assistenza (ADI, deistituzionalizzazione, Dopodinoi, formazione lavorativa delle persone svantaggiate e certificazione delle loro competenze residue secondo il "repertorio delle competenze", accoglienza migranti, etc.) secondo modalità di gestione moderne ed imprenditoriali.





### Ore 12,50

#### **Intervento dell'Arch. Maurizio VERNA - Consigliere Provincia Teramo**

Il Consigliere Verna presenta ed illustra il Progetto "MARE PER TUTTI"- Accessibilità dei litorali ai sensi della Legge 104/1992".

Il Progetto, proposto dalla Provincia di Teramo quale Provincia pilota, si propone di favorire la piena accessibilità dei litorali abruzzesi a tutte le persone disabili e si sostanzia nelle seguenti fasi:

- redazione di linee guida;
- individuazione elementi per l'implementazione delle dotazioni minime degli stabilimenti balneari;
- individuazione elementi per la dotazione di strutture minime per l'accessibilità delle spiagge libere

### Ore 12,55

#### **Intervento della Dr.ssa Rosa BORGIA – Direttrice DSB Francavilla al Mare (CH)**

Il contributo della dr.ssa Rosa Borgia focalizza, alla luce del Nuovo Piano Sociale Regionale proteso verso l'integrazione Socio-Sanitaria, la **cronicità** come un'area in progressiva crescita che richiede continuità assistenziale con una forte integrazione dei Servizi Sanitari con quelli Sociali e comporta un notevole impegno di risorse necessitando di Servizi Residenziali e Territoriali.

Nasce, quindi, l'esigenza di armonizzare a livello della Regione Abruzzo le attività in questo campo disegnando una strategia comune intesa a promuovere interventi basati su:

- una migliore organizzazione dei Servizi;
- una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.

In tale contesto, il Distretto Sanitario, governando le cure primarie, costituisce un sistema che integra, attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (welfare di comunità).



L'integrazione socio-sanitaria è una realtà già esistente nella regione Abruzzo, anche se a macchia di leopardo. Molti esperimenti sono falliti per indifferenza e preclusione, mentre è necessario ed indispensabile lavorare in sinergia con tutti i professionisti del campo sanitario e sociale. A tal proposito il Distretto Sanitario di Francavilla al Mare è capofila regionale di un progetto sperimentale come modello innovativo per la presa in carico proattiva del paziente anziano.

Il Progetto ha come obiettivo quello di promuovere e tutelare la qualità della vita delle persone a rischio di esclusione nel loro contesto attraverso la creazione di una rete di risorse e di interventi a sostegno delle persone e della famiglia che si fa carico della cura all'interno del loro ambiente di vita.

E' significativo che i due Assessori regionali, Paolucci e Sclocco, lavorino in sinergia perché la sanità deve andare sottobraccio con il sociale.

La dr.ssa Borgia evidenzia, inoltre, le seguenti criticità:

- non corrispondenza degli ambiti sociali con i distretti sanitari
- le Università che non preparano il territorio: i medici di medicina generale dovrebbero fare corsi di specializzazione come tutte le altre figure mediche carenza di psicologi presenti in pochi distretti;
- carenza di assistenti sociali;
- pazienti terminali assistiti negli hospice in sinergia con l'ADI
- uniformità della cartella domiciliare in tutte le Asl

Circa la seconda criticità, il Sub Commissario Dott. Giuseppe Zuccatelli fa presente che le Regioni hanno avanzato la proposta di istituire, presso la Facoltà di Medicina, una Scuola di specializzazione per la medicina del territorio. Invita, pertanto, i Rettori delle Università di Chieti e L'Aquila a valutare questo aspetto perché gli attuali corsi di formazione dei medici di medicina generale sono anacronistici e vanno ripensati.

### **Ore 13,10**

#### **Intervento del Presidente Giunta Regionale Dr. Luciano D'ALFONSO**

Il Presidente vuole dare un "pugno allo stomaco" alla qualità del dibattito di questo tavolo tematico di cui sottolinea la consistenza e l'attenzione della qualificata platea.

La Regione Abruzzo è alle porte di un grande risultato. Oggi, dice il Presidente, il Sottosegretario Claudio De Vincenti ci darà un importante annuncio che tutti si aspettano: la



mitizzazione ragionata dell'uscita dal commissariamento. Questo rappresenta il *dies a quo* di una nuova stagione da riempire di significati e di nuovi risultati.

