

CON IL PD CAMBIA LA SANITA' ABRUZZESE

L'uscita dell'Abruzzo dal commissariamento è uno straordinario risultato della Giunta D'Alfonso, che ci mette di fronte ad un'opportunità e ad una sfida: l'opportunità e la sfida di dotare l'Abruzzo di una sanità moderna ed efficiente, di dare attuazione all'idea della salute come diritto universale dei cittadini e di metterci al passo delle regioni più avanzate.

Il Pd ha lavorato per anni con questo obiettivo, prima come forza di opposizione, poi come forza di governo, ed ora abbiamo sulle spalle la responsabilità di farlo.

E' necessario però avere una visione chiara di cosa deve essere la sanità nel XXI secolo, condividendo le linee strategiche della riforma che il governo regionale deve mettere in campo.

Occorre muovere dalla consapevolezza che cambierà nei prossimi decenni la domanda di salute, perché invecchia la popolazione - e l'Abruzzo è una delle regioni con i maggior indice di invecchiamento -, diminuiscono le risorse disponibili e si diversifica il bisogno di cure, anche in ragione del maggior progresso della scienza medica e delle opportunità derivanti dalle conquiste della tecnica.

Tutto questo spinge verso una sanità, in cui gli ospedali offrono livelli sempre più elevati di specializzazione, mentre il servizio e la cura devono essere sempre più vicini al paziente e alle famiglie. Con questi obiettivi, nelle prossime settimane, si dovrà approvare il "Piano di riqualificazione sanitaria", che sancisce l'uscita dell'Abruzzo dal commissariamento ed apre una nuova epoca per la sanità regionale.

La nostra idea è quella di una sanità che metta al centro il cittadino. E' il carattere che vogliamo dare al nostro riformismo. Vogliamo concordare obiettivi e strumenti con gli operatori ed i portatori di interessi legittimi, ma, prima di tutto, viene il cittadino ed il suo diritto alla cura e alla salute.

L'ASSISTENZA TERRITORIALE PILASTRO DELLA SANITA' DEL FUTURO. LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE.

La rete di assistenza abruzzese ha compiuto in questi anni passi avanti significativi, avendo ottenuto l'adempimento piena degli obiettivi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), ma presenta forti criticità: la principale è che il baricentro della nostra sanità è tuttora il ricovero ospedaliero, unica alternativa valida per ottenere assistenza.

Il primo obiettivo che il Pd Abruzzo indica per i prossimi tre anni è spostare le cure il più possibile vicino ai cittadini, prestando particolare attenzione al paziente affetto da patologie cronico-degenerative o che necessita di assistenza socio-sanitaria. Ogni ricovero ospedaliero erogato ad un paziente cronico-degenerativo sarà un fallimento del SSR (Servizio Sanitario Regionale).

Dunque, il primo pilastro della sanità regionale del futuro sarà l'investimento nell'Assistenza Domiciliare che dovrà essere garantita in modo professionale e qualificato su tutto il territorio regionale, investendo in particolare nella telemedicina e nella qualificazione del personale. Un ruolo strategico sarà affidato ai medici di medicina generale che, in un sistema come quello sanitario caratterizzato da un'elevata asimmetria (disparità) informativa tra offerta di servizi (il Servizio sanitario e i suoi erogatori) e la domanda di assistenza (i pazienti bisognosi di cure), dovranno svolgere

CON IL PD CAMBIA LA SANITA' ABRUZZESE

una funzione fondamentale di “ponte” tra pazienti ed erogatori, diventando attori principali nell’organizzazione delle Cure Intermedie dei Distretti Sanitari.

L’invecchiamento della popolazione ed il contestuale aumento delle patologie croniche pongono come obiettivo prioritario per il prossimo triennio l’integrale rivisitazione dell’attuale modello di Assistenza Domiciliare Integrata che dovrà essere unico su base regionale, omogeneo, in grado di rispondere prontamente alle necessità del paziente, che stabilisca, per mezzo di precise e dettagliate linee guida regionali, criteri univoci per il trattamento dei pazienti, in base alla tipologia della malattia e del rischio associato, definisca criteri di autorizzazione e accreditamento degli operatori di AD e regolamenti il rapporto tra erogatori pubblici e privati. Occorrerà, inoltre, sviluppare strumenti per la verifica del PAI (Piano di assistenza individuale), attraverso sistemi informativi in grado di rendere disponibile a tutti gli operatori la cartella clinica informatizzata del paziente assistito.

