



GIUNTA REGIONALE

Seduta del 28 LUG. 2017 Deliberazione N. 417

L'anno _____ il giorno _____ del mese di 28 LUG. 2017 negli uffici della Regione
Abruzzo, si è riunita la Giunta Regionale presieduta dal Sig. Presidente
Dott. Luciano D'ALFONSO

con l'intervento dei componenti:

	P	A
1. LOLLI Giovanni	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. DI MATTEO Donato	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. GEROSOLIMO Andrea	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. PAOLUCCI Silvio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. PEPE Dino	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. SCLOCCO Marinella	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Svolge le funzioni di Segretario Stefania Valeri

OGGETTO

**Fabbisogno autorizzatorio di assistenza specialistica ambulatoriale – Regione Abruzzo.
Approvazione Documento tecnico ed ulteriori disposizioni.**

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO CHE:

- il D.C.A. 27 dicembre 2012 n. 67, nell'approvare il fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale relativo al triennio 2013-2015, ha individuato, a livello aziendale e regionale, la domanda di prestazioni di diagnostica per immagini, di laboratorio, di medicina nucleare, di medicina fisica e FKT, di odontoiatrica e di branche a visita definendo, altresì, il numero massimo di macchine per RX, ecografia, TC, RMN, Mammografia, MOC, Gamma camera, PET ed altre, necessarie a soddisfare la domanda assistenziale relativa alla Medicina Nucleare ed alla Diagnostica per immagini;
- il D.C.A. 24 giugno 2013 n. 46 ha ripartito, a livello di singolo Distretto Sanitario di Base o gruppo di Distretti, i fabbisogni definiti dal D.C.A. n. 67/2012 individuando, per ciascuna branca specialistica, il numero massimo di Centri di Erogazione necessari ad assicurare la domanda assistenziale rilevata;
- il D.C.A. 14 ottobre 2013 n. 85, integrando il D.C.A. n. 46/2013, ha definito un fabbisogno addizionale di prestazioni odontoiatriche, e, per garantirne il pieno soddisfacimento, ha aumentato il numero dei Centri di Erogazione programmati dal D.C.A. n. 67/2012;

- in occasione della riunione del **Comitato Coordinamento Regionale Accreditamento (C.C.R.A.)** tenutasi il **5 aprile 2016**, il Direttore del Dipartimento Salute e Welfare, anche all'esito delle sollecitazioni espresse da alcuni componenti del C.C.R.A., ha conferito al Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.) il mandato per la costituzione ed il coordinamento di un Gruppo di Lavoro per la ridefinizione del fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale;

VISTO il Documento tecnico "*Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale – Regione Abruzzo*", allegato al presente provvedimento quale parte costitutiva ed integrante (cfr., **All. n. 01**) che, all'esito dell'attività condotta dal suddetto Gruppo di Lavoro, il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.) ha trasmesso al Dipartimento Salute e Welfare con **Nota Prot. n. 1032 del 4 luglio 2017**;

CONSIDERATO che il Documento Tecnico di cui al D.C.A. n. 67/2012 ha delimitato l'efficacia del fabbisogno assistenziale ivi individuato al solo triennio 2013 – 2015, prevedendo la crescita della domanda regionale di prestazioni di specialistica ambulatoriale;

VISTO il **D.M. 2 aprile 2015 n. 70** "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*" e, specificatamente, il paragrafo 10 dell'Allegato 1 al Regolamento a tenore del quale "*il riequilibrio dei ruoli tra l'ospedale e territorio costituisce uno degli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati a dare risposte concrete ai nuovi obiettivi di salute, determinati dagli effetti delle tre transizioni – epidemiologica, demografica e sociale – che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni*;

VISTO il **Piano Sanitario Regionale 2008-2010**, approvato con la **L.R. 10 marzo 2008 n. 5**, che, pur impartendo indirizzi programmatici per l'organizzazione regionale dell'offerta ambulatoriale, non individua i parametri cui attenersi per determinarne i fabbisogni assistenziali;

PRECISATO che, allo stesso modo, mancano standard ed indicatori nazionali consolidati utili ad individuare e definire la domanda di assistenza di specialistica ambulatoriale;

RICHIAMATI:

- il **D.C.A. 20 febbraio 2013 n. 13** "*Approvazione Nomenclatore Tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale DM n. 18.10.2012*";
- il **D.C.A. 12 giugno 2013 n. 45** "*Approvazione Nomenclatore tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale – DM 18.10.2012*";
- il **D.C.A. 20 febbraio 2013 n. 12** "*Approvazione del tariffario regionale e la remunerazioni delle prestazioni di assistenza ospedaliera – DM 18.10.2012*";
- il **D.C.A. 27 agosto 2013 n. 60** "*Piano Operativo regionale per il contenimento delle liste di attesa*";

CONSIDERATA la rilevanza dell'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale che, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), comprende tutte le prestazioni finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi ed alla cura, ed alla riabilitazione;

RILEVATA la necessità di ridefinire il fabbisogno regionale di specialistica ambulatoriale nell'ottica di migliorare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, contenere i tempi di attesa ed avvicinare il paziente al sistema di cura ed assistenza tenendo conto delle singole specificità del contesto territoriale;

PRESO ATTO della metodologia sottesa alla definizione dei fabbisogni di cui all'**Allegato Documento Tecnico - "Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale – Regione Abruzzo"** (cfr. **All. n. 01**);

RITENUTO, per quanto evidenziato, di approvare l'**Allegato Documento Tecnico - "Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale – Regione Abruzzo"** (**All. n. 01**);

RICHIAMATO il paragrafo "*Fabbisogno regionale*" dell'**Allegato Documento Tecnico - "Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale – Regione Abruzzo"** (**All. n. 01**) nella parte in cui prevede che, "*Ai fini della valutazione delle richieste di autorizzazione pervenute e della compatibilità con quanto indicato nel presente documento, si precisa che un Poliambulatorio è da intendersi come una struttura in grado di sviluppare un volume di prestazioni associate a due branche a visita. Inoltre, qualora il numero di branche autorizzabili sia inferiore a due la struttura potrà comunque essere autorizzata*";

RITENUTO, in coerenza con la vigente programmazione regionale, di integrare la suddetta disposizione precisando che in presenza di una sola branca autorizzabile la struttura potrà essere autorizzata come Ambulatorio;

PRESO ATTO della previsione di spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale programmato dal **Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2016-2018** di cui al **D.C.A. 10 giugno 2016 n. 55** approvato ed integrato dalla Giunta regionale con **D.G.R. 26 luglio 2016 n. 505** e con **D.G.R. 22 settembre 2016 n. 576**;

RITENUTO che le strutture attualmente accreditate per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale in nome e per conto del Servizio Sanitario Regionale consentano di soddisfare la domanda assistenziale che l'attuale programmazione regionale prevede a carico del Fondo Sanitario Regionale, fermo restando che il possesso del titolo di accreditamento non genera il diritto alla stipula degli accordi negoziali di cui all'**art. 8-quinquies D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii.** da concludersi, in ogni caso, nel rispetto del già citato **Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2016-2018** e nei limiti dei tetti di spesa ivi programmati;

STABILITO, per l'effetto, che il "**Fabbisogno aggiuntivo**" definito dall'**Allegato Documento Tecnico - "Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale - Regione Abruzzo"** (All. n. 01) delimita l'area della realizzazione e dell'esercizio delle attività sanitarie costituendo fabbisogno meramente autorizzatorio non suscettibile, quindi, di accreditamento istituzionale salva successiva e diversa determinazione regionale derivante dal mutamento dell'attuale quadro programmatorio regionale;

SOTTOLINEATO che la compatibilità programmatoria di cui al riferito art. 3 della L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii. sarà espressa nei limiti del "**Fabbisogno aggiuntivo**" che il suddetto **Allegato Documento Tecnico - "Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale - Regione Abruzzo"** (All. n. 01) programma in relazione alla branca specialistica oggetto della domanda di autorizzazione alla realizzazione;

RITENUTO, a tutela dei principi di imparzialità e di buon andamento della Pubblica Amministrazione che, ai fini dell'adozione del parere di cui all'art. 3 L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii., le domande di autorizzazione alla realizzazione di strutture afferenti alle branche specialistiche previste dall'**Allegato Documento Tecnico - "Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale - Regione Abruzzo"** (All. n. 01), saranno valutate *in ordine cronologico prendendo a riferimento le date di protocollazione delle Amministrazioni Comunali accettanti*.