Ci sono in giro "raglianti" che ci rivolgono delle critiche, a volte infondate. Uno dei bersagli di queste critiche:

i tempi delle liste d'attesa coincidente con l'aspettativa di diagnostica. Rivolgendosi alla platea *"Mi aspetto che questo Tavolo ci dia una mano per un semi lavorato su tale tema che definisca la celerità dei tempi di soddisfazione della domanda. Quello che c'è adesso non va bene. E' stato fatto e si sta facendo un grande lavoro di razionalizzazione, di rieducazione del sistema sanitario regionale, c'è un grande patrimonio normativo ed organizzativo, ma sul tema della diagnostica scuotetevi, scaglionatevi, combattete per produrre un punto di vista che ci dia ragione rispetto ai tempi di attesa.*

*Tutto ciò che è territorialità, necessita di un "Piano Marshall" di idoneizzazione e di un potente programma di investimenti, un programma misurato che determini una potenza di funzionamento delle strutture sanitarie che devono risultare affidabili per la collettività."*

Cita il filosofo Remo BODEI che spiega quale sia la differenza tra una cosa e un oggetto. Un "oggetto" lo si considera con indifferenza, ad esempio per usarlo, comprarlo o venderlo. Un oggetto sfida il soggetto, e da parte sua il soggetto deve inglobarlo e farlo proprio.

Una "cosa", invece, è un oggetto sul quale si sono depositati dei significati, che siano affettivi, intellettuali o altro. In genere dovremmo trasformare gli oggetti in cose per rendere più sensata la nostra vita.

Il programma di investimenti dovrà essere un piano che faccia capire la svolta e si dovrà nutrire di risorse di edilizia sanitaria ex. art. 20 L. 67/88 e di risorse FSC nazionali.

Altri bersagli:

- rendere intellegibile e misurabile il lavoro fatto dalla nostra comunità non in termini di dichiarazioni di autoreferenzialità che ciascuno fa per sé;
- rendere conoscibile ed accessibile anche l'attività del singolo presidio sanitario con la digitalizzazione sanitaria a portata di tutti, verificabile da chiunque.

Tutto ciò, conclude il Presidente, richiede il lavoro "all'uncinetto" di tutti gli operatori che, se fatto bene, se reso tutto intellegibile, siamo ben oltre la città di Gaia profetizzata da Casaleggio in cui tutto funziona.

**Ore 14,00 Interruzione dei lavori**



**Ore 14,35** Ripresa dei lavori

### **Intervento Dott. Massimo BASTI - Direttore UOC Chirurgia II P.O. PESCARA**

E' fondamentale, secondo il dott. Basti, il passaggio dal "campanilismo sanitario" alla riorganizzazione e razionalizzazione reale del sistema sanitario regionale.

Apprezzabile il lavoro svolto dall'Agencia Sanitaria Regionale nella redazione del Piano di riordino della rete ospedaliera che attende di essere decretato per la sua fase attuativa.

Importanti strumenti per il raggiungimento degli obiettivi di salute sono i PDTA (Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali) che sono interventi complessi mirati alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito.

L'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità dell'assistenza attraverso il continuum, migliorando gli *outcome* paziente, promuovendo la sicurezza dei pazienti, aumentando la soddisfazione dell'utenza ed ottimizzando l'uso delle risorse.

I PDTA devono obbligatoriamente essere applicati sia nel pubblico che nel privato.

Altri spunti di riflessione:

- sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Investire maggiormente sulla prevenzione può contribuire in maniera significativa non solo alla salute della popolazione ma anche alla sostenibilità economica del sistema. Interventi sugli stili di vita e dei programmi di screening e vaccinali producono effetti consistenti non solo nel medio-lungo periodo, ma anche nel breve soprattutto se si considera una prospettiva più ampia che supera l'ambito dei costi sanitari diretti e indiretti ma considera anche l'ambito sociale.
- Integrazione tra Università ed ospedali in modo che le attività di ricerca e le attività didattiche, proprie della facoltà medica, si incontrino con le attività di assistenza, proprie degli ospedali, in quanto l'insegnamento della medicina e la ricerca biomedica, per essere efficace il primo e idonea al progresso scientifico la seconda, hanno necessità della presenza del malato e dei luoghi di assistenza.