I Distretti Sanitari, che sono la macrostruttura che governa la domanda dei bisogni del territorio e che assicura la continuità assistenziale con l’ospedale, dovranno essere unificati con gli EAS, attraverso un’opportuna revisione, in prospettiva di una piena integrazione delle politiche socio-sanitarie.

Parallelamente a ciò, bisognerà affidare al territorio un ruolo complementare ed integrativo rispetto all’Assistenza Domiciliare, sviluppando gli ospedali di comunità e potenziando l’offerta di posti letto per l’assistenza residenziale extra-ospedaliera (RSA), che dovrà fornire un’assistenza socio assistenziale per il sollievo delle famiglie nei periodi di maggiore fragilità dei pazienti.

La Regione ha determinato, con il Decreto Commissariale n.52/2012, il fabbisogno assistenziale, residenziale e semiresidenziale regionale relativo alle aree degli anziani e demenze, disabilità-riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche, pari a 6.936 posti letto complessivi.

La Regione, successivamente, con il Decreto Commissariale n.38 del 2015 ha completato il processo di riconversione dell’offerta di prestazioni a carattere riabilitativo in regime residenziale e semiresidenziale, avviato dai Decreti n. 20 e 133 del 2014.

Il sistema residenziale dovrà nei prossimi mesi essere messo a verifica e ripensato in prospettiva, cercando di uniformare i sistemi di valutazione e presa in carico del paziente. Pensiamo ad un’anagrafica unica delle strutture accreditate per tipologia di assistenza con le relative liste di attesa, creando meccanismi che permettano di verificare periodicamente i requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture. Inoltre, pensiamo di spostare a livello di distretto la valutazione del fabbisogno di assistenza specifico del cittadino, e promuovere sempre a livello di distretto il contatto con il paziente e con la sua famiglia, attraverso lo sviluppo di attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, l’implementazione di attività ricreative per il paziente cronico-degenerativo, la gestione del contatto con il paziente e la sua famiglia, mediante attività formative ed eventualmente con l’ausilio di un supporto psicologico e, infine, attraverso la gestione di call center per garantire una risposta immediata alle necessità quotidiane del paziente.

In questo contesto, intendiamo riconoscere al Medico di Medicina Generale un ruolo centrale nella gestione del percorso di cura del paziente, come previsto dal Patto per la salute 2014-2016, favorendo il sistema delle aggregazioni. In particolare, vogliamo sperimentare le “Case della Salute”, attraverso la concentrazione delle attività territoriali-distrettuali in sedi di ex Presidi Ospedalieri e/o spazi aziendali disponibili. A

tal fine, la Regione può prevedere un meccanismo di finanziamento attraverso fondi derivanti dalla vendita di immobili aziendali dismessi.

In questo ambito assistenziale si inserisce l'attività del Dipartimento di Salute Mentale, che deve assicurare l'assistenza ambulatoriale e domiciliare per la presa in carico dei pazienti sul territorio e la prevenzione dei ricoveri.

I Dipartimenti di Prevenzione, nello svolgimento del ruolo di competenza, devono integrare le attività assistenziali rivolte alla persona con il Distretto Sanitario; i Servizi di Medicina del Lavoro devono poter svolgere il controllo preventivo della sicurezza nei luoghi di lavoro, soprattutto per la tutela dei lavoratori stranieri.

RIQUALIFICARE LA RETE OSPEDALIERA: SICUREZZA, EFFICIENZA, QUALITA'.

Nel quadro di una sanità che punta sempre più sulla gestione a domicilio del paziente e sul territorio, e che dichiara guerra al ricovero ospedaliero improprio, va riqualificata la rete ospedaliera, tenendo conto del Regolamento nazionale sugli standard ospedalieri e di uno scenario regionale, che ci vede caratterizzati da un basso numero di posti letto ed un elevato numero di reparti.