EVIDENZIATO che saranno valutate con *il medesimo principio dell'ordine cronologico* (prendendo a riferimento le date di protocollazione delle Amministrazioni Comunali accettanti), *previa acquisizione di apposite dichiarazioni del mantenimento dell'interesse*, anche le istanze di autorizzazione ex art. 3 L.R. n. 32/2007 alla realizzazione di strutture afferenti alle branche specialistiche previste dall'**Allegato Documento Tecnico - "Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale - Regione Abruzzo"** (All. n. 01), risultanti essere già presentate alla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURAT ove non ancora oggetto di parere definitivo ex art. 3 LR n. 32/2007 e ss.mm.ii.;

STABILITO, in tal senso, che:

- **entro e non oltre 30 giorni** dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURAT, gli istanti l'autorizzazione ex art. 3 L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii. per strutture relative alle branche specialistiche di cui all'**Allegato Documento Tecnico - "Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale - Regione Abruzzo"** (All. n. 01), ove non ancora oggetto di parere definitivo ex art. 3 LR n. 32/2007 e ss.mm.ii., dovranno comunicare al Servizio Programmazione Socio-Sanitaria - Ufficio Autorizzazione ed Accreditamento, all'indirizzo PEC: dpf@pec.regione.abruzzo.it ed al Comune di afferenza il *mantenimento dell'interesse* alla domanda già presentata allegandone copia recante la data di protocollazione dell'Amministrazione Comunale accettante;
- **l'inutile decorrenza del suddetto termine, ovvero la mancata o incompleta acquisizione, nello stesso termine, della documentazione richiesta**, sarà intesa come rinuncia alla domanda, legittimando, nei limiti dei fabbisogni individuati come aggiuntivi, l'istruttoria ed, all'esito positivo, l'accoglimento, di istanza cronologicamente successiva ed afferente la medesima branca specialistica;

STABILITO per l'effetto, che l'istruttoria delle istanze ex art. 3 L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii. per strutture relative alle branche specialistiche previste dall'**Allegato Documento tecnico - "Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale - Regione Abruzzo"** (All. n. 1) potrà essere avviata soltanto alla scadenza del termine per la comunicazione dell'interesse al mantenimento delle domande già presentate e non ancora oggetto di parere definitivo ex art. 3 LR n. 32/2007 e ss.mm.ii.;

PRECISATO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

DATO ATTO che:

- il Dirigente del Servizio Programmazione Socio-Sanitaria, competente nelle materie trattate nel presente provvedimento, ha espresso il proprio parere favorevole in ordine alla regolarità tecnico amministrativa dello stesso, apponendovi la propria firma in calce;
- il Direttore del Dipartimento per la Salute e il Welfare, apponendo la sua firma sul presente provvedimento, sulla base del parere favorevole di cui al precedente punto 1, ha attestato che lo stesso è conforme agli indirizzi, funzioni ed obiettivi assegnati al Dipartimento medesimo;

a voti unanimi, espressi nelle forme di legge

DELIBERA

1. **DI PRENDERE ATTO E DI APPROVARE** l'**Allegato Documento tecnico - "Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale - Regione Abruzzo"** (All. n. 1);
2. di integrare il paragrafo "**Fabbisogno regionale**" ultimo capoverso dell'**Allegato Documento tecnico - "Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale - Regione Abruzzo"** (All. n. 1), precisando che "*(omissis) in presenza di una sola branca autorizzabile la struttura potrà essere autorizzata come Ambulatorio*";
3. **DI STABILIRE** che il "**Fabbisogno aggiuntivo**" definito dal Documento tecnico di cui all'**Allegato Documento tecnico - "Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale - Regione Abruzzo"** (All. n. 1) delimita l'area della realizzazione e dell'esercizio delle attività sanitarie costituendo fabbisogno meramente autorizzatorio non suscettibile pertanto, di accreditamento istituzionale, salva successiva e diversa determinazione regionale derivante dal mutamento dell'attuale quadro programmatorio;

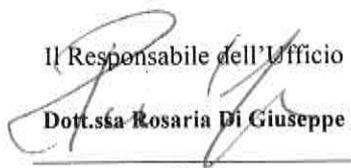
4. **DI STABILIRE** che la compatibilità programmatica di cui al riferito art. 3 L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii. sarà espressa nei limiti del **“Fabbisogno aggiuntivo”** che il suddetto **Allegato Documento Tecnico - “Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale – Regione Abruzzo” (All. n. 01)** programma in relazione alla branca specialistica oggetto della domanda di autorizzazione alla realizzazione;
5. **DI STABILIRE** che, ai fini dell'adozione del parere di cui all'art. 3 L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii., le domande di autorizzazione alla realizzazione di strutture afferenti alle branche specialistiche previste dall'**Allegato Documento tecnico - “Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale – Regione Abruzzo” (All. n. 1)**, saranno valutate *in ordine cronologico prendendo a riferimento le date di protocollazione delle Amministrazioni Comunali accettanti*.
6. **DI STABILIRE**, altresì, che, sempre ai fini dell'adozione del parere di cui all'art. 3 della L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii., saranno valutate con il *medesimo principio dell'ordine cronologico*, previa acquisizione di apposite dichiarazioni del mantenimento dell'interesse, anche le istanze di autorizzazione ex art. 3 L.R. n. 32/2007 alla realizzazione di strutture afferenti alle branche specialistiche previste dall'**Allegato Documento Tecnico - “Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale – Regione Abruzzo” (All. n. 01)**, risultanti essere già presentate alla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURAT, ove non ancora oggetto del parere definitivo ex art. 3 LR n. 32/2007 e ss.mm.ii.
7. **DI STABILIRE** che:
 - **entro e non oltre 30 giorni** dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURAT gli istanti l'autorizzazione ex art. 3 L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii. per strutture relative alle branche specialistiche di cui all'**Allegato Documento Tecnico - “Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale – Regione Abruzzo” (All. n. 01)** dovranno comunicare al Servizio Programmazione Socio-Sanitaria – Ufficio Autorizzazione ed
 - ccreditamento, all'indirizzo PEC: dpf@pec.regione.abruzzo.it ed al Comune di afferenza *il mantenimento dell'interesse* alla domanda già presentata, ove non ancora oggetto di parere definitivo ex art. 3 LR n. 32/2007 e ss.mm.ii, allegandone copia recante la data di protocollazione dell'amministrazione comunale accettante;
 - **l'inutile decorrenza del suddetto termine ovvero la mancata o incompleta acquisizione, nello stesso termine, della documentazione richiesta**, sarà intesa come rinuncia alla domanda legittimando, nei limiti dei fabbisogni individuati come aggiuntivi, l'istruttoria ed, all'esito positivo, l'accoglimento, di istanza cronologicamente successiva ed afferente la medesima branca specialistica;
8. **DI STABILIRE** che l'istruttoria delle istanze ex art. 3 L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii. per strutture relative alle branche di cui all'**Allegato Documento Tecnico - “Fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale – Regione Abruzzo” (All. n. 01)** potrà essere avviata solo alla scadenza del termine per la comunicazione dell'interesse al mantenimento delle domande già presentate e non ancora oggetto di parere definitivo ex art. 3 LR n. 32/2007 e ss.mm.ii;
9. **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
10. **DI PUBBLICARE** il presente provvedimento sul BURAT, e, per le attività di competenza, di notificarlo a mezzo posta elettronica certificata, ai Comuni della Regione Abruzzo ed ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende UU.SS.LL. regionali, trasmettendolo, altresì, ai competenti Servizi del Dipartimento Salute e Welfare e all'Agenzia Sanitaria della Regione Abruzzo (A.S.R.).

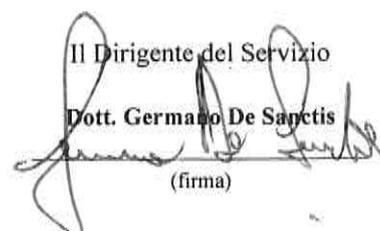
DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE
SERVIZIO: PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

UFFICIO PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA

Il Estensore
Dott.ssa Rosaria Di Giuseppe

(firma)

Il Responsabile dell'Ufficio
Dott.ssa Rosaria Di Giuseppe

(firma)

Il Dirigente del Servizio
Dott. Germano De Sanctis

(firma)

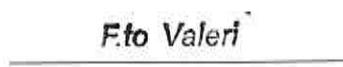
Il Direttore Regionale
Dott. Angelo Muraglia

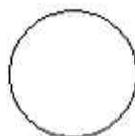
(firma)

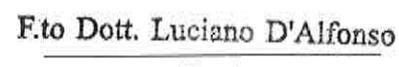
Il Componente la Giunta
Dott. Silvio Paolucci

(firma)

Approvato e sottoscritto:

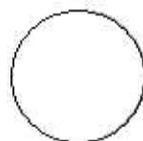
Il Segretario della Giunta
F.to Valeri

(firma)



Il Presidente della Giunta
F.to Dott. Luciano D'Alfonso

(firma)

Copia conforme per uso amministrativo

L'Aquila, li _____



Il Dirigente del Servizio Affari della Giunta

(firma)

FABBISOGNO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Regione Abruzzo

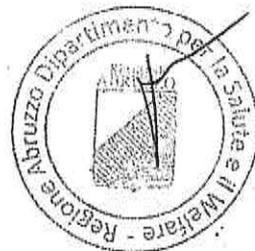


ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione
n. **417** del **28 LUG. 2017**
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Avv. Stefania Valeri)

SOMMARIO

INTRODUZIONE	3
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	4
CONTESTO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO	5
ANALISI DEI CONSUMI E DELL'OFFERTA.....	8
ANALISI DEL FABBISOGNO REGIONALE, PERCORSO METODOLOGICO	15
MOBILITA' PASSIVA EXTRA REGIONALE.....	21
LISTE DI ATTESA	22
ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO (EMUR)	26
PRESTAZIONI PER CARENZA DI OFFERTA (FOREGONE CARE).....	26
FABBISOGNO REGIONALE.....	28
TAVOLE RIEPILOGATIVE.....	29
FABBISOGNO AUTORIZZATORIO PER RISONANZA MAGNETICA.....	31





INTRODUZIONE

Il profondo mutamento del bisogno di salute, con i due fenomeni cresciuti nel tempo della transizione epidemiologica e demografica è tra i determinanti, ancora poco valutati, del significativo incremento delle prestazioni specialistiche, clinico e diagnostiche.