Infine, annuncia il CONGRESSO nazionale di CHIRURGIA ITALIANA che si terrà a Pescara il prossimo Maggio 2017, scelta operata per i numeri che l'Agenas ha evidenziato e per l'alto livello delle più moderne innovazioni tecniche e tecnologiche del reparto di Chirurgia 2 ad indirizzo oncologico dell'Ospedale Civile dello "Spirito Santo" di Pescara, di cui il Dr. Massimo Basti è Medico Responsabile.



**Ore 14,45**

**Intervento Dr.ssa Maria PALLESCHI - Presidente Ordine Assistenti Sociali**

La Dr.ssa Palleschi ringrazia l'Assessore Marinella Sclocco per il redigendo Piano Sociale Regionale 2016-2018 che presenta rilevanti novità nello scenario regionale delle politiche sociali, soprattutto in termini di integrazione socio-sanitaria.

Nel passato, la Regione Abruzzo ha privilegiato la dimensione sanitaria, soprattutto ospedaliera, relegando ad un ruolo di secondo piano la sanità territoriale e minoritario il sociale.

La Dr.ssa Palleschi ritiene che non debba essere tutto incentrato sull'aspetto sanitario, ma la persona va vista soprattutto sul piano sociale, valorizzando, in particolare, il ruolo della famiglia che rappresenta una delle maggiori risorse del sistema sociale.

Rivendica la centralità dell'assistente sociale quale professionista che opera nei servizi sociali pubblici e privati con l'obiettivo di promuovere, organizzare e gestire una rete integrata di interventi atti a realizzare gli orientamenti della politica socio-assistenziale degli enti locali.

Sottolinea l'importanza dell'integrazione socio-sanitaria ed esempi di buone prassi nel Comune di L'Aquila riferite alla progettazione e realizzazione della Rete dei Servizi Sociali.

Evidenzia, inoltre, che nel Piano di RIORDINO RETE PSICHIATRICA non sono presenti le figure di assistente sociale e psicologo.

**Ore 14,50**

**Intervento Dr.ssa Concetta MERCANTE Coordinatore EAS Comune di Francavilla al Mare**

Nonostante si parli di integrazione sociosanitaria da decenni, vi è ancora un livello di integrazione inadeguato e processi a livello regionale a "macchia di leopardo".

La dr.ssa Mercante ritiene che occorra ripensare ad una strategia complessiva che intervenga sulle cause che l'hanno sinora ostacolata.

A questo proposito, esplicita alcune riflessioni propositive che potrebbero aiutare lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria:

- la regione deve stabilire regole più dettagliate dell'integrazione socio-sanitaria;
- la regione deve coinvolgere gli enti locali nella definizione dei criteri per l'integrazione;
- l'integrazione si realizza se gli strumenti di programmazione locale dei comuni e del distretto sanitario perseguono la medesima strategia;





- quando le prestazioni erogate agli utenti dipendono da due enti diversi occorre che qualcuno si assuma la responsabilità di coordinare gli interventi;
- l'integrazione professionale per funzionare ha bisogno di un Sistema informativo integrato a cui possano accedere sia gli operatori sanitari che quelli sociali;
- superare le barriere culturali: promuovere il lavoro congiunto e il lavoro in équipe;
- potenziare il confronto e il dibattito tra ambiti sociali e distretti sanitari.

### Ore 14,55

#### **Intervento Dr.ssa Paola DI RENZO - Dirigente scolastico Istituto Comprensivo 3 Chieti e Membro Consiglio Regionale Pubblica Istruzione**

La Dr.ssa Di Renzo illustra il progetto “**La scuola in ospedale**” che si configura come un’offerta formativa decisamente peculiare rivolta agli alunni ospedalizzati.

Questa esperienza oggi è diffusa in tutti gli ordini e gradi di scuola e nei principali ospedali e reparti pediatrici del territorio nazionale.

Tale intervento è volto ad assicurare agli alunni ricoverati pari opportunità, mettendoli in condizione, ove possibile, di proseguire lo sviluppo di capacità e competenze al fine di facilitare il loro reinserimento nei contesti di provenienza e di prevenire eventuali situazioni di dispersione scolastica. Questa è la funzione fondamentale del docente in ospedale che, oltre a garantire un “ponte” tra la famiglia e l’ospedale, ha anche il delicato compito di promuovere il diritto all’istruzione in un contesto così delicato e complesso.