La sfida è racchiusa da una parola: eccellenza! Vogliamo grandi reparti eccellenti e non più reparti per ogni settore che non raggiungono standard elevati di qualità.

La Regione Abruzzo presenta una dotazione di posti letto ospedalieri pubblici e privati pari a 4.466 provvisoriamente accreditati. In relazione alla popolazione censita nel 2014 (1.333.939 abitanti), il numero di posti letto risulta pari a 3,35 per mille abitanti, di cui 2,84 per Acuti e 0,51 per Post Acuti. Tale indicatore risulta inferiore allo standard fissato dalla L.135/12 pari a 3,7 posti letto per mille abitanti, cui 3,0 per acuti e 0,7 per post acuti.

Il ritardo nella Programmazione 2013-2015 rende necessaria una ridefinizione della rete di offerta pubblica e privata, tenendo conto del regolamento nazionale sui nuovi Standard Ospedalieri secondo questi obiettivi:

- Promuovere la concentrazione delle specialità per aumentarne la qualità, attraverso la definizione di volumi minimi per patologie, procedure e percorsi diagnostico-terapeutici in grado di assicurare efficacia di cura ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, e la definizione di accordi interregionali per rispondere alle esigenze del paziente in modo omogeneo in termini di risultati qualitativi. Bisognerà valutare l'attivazione di percorsi ospedalieri in reparti aperti 5 gg a settimana per ricoveri in "elezione" in ospedali di piccole dimensioni.
- Per ciò che riguarda le specialità ad elevati bacini di utenza, che secondo il nuovo regolamento nazionale sugli Standard Ospedalieri richiedono bacini di utenza superiori ai 350 mila abitanti, saranno allocate nei quattro ospedali principali, valutando tra questi forme di integrazione e coordinamento;
- Per le specialità che richiedono bassi e medi bacini di utenza, l'offerta ospedaliera sarà articolata in 8/9 presidi in cui concentrare la casistica di "bassa-media complessità" e sviluppare la rete materno-infantile in forte collegamento con il territorio, attivando la cartella ostetrico-ginecologica integrata per ogni donna che entra nel percorso nascita.
- Stabilire con la sanità privata un rapporto trasparente di collaborazione, determinando entro i prossimi 3 anni le condizioni affinché gli erogatori privati, nelle aree territoriali in cui insistono, assumano una funzione complementare ed integrativa di quanto offerto dalla rete pubblica.

- Attivare l'integrazione Ospedale-Territorio, attraverso percorsi integrati efficienti in cui il paziente uscito dall'ospedale viene preso per mano, sottoposto a controlli periodici e accompagnato, sia nel percorso territoriale che riabilitativo, dopo l'evento acuto "non programmato"; questo può avvenire, implementando ulteriormente il ruolo del PUA a livello del Distretto Sanitario anche in rete con i Servizi Sociali e con una comunicazione efficace tra Ospedale e Medico di Medicina Generale. Occorre a tal fine sviluppare la procedura già esistente delle "dimissioni protette", il cui governo e perfezionamento devono essere programmati e governati a livello sovra-aziendale.

Strategico diventa, ai fini dell'integrazione tra territorio ed ospedale, l'investimento che la Giunta Regionale ha già messo in atto sulla Rete di Emergenza-Urgenza, terzo pilastro con l'Assistenza Domiciliare e l'Eccellenza Ospedaliera della sanità del futuro. A tal fine, occorre ridefinire il ruolo dei Presidi Ospedalieri per le reti tempo-dipendenti e le postazioni territoriali del 118, oltre che potenziare l'elisoccorso, a partire dalle aree montane svantaggiate, per rendere raggiungibile in tempi utili l'intero territorio regionale, conciliando velocità dei tempi ed esperienza professionale del personale medico. Il traguardo da conquistare è quello della soglia nazionale di un tempo medio intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso pari a 18 minuti (oggi è 23).