L'analisi di questa trasformazione della domanda dal versante dei servizi offerti negli ambulatori specialistici, nei pronto soccorso quando rappresentano un punto di accesso per attività ambulatoriale non in emergenza-urgenza, congiuntamente alla domanda non soddisfatta espressa da tempi e liste di attesa ed anche dalla dimensione della carenza di offerta (foregone care), pone in evidenza un disallineamento tra un bisogno di salute, che si esprime con esigenze diverse nelle varie fasce di età e di genere, e l'accesso ai servizi sanitari che rischia di risultare insufficiente sia per inadeguata dimensione che per mancata differenziazione.

Coerentemente con il Piano Nazionale per le cronicità, i modelli a maggiore efficacia ed efficienza per la cura di condizioni, quali la cronicità, ad alta prevalenza nella popolazione, richiedono un rapporto organizzato delle competenze specialistiche e della medicina generale. Tuttavia è altrettanto noto come la garanzia di accessibilità alle cure condizioni i risultati delle cure, in particolare per le sottopopolazioni interessate da malattie croniche caratterizzate da età anziana, disabilità e in parte condizioni socio-economiche e/o culturali medio basse.

Per queste ragioni l'assistenza specialistica ambulatoriale riveste un'importanza fondamentale all'interno del sistema sanitario: tra la spesa convenzionata è seconda alla sola assistenza farmaceutica, ed è certamente il tipo di assistenza più utilizzata con la peculiarità, per altro, di svolgere prestazioni di diversa natura e complessità, comprendendo prestazioni terapeutiche, riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Scopo del presente documento è la ridefinizione nella regione Abruzzo del fabbisogno di specialistica ambulatoriale, in coerenza con le evidenze epidemiologiche e gli studi sui consumi sanitari, attraverso la valutazione del sistema dell'offerta specialistica per migliorare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, contenere i tempi di attesa ed avvicinare il paziente al sistema di cura ed assistenza, tenendo conto delle singole specificità del contesto territoriale.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La ridefinizione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale risulta conforme agli indirizzi emanati dal recente Decreto Ministeriale n. 70/2015, che al paragrafo 10 dell'Allegato 1 cita testualmente "... *Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio costituisce uno degli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute, determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale - che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni*".

In effetti, già con il precedente ciclo di programmazione, nell'allegato tecnico recepito con Decreto del Commissario ad Acta n. 67 del 27.12.2012, è definita la previsione che "il fabbisogno di assistenza ambulatoriale crescerà nel tempo ed il suo dimensionamento non potrà che avere una efficacia esclusivamente per il periodo 2013-2015".

Il presente documento è stato elaborato da uno specifico gruppo di lavoro coordinato dall'ASR Abruzzo, istituito su indicazione del Comitato Coordinamento regionale Accreditamento (CCRA) con Verbale del 5.04.2016.

Le indicazioni tecniche del documento prendono atto dei precedenti provvedimenti di programmazione e sono elaborate avendo a riferimento le seguenti disposizioni nazionali e regionali:

1. Il D.Lgs 30 dicembre 1992, n.502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria"
2. DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".
3. Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (Legge Regionale n. 5 del 2008).
4. DCA 67/2012 "Definizione del fabbisogno regionale di assistenza specialistica 2013-2015"
5. DCA 12/2013 "Approvazione Nomenclatore Tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale D.M. 18.10.2012".
6. DCA 45/2013 "Approvazione Nomenclatore tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - D.M. 18.10.2012 " e n.13/2013 del 20.02.2013 "Approvazione del Tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera - D.M. 18.10.2012"



7. DCA 46 del 24/06/2013 "Riorganizzazione della rete territoriale dei servizi di assistenza specialistica ambulatoriale Disposizioni per la localizzazione e per l'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture"
8. Fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale 2013-2015: branca odontoiatria. Integrazione ai Decreti del Commissario ad Acta nn. 67/2012 e 46/2012
9. DCA 60/2015 " Piano Operativo Regionale per il contenimento delle liste d'attesa"
10. Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2016-2018 (DCA-55/2016)
11. DCA 73/2016 "Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2016 e s.m.l.

CONTESTO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO

Il territorio abruzzese con 305 Comuni e un' estensione di circa 10.794 km² presenta una popolazione, nel 2016, al 1/01/2016, pari a 1.326.513 abitanti.

Tab 1 Andamento demografico nella regione Abruzzo – Anni 2002-2016 -

anno	>=65 anni	Popolazione regionale
2002	258.481	1.252.379
2003	264.791	1.273.284
2004	268.521	1.285.896
2005	273.787	1.299.272
2006	277.723	1.305.307
2007	279.922	1.309.797
2008	281.863	1.323.987
2009	283.373	1.334.675
2010	284.764	1.338.898
2011	285.063	1.342.366
2012	284.450	1.306.416
2013	289.487	1.312.507
2014	296.642	1.333.939
2015	301.091	1.331.574
2016	304.403	1.326.513

I dati (Tab.2) mostrano che la provincia più popolosa nell'anno 2016 è Chieti, con 390.962 abitanti, corrispondenti al 29% dell'intera popolazione abruzzese, mentre quella con il minor numero di abitanti è L'Aquila (303.239),

nonostante il territorio di quest'ultima sia più vasto, con una conformazione geografica costituita interamente da territorio montano.

Tab 2 Popolazione provinciale – Anno 2016 -

popolazione	2016
Asl Avezzano Sulmona L'Aquila	303.239
Asl Lanciano Vasto Chieti	390.962
Asl Pescara	321.973
Asl Teramo	310.339
Totale regionale	1.326.513

Come nel resto della nazione, anche nella Regione Abruzzo l'età media della popolazione e la percentuale di anziani continuano a crescere. Se nel 2002 l'età media era pari a 42 anni, e l'indice di vecchiaia era pari a 147, nel 2015 tali indicatori sono cresciuti sino a valori, rispettivamente, di quasi 45 anni e di 177 anziani ogni 100 giovani (sino a 14 anni). Quasi il 23% di tutta la popolazione abruzzese è ogni rappresentata da persone di età uguale o superiore a 65 anni.

L'andamento della popolazione nel corso degli ultimi anni ha subito un lento ma progressivo processo di invecchiamento: al primo gennaio 2016, l'indice di invecchiamento¹ della Regione Abruzzo è stato pari al 23%, a fronte di una media nazionale del 22%.

Anche l'Indice di vecchiaia² risulta essere ben oltre la media nazionale: in questo contesto la provincia dell'Aquila è la più "anziana" della Regione Abruzzo (Tab. 3).



¹ L'indice di invecchiamento si ottiene rapportando l'ammontare della popolazione anziana di 65 anni e oltre sul totale dei residenti moltiplicato per cento

² L'indice di vecchiaia si ottiene rapportando l'ammontare della popolazione anziana (65 anni e oltre) alla popolazione più giovane (0-14 anni)



Tabella 3: Indice di Invecchiamento e Indice di vecchiaia al 1 gennaio 2016

	Indice Invecchiamento	Indice di vecchiaia
L'AQUILA	23	190
TERAMO	22,3	173
PESCARA	22,5	167
CHIETI	23,8	190
ABRUZZO	23	180
ITALIA	22	161

Come noto, tale progressivo invecchiamento si deve all'effetto congiunto di due fattori: il progressivo aumento della speranza di vita ed il decremento delle nascite, solo parzialmente compensato dall'arrivo di migranti in gran parte adulti o giovani. Negli ultimi 15 anni, in effetti, in concordanza con il dato nazionale, anche la speranza di vita dei cittadini abruzzesi è cresciuta, passando dai 77,4 e 83,2 anni del 2002 (maschi e femmine, rispettivamente), agli 80,3 e 85,0 anni del 2015. Nell'ultimo anno, tuttavia, per la prima volta da diverse decadi, la speranza di vita alla nascita non è cresciuta.