La particolare offerta formativa che si sviluppa attraverso la scuola in ospedale e l’istruzione domiciliare contribuisce a tutelare e coniugare due diritti costituzionalmente garantiti: quello alla salute e quello all’istruzione, rivolti a una fascia di alunni in difficoltà.

In Italia le scuole polo ospedaliere sono 18. Le scuole ospedaliere potranno utilizzare le risorse per acquistare attrezzature digitali, dispositivi e strumenti per realizzare esperienze concrete di apprendimento per le diverse discipline e in grado di trasformarsi in spazi multimediali e di interazione, strumenti di connessione ad internet.

La scuola in ospedale in Abruzzo è stata istituita nel 1997 a Chieti ed è un orgoglio regionale.

Il progetto fu elaborato e, grazie al contributo di dirigenti scolastici, docenti e personale sanitario, nell’anno scolastico 1997/98, presso la Clinica Pediatrica di Chieti, si riuscì ad attivare la Scuola Primaria e nell’anno successivo anche la Scuola dell’Infanzia. Al momento, presso la Clinica Pediatrica del Policlinico “SS. Annunziata” di Chieti, è in



funzione una Scuola con una pluriclasse per la Scuola Primaria e una sezione eterogenea per la Scuola dell'Infanzia. In essa operano due docenti, uno per ogni ordine della Scuola di base. A settembre 2015 si è svolto in Abruzzo un Seminario di formazione scuola ospedale territorio.

Proposte:

- insediare un tavolo tecnico per stilare il Patto della Salute per i bambini (0-18 anni)
- convegno a Pescara “La scuola promotrice di Salute”
- istruzione domiciliare (la scuola che va a casa del bambino)
- bilanci di salute nei contratti dei pediatri
- creare una solida rete virtuale di comunicazione tra pediatri e scuola
- implementare la piattaforma del progetto “Sanità Amica” sperimentato presso la Asl di Chieti

**Ore 15,10**

**Intervento Dr.ssa Teodora DI SANTO – Consorzio di Solidarietà No Profit - Chieti**

Premesso che è in atto un cambiamento epocale sia nella sanità che nel sociale, l'auspicio è che il Tavolo tenga conto della centralità della persona come il valore cardine dal quale far derivare il proprio agire: riconoscere che ogni individuo è portatore di diritti e doveri e che la dignità umana è la base sulla quale costruire l'integrazione sociale.

Assumendo questo contesto valoriale come punto di partenza e di riferimento, i temi su cui la dr.ssa Di Santo invita a riflettere sono:

- solidarietà, come impegno costante per il bene della collettività con uno sguardo particolarmente attento e sensibile alle fasce più deboli della popolazione;
- risorse e sostenibilità;
- integrazione socio-sanitaria;
- impoverimento sistema della concertazione;
- scuola e formazione;
- aree interne;
- le nuove povertà;
- immigrazione.



**Ore 15,15**

**Intervento del Dr. Nicola MAIALE**

Il contributo del dr. Nicola Maiale focalizza il progressivo invecchiamento della popolazione abruzzese (la cui crescita dell'indice di vecchiaia è costante sin dal 2002) e pone a tutta la comunità regionale la sfida della creazione della "società della salute": un sistema integrato che favorisca la diffusione di stili di vita sani, sconfigga la solitudine e, tenuto conto delle specificità del nostro territorio, sappia trasformarsi in un volano per la rinascita economica delle aree interne.

Le proposte sono le seguenti:

- attivare gli enti di prossimità territoriale per innovare i centri anziani, trasformandoli in nodi diffusori di corretti stili di vita: incoraggiarne la gestione diretta, favorire il volontariato "argento" e la diffusione degli orti urbani condivisi;
- generare, attraverso l'impegno comune di imprese sociali ed amministrazioni, un processo di *downshifting* abitativo destinato agli anziani: l'insediamento di comunità residenziali assistite di tipo diffuso in territori soggetti ad un forte calo demografico quale starter di un ciclo virtuoso finalizzato alla creazione di opportunità nelle aree interne, prevenendone lo spopolamento.
- creare le condizioni, quindi, affinché la domanda di salute e welfare trovi risposta nei servizi "con la persona" in luogo di quelli "alla persona", una risposta di comunità che quindi potenzi, rendendola più efficace ed efficiente, l'assistenza pubblica.