Per riqualificare la rete ospedaliera e renderla competitiva è fondamentale investire in capitale umano. A tal fine occorre determinare il fabbisogno di personale necessario per garantire i servizi di assistenza al paziente in coerenza con la nuova programmazione e pianificare le assunzioni di personale al fine di potenziare i servizi. E' necessario investire in formazione del personale ed in personale formato adeguatamente, sviluppando un progetto di lungo periodo con le nostre università abruzzesi ed avvalendoci nel breve della formazione delle migliori università sul panorama nazionale ed internazionale. Infine, bisogna adottare meccanismi basati su dati (relativi sia alla quantità di prestazioni rese all'utenza sia al livello di soddisfazione dell'utenza stessa) per la valutazione dei dirigenti e soprattutto dei Direttori Generali. Gli incarichi ai direttori di unità complesse o ai direttori dipartimentali devono essere conferiti sulla base di obiettivi/mission, il cui mancato raggiungimento, dopo puntuale verifica, è causa di revoca degli stessi.

Insieme con il capitale umano, è fondamentale l'investimento in infrastrutture, valutando e monitorando lo stato di attuazione del Piano straordinario di investimenti in edilizia sanitaria, che dovrà essere aggiornato alla luce delle compatibilità con la definizione della nuova rete ospedaliera ed in tecnologie. Soprattutto, occorrerà un piano triennale di acquisti dei macchinari, individuando risorse ulteriori nel Fondo Sanitario Regionale, al fine di abbattere i tempi di attesa troppo lunghi che caratterizzano l'Abruzzo, in particolare per alcune prestazioni di diagnostica. La Regione, a tal fine, deve emanare linee guida precise per la governance delle procedure di "project financing".

UNA NUOVA ARCHITETTURA ISTITUZIONALE: IL CITTADINO AL CENTRO DEL NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.

Il cambiamento che immaginiamo, secondo gli obiettivi fin qui indicati, richiede una nuova architettura istituzionale per la sanità regionale, per renderla più vicina ai cittadini, eliminando ogni livello di intermediazione politica e/o burocratica, potenziando il controllo di gestione ed i sistemi informativi. In particolare vanno limitate le funzioni *no core*, ossia non legate all'erogazione delle prestazioni assistenziali, presenti nelle singole strutture, in modo tale che il personale sul territorio dovrà essere dedicato prevalentemente all'accoglienza e all'assistenza del paziente, mentre per le restanti attività bisognerà valutare forme di gestione accentrata a livello sovra-aziendale. Proponiamo a tal fine di:

- Individuare "Aree Territoriali Distrettuali" (AT) con bacino di utenza di 150-200 mila abitanti in modo da permettere una rispondenza diretta del SSR (Servizio Sanitario Regionale) alle esigenze del paziente, secondo una logica di integrazione tra ospedale e territorio.
- Accentrare a livello sovra aziendale in un'Azienda Servizi le funzioni no core (ciclo attivo/passivo, paghe e stipendi, sistemi informativi, etc.).
- Accentrare a livello sovra aziendale la definizione di protocolli standardizzati e l'individuazione degli obiettivi di risultato quali-quantitativi, ed il relativo monitoraggio, affidando tali compiti all'ASR (Agenzia Sanitaria Regionale);
- Accentrare a livello sovra aziendale le funzioni strategiche, in modo da rendere facilmente attuabile la strategia concordata con l'organo politico.
- Coinvolgere le Università nella gestione delle risorse umane attraverso la definizione di modalità di selezione, formazione e valutazione delle risorse umane. La Regione inoltre dovrebbe promuovere il collegamento con l'Università per lo sviluppo delle cure territoriali.

Infine, il cittadino-utente dovrà essere protagonista attivo della rivoluzione del sistema sanitario regionale, partecipe nella valutazione dei risultati e costantemente informato. Immaginiamo una Carta dei Servizi Territoriali, a seguito della riorganizzazione del sistema, e la promozione di nuove forme di comunicazione con i cittadini basate sulle nuove tecnologie. Infine, dovrà essere possibile rilevare sistematicamente la qualità percepita dai cittadini, attraverso l'Audit civico, per rendere sempre più trasparente e verificabile l'azione delle Asl regionali da parte della cittadinanza attiva, e promuovere un sistema di "richiamo all'ordine" per le strutture pubbliche e private che ottengono feedback negativi da parte dei pazienti.

PROPOSTA APPROVATA DALL'ASSEMBLEA REGIONALE DEI CIRCOLI DEL PD ABRUZZO RIUNITA IN DATA 3 AGOSTO 2015.