Relativamente allo stato di salute della popolazione, la Regione Abruzzo ha visto nell'ultima decade un eccezionale calo del tasso di ricovero ospedaliero, per ogni causa e di ogni tipologia, che tuttavia non va interpretato solo come un indice di miglioramento della salute dei cittadini, quanto piuttosto come una risposta alle misure di riordino dei servizi sanitari. Nell'anno 2015, il tasso di ricovero ordinario complessivo è ormai in linea con quello medio italiano (pari a circa 160 ricoveri per 1000 abitanti), e per alcune patologie (diabete e malattie infettive) i tassi di ricovero sono apparsi inferiori alla media nazionale. Al contrario, permangono comunque più elevati rispetto al resto della nazione i tassi di ospedalizzazione per disturbi dell'apparato digerente, traumatismi/avvelenamenti e patologie cardiovascolari. Né i tassi di incidenza di neoplasie, né i tassi di mortalità, che sono sostanzialmente allineati alla media nazionale e stabili, suggeriscono in ogni caso un peggioramento dello stato di salute.

ANALISI DEI CONSUMI E DELL'OFFERTA

I valori dei tassi di consumo di prestazioni, che tengono conto delle differenze relative tra regioni italiane e, all'interno delle stesse, tra Asl diverse sono utili per una corretta programmazione sanitaria (Mattoni SSN - Mattone 5).

Da un precedente rapporto CEIS - SANITA', che aveva analizzato l'assistenza specialistica ambulatoriale in Italia per popolazione pesata, quindi standardizzata per età, erano emersi i seguenti elementi riassunti nella tabella sottostante.

Prestazioni pro-capite - Anno 2006

Regioni	Prestazioni pro-capite	Analisi Chim. Cln. Macrobiol.	Diagnostica per immagini- Radiol. Diagnostica	Diagnostica per immagini- Medicina Nucleare	Diagnostica	Medicina Fisica	Altre prestazioni
Italia	21,91	16,75	0,98	0,05	1,03	1,41	2,72
Abruzzo	20,44	15,50	0,83	0,21	1,05	0,66	3,24

In Abruzzo per quanto riguarda il consumo ed il costo delle prestazioni ambulatoriali nell'anno 2015 come indicati nella Tabella 4, sono stati analizzati il numero di prestazioni complessive e pro-capite ed il relativo costo complessivo e pro-capite a carico dei residenti in Abruzzo. Ogni cittadino abruzzese usufruisce di oltre 14 prestazioni ambulatoriali ogni anno, per un costo complessivo di 150 euro (che include sia la quota a carico dello Stato che la compartecipazione). Il numero ed il costo pro-capite salgono ovviamente al crescere dell'età, arrivando a quasi 35 prestazioni ed oltre 320 euro annui, rispettivamente, nelle persone di età uguale o superiore a 75 anni.

I dati mostrati nella tabella seguente sono riferiti ai consumi di residenti all'interno della Regione, ed a questi vanno aggiunti i consumi effettuati in strutture assistenziali extra-regionali (mobilità passiva), che pesano in media per circa il 5% del totale, in modo uniforme nelle varie fasce d'età.



Tab. 4 Consumi e costo pro-capite di prestazioni ambulatoriali, totali e per fascia d'età, per residenti in Abruzzo – Anno 2015

Fasce d'età (anni)	N. Abitanti	N. totale prestazioni	N. prestazioni pro-capite	Costo totale Prestazioni (€)	Costo medio pro-capite x prestazione	Costo medio pro-capite x cittadino
1: 0-4	53.360	270.466	5,1	3.477.527	12,9	65,2
2: 5-14	115.694	502.971	4,3	5.502.740	10,9	47,6
3: 15-24	126.803	785.083	6,2	8.088.727	10,3	63,8
4: 25-44	343.274	3.030.880	8,8	32.236.874	10,6	93,9
5: 45-64	382.979	5.151.965	13,5	61.189.288	11,9	159,8
6: 65-74	142.851	4.241.039	29,7	46.811.544	11	327,7
7: 75+	161.552	5.531.624	34,2	54.173.037	9,8	335,3
Totale	1.326.513	19.514.028	14,7	211.479.738	10,8	159,4

In Abruzzo, negli ultimi anni le disposizioni che indirizzano alla riduzione dei ricoveri e alla qualificazione dell'attività specialistica sono state numerose. Nell'anno 2015 si assiste, infatti, ad un aumento considerevole del numero di prestazioni erogate per quasi tutte le tipologie di prestazione, ad eccezione dell'odontoiatria in cui si registra una diminuzione delle prestazioni del 48%. Le prestazioni pro capite, a livello regionale, passano dal 12,87 nel 2013 al 14,71 nel 2015 (tab.5).

Tab 5 Consumi e prestazioni pro-capite, per i residenti in Abruzzo – Anno 2013 - 2015

Raggruppamento	N° PRESTAZIONI - 2013*	prestazione pro-capite 2013	N° PRESTAZIONI - 2015	prestazione pro-capite 2015
branca a visita	3.290.552	2,48	3.808.585	2,87
Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	12.316.945	9,29	13.888.520	10,47
Medicina fisica e riabilitativa FKT	445.730	0,34	691.365	0,52
Medicina Nucleare	77.363	0,06	77.697	0,06
Odontoiatria	10.405	0,01	5.426	0,00
Radiologia diagnostica	933.949	0,70	1.042.435	0,79
NULL	125.146			
TOTALE	17.200.090	12,87	19.514.028	14,71

Nella tabella seguente è riportato l'indice di consumo (rapporto tra le prestazioni utilizzate dai cittadini della provincia e la popolazione di riferimento) per 1.000 abitanti.

Tab. 6 Indice di consumi pesato per 1.000 abitanti per area provinciale (Anno 2015)

Raggruppamento		ASL1 (304.998)	ASL2 (395.433)	ASL3 (318.894)	ASL4 (307.187)	Totale regionale (1.326.513)
branca a visita ¹	consumi	913.263	1.113.003	934.282	847.047	3.802.585
	Indice di consumo per 1.000 ab.	2.994	2.817	2.930	2.757	2.871
Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	consumi	3.392.588	3.968.200	3.175.132	3.352.600	13.888.520
	Indice di consumo per 1.000 ab.	11.123	10.035	9.957	10.914	10.470
Medicina fisica e riabilitativa FKT	consumi	254.040	115.125	237.784	84.416	691.365
	Indice di consumo per 1.000 ab.	833	291	746	275	521
Medicina Nucleare	consumi	16.489	22.936	23.711	14.561	77.697
	Indice di consumo per 1.000 ab.	54	58	74	47	59
Odontoiatria	consumi	475	2.299	1.689	963	5.426
	Indice di consumo per 1.000 ab.	2	6	5	3	4
Radiologia diagnostica	consumi	224.776	331.743	253.088	232.828	1.042.435
	Indice di consumo per 1.000 ab.	737	839	794	758	786

La tabella evidenzia una grande diversità nel ricorso alla specialistica ambulatoriale per la medicina fisica e riabilitativa, mentre per le altre prestazioni il consumo risulta omogeneo in tutte e quattro le Asl. In particolare per la medicina fisica e riabilitativa si registra un consumo di prestazioni più elevato nelle Asl di Avezzano Sulmona L'Aquila e Pescara (rispettivamente 833 e 746 prestazioni per 1.000 abitanti), mentre nelle Asl di Lanciano Vasto Chieti e Teramo il consumo di prestazioni per 1.000 abitanti è nettamente inferiore: 291 e 275 prestazioni per 1000 abitanti.

Complessivamente, a livello regionale, si registrano 91.365 prestazioni per la medicina fisica e riabilitativa pari a 521 prestazioni per 1.000 abitanti. Le prestazioni ambulatoriali³, in Abruzzo, sono erogate sia dalle Aziende Sanitarie pubbliche a livello distrettuale e ospedaliero, sia dagli erogatori privati accreditati. In particolare per questi ultimi, l'offerta attuale nella regione Abruzzo, rilevata dalla produzione (File C anno 2015), è rappresentata da n. 280 punti di offerta⁴ regionali, ed in particolare: 175 punti di offerta per le branche a visita, 24 FKT, 60 laboratori analisi, 1 medicina nucleare, 2 odontoiatrie e 18 radiologie.

Il DCA n. 73 del 15/7/2016 e s.m.l., regola i rapporti in materia di prestazioni della rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata o provvisoriamente accreditata per l'anno 2016.



³ Fonte dati: Il File C- anno 2015 - trasmesso dal Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare in data 12 luglio 2016 con nota Prot. n. RA20160162032.