**Ore 15,20**

**Intervento del Dr. Roberto MARZETTI - Consulente su base volontaria della Presidenza per la Sanità**

Realizzare in Abruzzo un nuovo modello di benessere e di inclusione sociale è possibile tenendo conto che questo è anche uno degli obiettivi posti dalla UE per il 2020 e dallo stesso Piano Sociale in corso di approvazione da parte della Giunta regionale.

Anche il redigendo Piano di riordino della rete ospedaliera, ai sensi del DM 70/2015, prevede che l'ospedale gestisca solo le acuzie assegnando ad altre strutture, in particolare quelle territoriali, la gestione delle patologie croniche, delle condizioni sociali emarginanti.

Il suddetto Piano di riordino è frutto di un grande lavoro e sarà propedeutico alla procedura di uscita dal regime di commissariamento della Regione Abruzzo.



Non si rilevano nel Piano di riordino le “vocazioni” delle strutture sanitarie, che possono essere contemplate nell’atto aziendale di ciascuna Asl che rappresenta lo strumento più idoneo per poter indicare concrete soluzioni organizzative e strategie gestionali precise.

Nei prossimi tre anni l’Abruzzo può diventare un punto di eccellenza a livello nazionale se si arriverà ad una reale fusione ed integrazione tra i due settori sanitario e sociale. Ambiti sociali e distretti, benchè coincidenti nel territorio, non sono ancora integrati funzionalmente.

Occorre, dunque, realizzare un’unica struttura territoriale che assommi le due funzioni, a dirigere la quale ci sia una figura responsabile unica, come accade per il Dipartimento regionale Salute e Welfare.

Figure fondamentali per un approccio corretto sono i MMG e gli operatori socio sanitari. I primi quali interfaccia primaria in grado di segnalare alla struttura territoriale le situazioni meritevoli di attenzione, mentre i secondi debbono essere professionalmente adeguati, costantemente aggiornati con percorsi formativi continui ed in grado di predisporre percorsi di recupero e di superamento delle condizioni di emarginazione.

L’Abruzzo, piccola regione di 1,3 milioni di abitanti, con un tasso di anzianità tra i più elevati in Italia, può sperimentare nuovi modelli organizzativi di prevenzione, cura ed inclusione sociale.

Importante, poi, è coniugare professionalità e tecnologia e, quindi, implementare un sistema informatico ed informativo per rendere disponibile, a livello nazionale e regionale, un patrimonio di dati, di regole e metodologie per misure di qualità, efficienza, appropriatezza e costo a supporto del governo del servizio sanitario regionale, del monitoraggio dei LEA e della spesa sanitaria, condiviso fra i vari livelli istituzionali e centrato sul cittadino.

L’obiettivo, conclude il dr. Marzetti, non è solo quello di metterci in linea con le medie nazionali, ma di essere un punto di eccellenza che in tre anni porti la nostra Regione ai vertici della sanità europea.

### **Ore 15,25**

#### **Intervento del Dott. Gianfranco VISCI – Consulente su base volontaria della Presidenza per la Sanità**

Secondo uno studio del 1950 dell’Università di Oxford sui determinanti di salute, alla domanda quale fosse la condizione che avesse migliorato lo stato di salute della popolazione mondiale, la risposta è stata “la distribuzione dell’acqua potabile nelle case”. Al un identico studio ripetuto nel 2000, la risposta è stata “i frigoriferi”. Queste due risposte, dice il dott.



Visci, devono far riflettere su come i determinanti di salute, che abitualmente vengono riferiti alla sfera sanitaria, siano altrove.

Altra citazione secondo cui *“Negli anni 2000 il motore delle decisioni in campo sanitario è stato il clinico; nel 21° secolo il motore delle decisioni sarà il paziente”* (Sir Muir Gray, *Better Value Health care, Oxford*), il Dott. Visci ritiene che occorre riportare il cittadino, l’utente al centro delle decisioni politiche e programmatiche.