⁴ I punti di offerta corrispondono alla tipologia di prestazione erogata nella struttura e sono legati al codice prestazione del Nomenclatore Tariffario Regionale



Gli erogatori privati accreditati che nell'anno 2015 hanno erogato prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale, come si evince dal DCA 73/2016, sono così ripartiti (Tab.7):

- ✓ n° 54 Laboratori di analisi⁵
- ✓ n° 9 Case di Cura
- ✓ n° 20 Stabilimenti di fisioterapia
- ✓ n° 7 Studi di Radiologia
- ✓ n° 5 Branca a visita

Tab.7 Punti di erogazione privati

Strutture	Asl 1 Avezzano Sulmona L'Aquila	Asl 2 Lanciano Vasto Chieti	Asl 3 Pescara	Asl 4 Teramo	Totale Regionale
Case di Cura	5	2	2	0	9
Laboratori analisi	6	23	19	6	54
Centri FKT	8	3	8	1	20
Centri di Radiologia	1	2	3	1	7
Branca a Visita	0	3	2	0	5
totale	20	33	34	8	95

La rappresentatività degli erogatori privati in ambito aziendale presenta notevoli differenze, come si evidenzia nella tabella sopra riportata.

Nella Asl di Lanciano-Vasto-Chieti e di Pescara il numero dei Laboratori è più elevato rispetto alle altre Asl (rispettivamente 23 e 19), mentre per quanto concerne i Centri di Fisioterapia c'è una prevalenza di tali strutture nelle Asl di Avezzano Sulmona L'Aquila e di Pescara (8 centri di FKT per ciascuna Asl), rispetto alla Asl di Teramo, in cui insiste una sola Struttura. I punti di offerta pubblici, intesi come punti di erogazione rilevati dalla produzione (File C anno 2015), sono in totale 331 ed in generale la distribuzione della densità dell'offerta, evidenzia che le province di Chieti e dell'Aquila sono più dotate di strutture erogative rispetto alle altre province. Sul versante opposto si colloca la provincia di Teramo con 55 punti di erogazione (Tab.8).



⁵ Di cui: Consorzio BIOFLEMAN (DCA8/2016); Consorzio GRADAN(DCA 53/2016); Consorzio VALLE PELIGNA- VALLE SANGRO (DCA 67/2016); Consorzio ATQ (DCA 7/2016)

Tab.8 Punti di erogazione per branca – pubblici anno 2015

BRANCA	Asl 1 Avezzano Sulmona L'Aquila	Asl 2 Lanciano Vasto Chieti	Asl 3 Pescara	Asl 4 Teramo	Totale Regionale
BRANCA VISITA	33	35	23	17	108
FKT	9	16	10	8	43
LABORATORIO ANALISI	29	29	20	11	89
MEDICINA NUCLEARE	2	2	1	1	6
ODONTOIATRIA	8	9	10	9	36
RADIOLOGIA	9	18	13	9	49
Totale	90	109	77	55	331

Le strutture che hanno erogato prestazioni di specialistica ambulatoriale nel 2015 sono in totale 426 di cui il 78% pubbliche ed il 22% private.

La densità di offerta per 100.000 abitanti data dal rapporto tra le strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale e la popolazione residente nella provincia in cui sono ubicate le strutture è risultata al di sopra della media regionale in tre Aziende Sanitarie. In particolare, con 36 punti di erogazione per 100.000 abitanti, nella Asl di Avezzano Sulmona L'Aquila e Lanciano Vasto Chieti e 34 punti di erogazione nella Asl di Pescara, mentre si colloca al di sotto della media regionale con 20 punti di erogazione per 100.000 abitanti la Asl di Teramo (Tab.9).

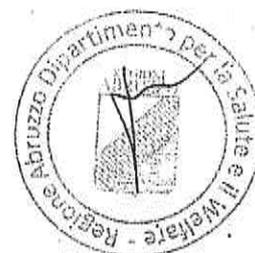
Tab. 9 Densità di offerta per 100.000 abitanti

ASL	Popolazione istat al 1.1.2016	Punti di offerta (pubblico e privato)	densità dell'offerta per 100.000 ab
ASL1	303.239	110	36
ASL2	390.962	142	36
ASL3	321.973	111	34
ASL4	310.339	63	20
totale regionale	1.326.513	426	32

La domanda espressa e soddisfatta nell'anno 2015 dai residenti della regione Abruzzo, sia dalle strutture pubbliche che dalle strutture private, si attesta su 19.514.028 prestazioni, a carico del SSR, per un valore complessivo di 211.479.733,56 euro⁶.



⁶ Fonte dati: Il File C- anno 2015 - trasmesso dal Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare in data 12 luglio 2016 con nota Prot. n. RA20160162032.



Tab.10 Analisi del consumo di prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private per branca specialistica- anno 2015

branca	L'AQUILA Totale	CHIETI Totale	PESCARA Totale	TERAMO Totale	TOTALE REGIONALE
Altre Prestazioni	447.611	577.419	510.138	418.050	1.953.218
Anestesia	673	207	2.749	6.566	10.195
Cardiologia	81.193	87.957	80.086	90.527	339.763
Chirurgia	5.963	8.696	13.808	6.050	34.517
Chirurgia Plastica	5.954	6.453	9.691	2.812	24.910
Chirurgia vascolare	510	299	745	691	2.245
Dermatologia	21.708	17.558	18.030	16.853	74.149
Endocrinologia	809	823	1.028	760	3.420
Fisioterapia	254.040	115.125	237.784	84.416	691.365
Gastroenterologia	18.250	20.277	15.495	12.001	66.023
Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	3.392.588	3.968.200	3.175.132	3.352.600	13.888.520
Medicina Nucleare	2.949	3.140	2.552	1.912	10.553
Nefrologia	31.575	82.160	49.287	64.742	227.764
Neurochirurgia	197	154	48	210	609
Neurologia	50.208	48.252	38.555	32.537	169.600
Oculistica	54.189	57.395	57.376	43.838	212.798
Odoniostomatologia	475	2.299	1.689	963	5.426
Oncologia	1.538	15.564	1.284	15.548	33.934
Ortopedia	126.557	100.098	54.031	60.541	341.225
Ostetricia e Ginecologia	20.367	29.917	21.997	24.701	96.982
Otorinolaringoiatria	11.227	17.001	12.697	10.656	51.581
Pneumologia	11.022	16.085	16.384	10.876	54.367
Psichiatria	9.325	7.047	15.350	17.113	48.835
Radiologia	224.776	331.743	253.088	232.828	1.042.435
Radioterapia	13.540	19.796	21.159	12.649	67.144
Urologia	14.389	20.833	15.503	11.925	62.450
Totale complessivo	4.801.631	5.554.296	4.625.686	4.532.415	19.514.028

*Sono compresi in "Altre prestazioni" i seguenti codici prestazione: 89.7 -89.01 -96.59 -93.82.1 -99.12 -99.14.1 -89.07 -93.82.2

Per una corretta stima di fabbisogno provinciale di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, si è proceduto con l'analisi dell'offerta e della sua distribuzione sul territorio regionale. In particolare sono stati analizzati i dati relativi alle prestazioni ambulatoriali, stratificati per tipologia di branca specialistica per singola Azienda Sanitaria.

Dall'analisi della produzione, pubblico e privato accreditato o provvisoriamente accreditato, è emersa una ripartizione pressoché omogenea in tutte le province fatta eccezione per la provincia di Chieti che, nel 2015, ha prodotto per i propri residenti circa 750 mila prestazioni in più rispetto ai residenti della provincia dell'Aquila, circa 900 mila prestazioni in più rispetto alla provincia di Pescara e oltre 1 milione di prestazioni in più rispetto alla provincia di Teramo.

Per i problemi legati alla classificazione in branche e alla presenza di prestazioni "altre" non inquadrabili in alcuna branca, si è proceduto ad analizzare i dati dell'offerta in forma più aggregata, con il raggruppamento delle branche in sei

gruppi o macro aggregati, che conservano un corretto elemento informativo (Tab. 11 e 11 bis).

Tab. 11: Descrizione Branca

N° Progressivo	Descrizione Branca
1	Altre Prestazioni
2	Anestesia
3	Cardiologia
4	Chirurgia
5	Chirurgia Plastica
6	Chirurgia vascolare
7	Dermatologia
8	Endocrinologia
9	Fisioterapia
10	Gastroenterologia
11	Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche
12	Medicina Nucleare
13	Nefrologia
14	Neurochirurgia
15	Neurologia
16	Oculistica
17	Odontostomatologia
18	Oncologia
19	Ortopedia
20	Ostetricia e Ginecologia
21	Otorinolaringoiatria
22	Pneumologia
23	Psichiatria
24	Radiologia
25	Radioterapia
26	Urologia

Tab. 11bis: Raggruppamento per macro aggregati

Raggruppamento Branca	N° Progressivo
Branca a visita	1,2,3,4,5,6,7,8,10,13,14,15,16,18,19,20,21,22,23,26
Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	11
Medicina fisica e riabilitativa FKT	9
Medicina Nucleare	12, 25
Odontoiatria	17
Radiologia diagnostica	24



Prendendo a riferimento il valore complessivo delle prestazioni erogate nella regione Abruzzo dalle strutture pubbliche e private, accreditate o provvisoriamente accreditate, per un numero di 19.514.028, ripartito nelle 6 branche aggregate, si evince una percentuale più elevata nel numero delle



prestazioni, e di conseguenza nel costo, dell'offerta privata rispetto a quella pubblica, in particolare per la medicina fisica e riabilitativa (Tab.12).