L’assunzione di questo parametro presuppone:

- sostenibilità del servizio sanitario nazionale;
- pensare alla sanità come sistema che previene la malattia e non come sistema che assorbe solo risorse ma le riversa nella società;
- paziente protagonista della propria salute;
- stili di vita diversi, prevenzione, screening;
- cercare meccanismi di compenso economico ai risultati di salute dei propri pazienti;
- una costante attenzione alla qualità dell’“ambiente interno” della sanità e del sociale: gli operatori come si relazionano con i pazienti;
- valorizzare e far emergere gli esiti delle prestazioni.

La sede, a livello territoriale, in cui l’approccio alla soluzione delle esigenze socio-sanitarie si affronta e dove si ricercano le soluzioni (accogliere, comprendere, risolvere) è il distretto socio-sanitario in cui tutte le risorse umane e le professionalità dei due versanti sanitario e sociale si incontrano e affrontano con una visione unitaria i problemi delle persone.

Inoltre, come previsto dal Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario abruzzese recentemente approvato, gli Ospedali di comunità devono rappresentare il luogo privilegiato per gestire, in regime residenziale, problematiche di salute determinate soprattutto alla cronicità, attraverso il coinvolgimento diretto del Medici di medicina generale.

In una visione integrata dell’assistenza sanitaria, gli Ospedali, invece, soprattutto quelli delle alte specialità, devono diventare sempre più istituzioni trasparenti e consapevoli del ruolo che essi rivestono nella promozione della salute e della cultura sanitaria.

L’ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da patologie acute, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post- acute e riabilitative.





### Ore 15,35

#### **Intervento del Dott. Vincenzo DOGALI - ex Dirigente medico Laboratorio Analisi P.O. Pescara**

Il Dott. Dogali ritiene che gli standard assistenziali ospedalieri fanno riferimento a norme nazionali datate (la più recente è il Decreto Donat Cattin del 1988) per cui, tenuto conto delle evoluzioni scientifiche e tecnologiche che hanno interessato il sistema sanitario, i riferimenti attuali risultano essere lontani dalle esigenze dei cittadini e dalle necessità di funzionamento del sistema stesso.

Invita ad una riflessione approfondita sui seguenti argomenti:

- contenimento tempi liste d'attesa
- applicazione del DM 70/2015
- assenza standard univoci a livello di Asl (la Asl di Pescara ha metà anestesisti di Chieti)
- adeguamento tempi di assistenza
- standard di riferimento per la determinazione delle dotazioni organiche

### Ore 15,40

#### **Intervento del Dott. Alfonso MASCITELLI - Direttore Agenzia Sanitaria Regionale**

Il Dott. Mascitelli rileva, negli interventi finora dispiegati, spunti di qualità e riflessione estremamente utili ed importanti.

Gli interventi precedenti hanno un denominatore comune: la tutela della salute è, secondo la Costituzione, materia di legislazione concorrente per cui la Regione può programmare nell'ambito degli indirizzi nazionali.

Mentre è in corso il dibattito odierno, a livello nazionale si stanno definendo:

- il decreto che detta le linee guida dei piani di rientro aziendali in caso di scostamento tra costi e ricavi delle aziende Asl;
- il nuovo DPCM sui Lea (Livelli essenziali di assistenza), dopo 15 anni di attesa, in base al quale verrà rivisto tutto l'impianto dell'assistenza domiciliare integrata e ridefiniti i nuovi setting della residenzialità extra ospedaliera.

Circa la redazione del Piano di riordino della rete ospedaliera, ai sensi del DM 70/2015, il dott. Mascitelli vuole sgombrare il campo da certe "leggende metropolitane" secondo le quali il Piano non è stato un atto condiviso.

Contrariamente a quello che molti pensano, l'Agenzia sanitaria regionale non è stata "ragioniera" nell'applicazione del DM 70 ai fini della stesura del piano di riordino che è stato il



frutto di una grande partecipazione e condivisione da parte degli addetti ai lavori. Se si fosse seguito solo un metodo ragionieristico, alcuni ospedali sarebbero stati chiusi, altri non sarebbero stati classificati DEA di I livello, altri non sarebbero stati riconosciuti con le caratteristiche di PO in zona particolarmente disagiata. Invece, l'adeguamento della rete ospedaliera ai parametri del D.M. n.70 e la loro applicazione hanno l'obiettivo non di ridurre l'offerta ma di rimodularla, per dare al cittadino la struttura adeguata al suo tipo specifico di bisogno di salute.