Tab. 12 Analisi del consumo prestazioni regionali (pubblico e privato) – anno 2015 – per macro aggregati

raggruppamento	N° PRESTAZIONI PUBBLICO	N° PRESTAZIONI PRIVATO	TOTALE
branca a visita	3.518.331	290.254	3.808.585
Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	11.825.643	2.062.877	13.888.520
Medicina fisica e riabilitativa FKT	333.854	357.511	691.365
Medicina Nucleare	73.915	3.782	77.697
Odontoiatria	3.524	1.902	5.426
Radiologia diagnostica	843.652	198.783	1.042.435
TOTALE	16.598.919	2.915.109	19.514.028

ANALISI DEL FABBISOGNO REGIONALE. PERCORSO METODOLOGICO

Il Piano Sanitario Regionale 2008/2010 (L.R. n.5/2008) non individua parametri utili alla determinazione dell'entità del fabbisogno regionale e aziendale, relativamente alle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale.

In assenza di standard e indicatori consolidati, sia nazionali che regionali, la stima del fabbisogno di prestazioni si è sviluppata in particolare prendendo a riferimento alcune direttrici:

- Analisi dei dati di consumo della popolazione per macro aggregati, con particolare riferimento all'anno 2015.
- Definizione del fabbisogno provinciale in relazione all'esigenza di:
 - a) Facilitare l'accesso ai cittadini garantendo adeguate condizioni di accessibilità alle prestazioni anche alla popolazione residente in territori decentrati
 - b) Rispettare i tempi di attesa per le diverse prestazioni
 - c) Coniugare i volumi di prestazioni con i requisiti di appropriatezza clinica ed erogativa.

L'elaborazione dei dati relativi alla produzione (file C) ricondotta al Nomenclatore Tariffario Regionale, come da Decreto Commissariale n.12/2013 modificato ed integrato dal Decreto Commissariale n.45/2013, ha rilevato alcune criticità, peraltro già evidenziate in altri studi, relativamente alla difficoltà di associare in modo univoco la prestazione alla relativa branca di appartenenza.

A titolo di esempio il colordoppler transcranico (88.71.3) può afferire alle branche di cardiologia, chirurgia vascolare, neurologia e radiologia.

Per avere, quindi, una informazione più completa possibile dell'offerta regionale a favore dei residenti abruzzesi, la base dati utilizzata per l'analisi è rappresentata dal volume delle prestazioni rilevate nel File C, in considerazione del fatto che tale flusso informativo permette una rilevazione delle prestazioni effettivamente erogate dalle Strutture pubbliche e private.

La scelta, peraltro già adottata in altre realtà regionali, è motivata dalla considerazione che il file C è l'unico flusso informativo ministeriale ad oggi disponibile con un notevole grado di accuratezza. I dati relativi all'art 50, anno 2015, risultano infatti solo parzialmente alimentati rispetto al file C (rispettivamente 16.496.969 prestazioni contro 19.514.028 del file C).

Inoltre per avere una ripartizione delle prestazioni raggruppate in sei macro aggregati (laboratorio analisi cliniche e microbiologiche, Medicina fisica e riabilitativa FKT, Medicina Nucleare, Odontoiatria, Radiologia diagnostica e Branche a visita) si è proceduto con l'associazione univoca della prestazione rispetto alla relativa branca di appartenenza.

Il procedimento utilizzato per la definizione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale, risultato anche di una ricerca comparativa sulle diverse metodologie adottate nelle regioni italiane e dell'approccio di analisi del progetto Mattone 5, ha l'obiettivo di perseguire un riequilibrio della produzione complessiva, anche nell'ottica di un recupero della mobilità passiva e di una maggiore appropriatezza prescrittiva.

In considerazione che è ormai acquisito, in tutti gli studi, un netto collegamento tra il tasso di consumo di prestazioni, la tipologia di prestazioni e le fasce di età, nella prima parte del lavoro si è assunto come valore di partenza il volume della produzione con il passaggio delle seguenti fasi:

1. Si è considerato il volume delle prestazioni rese dal pubblico e dal privato, nell'anno 2015, a favore dei residenti della regione Abruzzo
2. Si è suddiviso il valore di cui al punto 1 per la popolazione residente ottenendo, per provincia e per branca, il numero delle prestazioni pro-capite
3. Si è calcolato il numero medio regionale di prestazioni pro-capite e si è assunto come valore di riferimento

4. Si è moltiplicato il valore di cui al punto 3 per la popolazione pesata di ciascuna provincia ottenendo il fabbisogno teorico di prestazioni per popolazione residente pesata per ciascuna branca.

Il fabbisogno pro capite regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, calcolato sul numero delle prestazioni erogate dalle strutture che operano sul territorio abruzzese, è indicativamente attribuito secondo i seguenti parametri:

Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	10,5/prestazioni per residente
Medicina fisica e riabilitativa FKT	0,5/prestazioni per residente
Medicina Nucleare	0,1/prestazioni per residente
Odontoiatria	0,004/prestazioni per residente
Radiologia diagnostica	0,8/prestazioni per residente
Branche a visita	2,9/prestazioni per residente

Ai fini del calcolo del fabbisogno teorico si è proceduto ad una valutazione omogenea del territorio. La popolazione è stata, infatti, pesata secondo il sistema dei pesi ministeriali per fasce di età come di seguito riportato: 0 - <1 anno=0,389; 1 - 4 anni=0,221; 5 - 14 anni=0,279; 15 - 24 anni=0,39 25 - 44 anni=0,65; 45 - 64 anni=1,156; 65 - 74 anni=2,177; 75+ anni=2,074 (Conferenza Stato Regioni del 14 aprile 2016).

Il fabbisogno teorico totale è stato riproporzionato per ciascuna branca, sulla base della percentuale di prestazioni erogate per i residenti delle singole province nell'anno 2015, ottenendo il fabbisogno teorico provinciale per tipologia di branca specialistica (Tab. 13).



Tab. 13 – Fabbisogno di prestazioni per popolazione pesata e per provincia

BRANCA	FABBISOGNO TEORICO				
	L'AQUILA	CHIETI	PESCARA	TERAMO	REGIONE
Altre Prestazioni	411.445	628.278	529.697	395.360	1.964.780
Anestesia	616	226	2.889	6.200	9.911
Cardiologia	76.313	92.298	81.152	86.896	336.659
Chirurgia	5.484	9.413	14.407	5.715	35.018
Chirurgia Plastica	5.471	7.041	10.108	2.661	25.278
Chirurgia vascolare	475	323	774	655	2.227
Dermatologia	21.311	19.180	18.817	15.914	75.221
Endocrinologia	760	888	1.065	720	3.433
Fisioterapia	254.503	110.846	220.848	82.718	668.915
Gastroenterologia	18.940	21.279	15.302	11.789	65.310
Laboratorio Analisi e Microbiologiche	3.152.511	4.137.295	3.230.847	3.387.369	13.908.022
Medicina Nucleare	2.091	3.434	2.665	1.805	10.595
Nefrologia	28.809	89.856	51.434	61.135	231.234
Neurochirurgia	180	166	48	205	599
Neurologia	47.806	50.860	39.089	32.177	169.938
Occhistica	49.771	61.759	59.002	41.538	212.070
Odontostomatologia	433	2.183	1.665	914	5.196
Oncologia	1.403	17.021	1.341	14.682	34.447
Ortopedia	125.690	101.795	50.948	67.591	338.024
Ostetricia e Ginecologia	18.588	32.719	22.934	23.326	97.607
Otorinolaringoiatria	10.341	18.165	13.197	10.065	51.769
Pneumologia	10.072	17.966	16.901	10.333	54.672
Psichiatria	8.510	7.885	15.936	18.227	48.359
Radiologia	210.934	343.264	252.570	229.513	1.036.281
Radioterapia	12.355	21.595	21.483	11.948	67.381
Urologia	13.335	22.185	16.055	11.506	63.081
Totale complessivo	4.486.757	5.817.127	4.691.182	4.518.962	19.514.028

Nella tabella seguente, le branche sono state raggruppate in sei macro aggregati per ottenere una visione sintetica del fabbisogno. (Tab.14).

Tab. 14 – Fabbisogno prestazioni per provincia suddivisi per macro aggregati (pubblico e privato)

BRANCA	L'Aquila	Chieti	Pescara	Teramo	Totale Regionale
branca a visita	853.330	1.198.509	961.104	804.694	3.817.637
Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	3.152.511	4.137.295	3.230.847	3.387.369	13.908.022
Medicina fisica e riabilitativa PKI	254.503	110.846	220.848	82.718	668.915
Medicina Nucleare	15.046	25.029	24.148	13.754	77.977
Odontoiatria	433	2.183	1.665	914	5.196
Radiologia diagnostica	210.934	343.264	252.570	229.513	1.036.281
TOTALE	4.486.757	5.817.127	4.691.182	4.518.962	19.514.028

Nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali meritano particolare attenzione "le prime visite specialistiche" (cod. 89.7). Il Codice 89.7 identifica la visita generale - Visita specialistica ad esclusione della visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02).

La prima visita è quella in cui il problema clinico del paziente è affrontato per la prima volta ma include anche la visita di un paziente noto per una patologia cronica che presenta un nuovo problema clinico.



Nel lavoro di elaborazione si è ritenuto opportuno dettagliare la prima visita, fino ad ora prevista con un codice generale, in relazione alle singole branche specialistiche presenti nel Nomenclatore Tariffario, sia al fine di una ripartizione delle prestazioni erogate a favore dei cittadini abruzzesi all'interno delle relative branche sia al fine di una definizione puntuale del fabbisogno.

In particolare sono state considerate le visite codificate 89.7 al fine di determinare un fabbisogno per singola tipologia di visita (Tab. 15).

Il fabbisogno rilevato in ambito provinciale è stato ripartito in modo proporzionale rispetto alla popolazione pesata di ciascun ambito provinciale, al fine della determinazione del fabbisogno per residenti.

Tab. 15 Fabbisogno rilevato in ambito provinciale disaggregato per ciascuna tipologia di visita

CODICE	VISITA	BRANCA	Fabbisogno aziendale			
			ASL AQ	ASL CH	ASL PE	ASL TE
89.7	VISITA CARDIOLOGICA	CARDIOLOGIA	15123	26016	29742	8604
89.7	VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	CHIRURGIA VASCOLARE	3129	4032	1950	2352
89.7	VISITA ENDOCRINOLOGICA	ENDOCRINOLOGIA	4364	9936	7598	6012
89.7	VISITA ORTOPEDICA	ORTOPEDIA	11929	17088	13002	9180
89.7	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	OTORINOLARINGOIATRIA	11821	19536	13161	12696
89.7	VISITA UROLOGICA	UROLOGIA	6988	10992	8268	7572
89.7	VISITA DERMATOLOGICA	DERMATOLOGIA	12641	19632	13515	12864
89.7	VISITA FISIATRICA	FISIOTERAPIA	7019	4464	6621	9720
89.7	VISITA GASTROENTEROLOGICA	GASTROENTEROLOGIA	3003	1488	2133	1104
89.7	VISITA ONCOLOGICA	ONCOLOGIA	2602	3504	956	1776
89.7	VISITA PNEUMATOLOGICA	PNEUMOLOGIA	3850	6384	2560	4020
<i>Popolazione pesata al 01 gennaio 2016</i>						

Si precisa che il fabbisogno, disaggregato per ciascuna tipologia di visita, rappresenta una quota parte del fabbisogno teorico stimato per la relativa branca di appartenenza.



Tab. 16 Fabbisogno aziendale ripartito per popolazione pesata

CODICE	VISITA	BRANCA	Ripartito per popolazione pesata per provincia				Totale ¹
			AQ	CH	PE	TE	
89.7	VISITA CARDIOLOGICA	CARDIOLOGIA	18275	23894	19108	18407	79485
89.7	VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	CHIRURGIA VASCOLARE	2636	3417	2756	2655	11463
89.7	VISITA ENDOCRINOLOGICA	ENDOCRINOLOGIA	6417	8320	6710	6463	27910
89.7	VISITA ORTOPEDICA	ORTOPEDIA	11772	16262	12908	11856	61199
89.7	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	OTORINOLARINGOIATRICA	13155	17056	13754	13249	57214
89.7	VISITA UROLOGICA	UROLOGIA	7776	10082	8130	7832	33820
89.7	VISITA DERMATOLOGICA	DERMATOLOGIA	13486	17484	14100	13582	58652
89.7	VISITA FISIATRICA	FISIOTERAPIA	6397	8294	6689	6443	27824
89.7	VISITA GASTROENTEROLOGICA	GASTROENTEROLOGIA	1777	2304	1858	1790	7728
89.7	VISITA ONCOLOGICA	ONCOLOGIA	2032	2835	2125	2047	8838
89.7	VISITA PNEUMATOLOGICA	PNEUMOLOGIA	3866	5012	4042	3894	16814
Popolazione pesata al 01 gennaio 2016			304.998	395.433	318.894	307.187	1.326.513

¹ Il fabbisogno, disaggregato per ciascuna tipologia di visita, rappresenta una quota parte del fabbisogno teorico stimato per la branca a visita

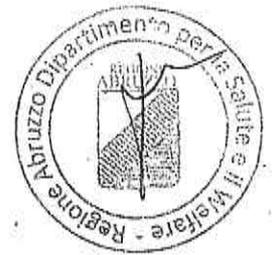
Nel percorso metodologico, sin qui illustrato, il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale ha tenuto conto del consumo di prestazioni a favore dei residenti.

I risultati dello studio rappresentano una base per la fase successiva, che ha l'obiettivo di definire uno standard di riferimento regionale per i tassi di consumo, attraverso un'analisi a livello di sistema.

In linea con i risultati del lavoro del Mattone 5 del Ministero della Salute, che ha evidenziato come il valore degli standard deve tener conto di un concetto di relatività, l'obiettivo programmatico di una corretta e completa determinazione del fabbisogno teorico ha reso necessario l'applicazione di alcuni fattori "correttivi", di seguito elencati:

- Mobilità passiva extra-regionale
- Prestazioni richieste ed in attesa di erogazione (liste di attesa)
- Prestazioni ambulatoriali derivanti dagli accessi in pronto soccorso (EMUR)
- Prestazioni erogate a totale carico del cittadino (foregone care)





MOBILITA' PASSIVA EXTRA REGIONALE

I residenti che nell'anno 2013⁷ (ultimo dato disponibile) hanno trovato assistenza fuori regione (mobilità passiva) hanno generato in totale 966. 579 prestazioni per una spesa complessiva di 26.768.871 milioni di euro.

E' emersa una marcata differenza tra gli abitanti delle quattro province abruzzesi che chiedono assistenza fuori regione (414.837 abitanti residenti nella provincia di Teramo contro i 109.194 abitanti della provincia di Pescara), confermando come la variabilità dei dati relativi alle Asl di residenza della mobilità interregionale contribuisce a giustificare il relativo effetto sui dati di consumo.

Tab.17 Analisi della mobilità passiva – anno 2013

Brancha	PASSIVA - ANNO 2013				TOTALE REGIONALE
	L'AQUILA	CHIETI	PESCARA	TERAMO	
Altro Prestazioni	22.425	16.734	9.818	35.715	84.691
Anestesia	205	720	582	502	2.008
Cardiologia	4.104	4.882	2.208	7.904	19.098
Chirurgia	275	282	161	429	1.147
Chirurgia Plastica	451	390	313	1.152	2.306
Chirurgia vascolare	111	145	37	283	576
Dermatologia	647	821	530	1.365	3.367
Endocrinologia	155	104	101	179	539
Fisioterapia	7.607	3.666	1.151	9.036	21.459
Gastroenterologia	554	711	479	5.500	7.244
Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	152.385	122.676	75.663	276.188	626.912
Medicina Nucleare	1.531	1.296	429	1.085	4.341
Nefrologia	3.910	3.269	1.199	5.319	13.698
Neurochirurgia	50	51	122	845	1.069
Neurologia	4.717	3.540	1.423	3.438	13.126
Oculistica	2.459	3.649	1.400	8.843	16.351
Odontoiatria	844	463	267	627	2.202
Oncologia	1.184	1.172	317	972	3.644
Ottopedia	2.306	1.073	702	2.591	6.674
Obstetricia e Ginecologia	1.401	1.353	802	1.930	7.486
Otorinolaringoiatria	850	1.203	481	1.279	3.794
Pneumologia	926	618	600	1.511	2.655
Psichiatria	665	475	354	962	2.457
Radiologia	15.786	25.163	7.119	37.674	85.752
Radioterapia	5.798	15.339	2.527	5.168	28.832
Urologia	785	616	470	2.341	4.152
Totale complessivo	232.121	210.427	109.194	414.837	966.579

Nella tabella seguente, le prestazioni sono state raggruppate in sei macro aggregati per ottenere un quadro sinottico del consumo di prestazioni in strutture extra regionali da parte degli abruzzesi: tali consumi determinano una domanda

⁷ Fonte dati: La Mobilità passiva anno 2013 è stata trasmessa dal Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare in data 12 luglio 2016 con nota Prot. n. RA20160162032

espressa e non soddisfatta e generano, pertanto, una parte del fabbisogno aggiuntivo per provincia di residenza (Tab.18).