A tal uopo, il dott. Mascitelli coglie l'occasione per ringraziare i Direttori Generali delle Asl, di Dipartimento, le Rappresentanze sindacali, le Associazioni civiche e mediche che hanno collaborato e partecipato attivamente alla stesura del Piano che si è dispiegato in un grande livello di dettaglio e qualità della classificazione di tutti gli ospedali abruzzesi.

I Direttori Generali delle Asl, in particolare, hanno compreso, con senso di responsabilità, che la razionalizzazione operata della rete ospedaliera regionale persegue l'obiettivo generale di nuove strategie d'intervento che, agendo sull'organizzazione e sull'appropriatezza clinica, creano le condizioni per un miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, garantendo la centralità del paziente, nonostante il verificarsi di un decremento delle risorse finanziarie destinate al sistema sanitario.

Il percorso di definizione dettagliata degli assetti per singolo presidio, con la specifica dotazione dei posti letto distinti per singolo livello organizzativo e l'individuazione dei servizi, ha rappresentato il risultato di un lavoro di confronto e condivisione con le Direzioni aziendali, fermo restando l'obbligatorietà delle attività indicate dal Regolamento secondo la classificazione dei Presidi.

Vi è stata anche una interlocuzione forte ed autorevole con il Ministero della Salute da parte dell'Assessore Paolucci.

Il Dott. Mascitelli non concorda su quanto affermato dal dr. Marzetti circa l'assenza di "vocazione" perché, da una attenta lettura dell'atto programmatico, si evince la vocazione medica o chirurgica di ciascun presidio ed emerge che il DM 70/2015 è stato applicato con equilibrio e buon senso.

Il Piano di riordino delinea anche l'implementazione e la riqualificazione della Rete Emergenza Urgenza al fine di ottenere una copertura assistenziale del territorio abruzzese che sia garante di sicurezza e di efficacia e coerente con gli standard del DM 70/2015.

È di tutta evidenza, come ribadito nelle indicazioni del DM 70/2015, che l'obiettivo di un riordino e di una riqualificazione della rete emergenziale richiede di costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro, con l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali.



Altro tema importante, battaglia prioritaria per il Presidente D'Alfonso, è quello delle liste d'attesa. A tal proposito, il Dott. Mascitelli ricorda che la Regione Abruzzo ha approvato, con DCA 60/2015, il Piano regionale di contenimento delle liste d'attesa. Tale atto è uno dei migliori a livello nazionale tant'è che la regione Abruzzo è stata chiamata dall'AGENAS per un apporto specifico nel merito.

Quello che serve, conclude Mascitelli, è l'etica della responsabilità da parte di tutti i decisori che devono sempre tener presente le conseguenze del proprio agire.

**Ore 15,50**

#### **Intervento della Sig.ra Maria Pia DI SABATINO - Presidente Anffas Regione Abruzzo**

La sig.ra Maria Pia Di Sabatino, portavoce del Forum Terzo Settore, esplicita alcuni concetti contenuti nel documento inviato dal FTS Abruzzo relativamente ai servizi innovativi per le persone con disabilità ed, in particolare, alcune riflessioni relativamente ai seguenti temi:

- integrazione socio-sanitaria;
- intervento precoce nei confronti dei bambini con disabilità, in particolare per quelli con disturbi dello spettro autistico;
- sperimentazioni nei progetti per il “Durante e Dopo di noi” in cui l'intervento non deve essere di tipo sanitario ma deve promuovere il miglioramento della qualità della vita e l'inclusione sociale delle persone;
- valorizzare la sinergia tra famiglie ed operatori sociali;
- definire il ruolo dell'educatore e dell'operatore sociale come accompagnatore nei processi di scelta e di autodeterminazione.

#### **CONCLUSIONI**

**Ore 16,00**

#### **Intervento dell'Assessore alle Politiche Sociali Dr.ssa Marinella Sclocco**

L'Assessore Sclocco ringrazia i presenti per la competenza, la professionalità e la passione dimostrati nel corso del dibattito odierno.

Le parole chiave, che delineano un livello alto di visione del futuro, sono:

- territorio che accomuna sociale e sanitario
- integrazione
- innovazione



Politiche sociali e politiche della salute devono avere matrici comuni e percorsi convergenti per assicurare a medio e lungo termine il benessere delle persone e della comunità, pur nel rispetto della loro autonomia.

L'aver riunito i due settori in un unico Dipartimento "Salute e Welfare", che parlano un linguaggio univoco, rappresenta una significativa rivoluzione nella macchina amministrativa.

Il redigendo Piano sociale regionale 2016-2018 va nella direzione di una programmazione integrata che è stata il frutto di un'ampia partecipazione e condivisione da parte di rappresentanti delle istituzioni, del no profit, di operatori pubblici e privati del settore sociale e socio-sanitario, di cittadini che hanno partecipato e contribuito con le loro proposte, dopo l'attivazione di una apposita "Cabina di regia", al processo di formazione del nuovo strumento di programmazione regionale. Il nuovo PSR presenta rilevanti novità nello scenario regionale delle politiche sociali:

- prevede la coincidenza fra territori sociali (ambiti sociali) e territori della salute (distretti)
- definisce un regolamento per ogni ambito sociale di accesso ai servizi
- promuove un welfare comunitario, relazionale e dei diritti;
- favorisce nuove forme di collaborazione fra pubblico e terzo settore attraverso gli strumenti dell'accreditamento e della co-progettazione;
- coordina la programmazione di tutti i fondi delle politiche sociali nello strumento del piano distrettuale sociale e rende lo strumento programmatico flessibile ai bisogni della popolazione.

Da gennaio p.v. si parte, si passa alla fase attuativa. Questi risultati, raggiunti grazie ad un metodo di concertazione con tutti i soggetti sopra richiamati, consentiranno di fare passi in avanti sul percorso dell'integrazione socio-sanitaria, superando tanti ostacoli e pregiudizi.

### **Ore 16,10**

#### **Intervento dell'Assessore alla Programmazione Sanitaria Dr. Silvio PAOLUCCI**

L'Assessore Paolucci ringrazia gli intervenuti sottolineando di aver ascoltato, con molta attenzione, tutti i contributi declinati.

In sintesi, dice Paolucci, dagli interventi odierni scaturisce un mandato ben preciso:

[Volumi di attività, esiti delle cure e appropriatezza delle prestazioni](#)

Il punto centrale, la *mission*, del Piano di riqualificazione del sistema sanitario regionale, recentemente approvato, è proprio questo: ridisegnare un nuovo modello sostenibile di



Servizio Sanitario Regionale, per "competere" con quelli delle Regioni più avanzate e porsi come riferimento per altre aree del Paese, economicamente e socialmente affini all'Abruzzo.

Punti di erogazione caratterizzati da alti volumi di prestazioni, in generale, ottengono risultati migliori.

La rimodulazione dell'offerta dei servizi verso una maggiore efficacia ed appropriatezza non risponde quindi ad esigenze esclusivamente di risparmio economico, ma principalmente mira ad un miglioramento complessivo della salute della popolazione e ad una riduzione dei danni e dei rischi associati ad alcuni interventi sanitari.

Il Piano verrà rivisto sulla base di ciò, del lavoro di tutti gli operatori sanitari perché dice Paolucci, rivolgendosi alla platea *"Al centro del sistema sanitario, i veri protagonisti siete voi e, soprattutto, ci sono i pazienti. Noi siamo stati investiti dalla collettività di un mandato pro-tempore. Dobbiamo ascoltare al fine di comprendere quali siano le necessità legittime rappresentate e creare i presupposti per un percorso condiviso di crescita del sistema sanitario regionale"*.

Ad oggi, dopo due anni di governo regionale, importanti atti programmatori sono stati approvati:

- Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018, che detta le linee guida per ridisegnare un nuovo modello di sviluppo sostenibile del servizio sanitario regionale;
- Piano Sociale Regionale 2016-2018, che avvia un processo di innovazione sociale nei servizi e parla di accreditamento dell'ADI

Emerge, infine, che la Regione Abruzzo ha avviato tale processo di profonda integrazione fra le politiche di salute e sociali ed il Tavolo ha gettato proprio le basi fondamentali per identificare le politiche comuni da perseguire nei prossimi anni in coerenza con la Strategia europea.

**I lavori del Tavolo si concludono alle ore 16,30**