Tab. 18 – Fabbisogno aggiuntivo per prestazioni erogate in strutture extra regionali

BRANCA	PASSIVA				totale
	L'AQUILA	CHIETI	PESCARA	TERAMO	
Branche a visita	48.160	41.821	22.039	85.060	197.081
Fisioterapia	7.607	3.666	1.151	9.036	21.459
Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	152.385	122.676	75.663	276.188	626.912
Medicina Nucleare	7.329	16.636	2.956	6.253	33.173
Odontoiatria	844	465	267	627	2.202
Radiologia Diagnostica	15.796	25.163	7.119	37.674	85.752
Totale complessivo	232.121	210.427	109.194	414.837	966.579

LISTE DI ATTESA

I tempi di attesa rappresentano l'indicatore più ovvio dello stato di equilibrio tra la domanda e capacità produttiva. Le liste di attesa rappresentano, pertanto una valutazione quantitativa della domanda espressa ma non soddisfatta, ovvero le prestazioni richieste dai residenti abruzzesi ed in attesa di erogazione.

La Regione Abruzzo, con Decreto Commissariale n°60/2015 ha approvato il Piano Operativo Regionale per il contenimento delle liste d'attesa che, nel recepire le indicazioni fornite dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), demanda alle Direzioni Generali l'adozione dei Piani Attuativi Aziendali. Dall'analisi dei dati contenuti nei Piani si è evidenziato che le prestazioni critiche indicate dalle Aziende Sanitarie Regionali, per le quali risulta una domanda insoddisfatta, sono principalmente le visite cardiologiche, le visite oculistiche, le visite dermatologiche, le ecografie addome, l'elettrocardiogramma, la mammografia e l'ecodoppler dei tronchi sovra aortici. In particolare per queste ultime due si registrano le maggiori criticità in termini assoluti di attesa.

Allo scopo di meglio definire il dimensionamento del fabbisogno, finalizzato ad individuare le aree prioritarie di intervento per il potenziamento dell'offerta, le rilevazioni sono state condotte con diverse variabili. Le 43 prestazioni del PNGLA sono state individuate in conformità a quelle indicate al punto 3) dell'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa.

Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, i tempi massimi di attesa devono essere garantiti al 90% degli utenti che ne fanno richiesta presso le

strutture erogatrici delle ASL e la differenziazione dei tempi di attesa è stata individuata in relazione alla "classe di priorità" di appartenenza.

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, in ottemperanza alla DGR 575/2011, si basa sulla rilevazione effettuata in due settimane indice, stabilite a livello nazionale, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni.

Dall'elaborazione dei dati riferiti alla settimana indice dell'aprile 2016, è stato possibile analizzare il quadro generale dell'offerta di prestazioni in termini di attesa per singola ASL.

Pur con i limiti che un unico valore indice renda ragione dell'entità completa del fenomeno delle liste di attesa, per evitare che la dilatazione dei tempi di offerta non risponda all'effettivo bisogno di salute, l'obiettivo programmatico per le prestazioni ha preso in considerazione, in linea con alcune Regioni Benchmark⁸, l'indice di performance ossia il numero di prenotazioni offerte entro il tempo massimo di 30 o 60 giorni (a seconda che si tratti di visita o di prestazioni di diagnostica).

Per questo delle 43 prestazioni oggetto di monitoraggio sono state conteggiate:

- Tutte le prestazioni in classe P (programmata)
- Visite in classe D (differita) > 30 giorni di attesa
- tutte le altre prestazioni strumentali in classe D (differita) > 60 giorni di attesa

Le prestazioni così ottenute sono state ricondotte all'intero anno, moltiplicando i dati relativi alla settimana indice per 48 settimane.

Per la definizione del fabbisogno teorico, le 43 prestazioni oggetto di analisi sono state ricondotte all'interno delle relative branche di appartenenza e distribuite proporzionalmente in base alla popolazione provinciale pesata.

Al fine di assicurare ai cittadini residenti prestazioni sanitarie in tempi adeguati ai problemi clinici presentati, nel rispetto del diritto alla tutela della salute, è stato così stimato un fabbisogno regionale aggiuntivo di 830.736 prestazioni complessive (Tab.19).

⁸ Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002: Emilia Romagna

Tale stima risulta, peraltro, essere in linea con le criticità evidenziate dalle Aziende Sanitarie Locali all'interno dei Piani Attuativi Aziendali per il contenimento dei tempi di attesa, redatti nel mese di luglio 2016.

In particolare dalle indicazioni dei Piani è emersa una carenza diffusa su tutto il territorio regionale di prestazioni radiologiche (TAC, RMN e mammografia), di visite di chirurgia vascolare e di ecocolordoppler.

Si sono altresì evidenziate criticità relative a prestazioni di visita dermatologica, visita oculistica, visita gastroenterologica e di gastroscopia/colonscopia.

Tab.19 – Fabbisogno aggiuntivo per prestazioni oggetto di monitoraggio delle liste di attesa

branca	EKANTE				TOTALE
	CHIETI	L'AQUILA	PESCARA	TERAMO	
Branche a visita	194.070	149.687	156.506	150.761	651.024
Radiologia Diagnostica	53.572	41.320	43.203	41.617	179.712
Totale complessivo	247.642	191.007	199.709	192.378	830.736

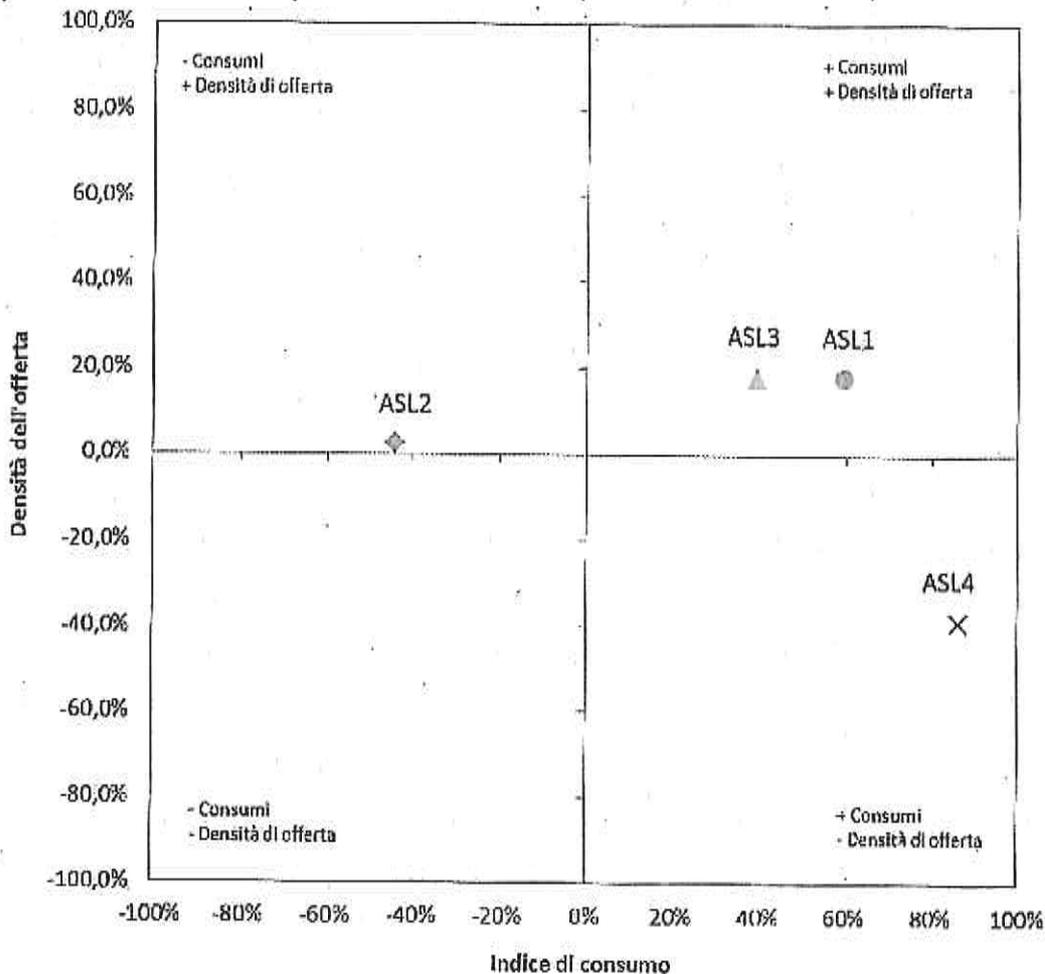
Inoltre, in considerazione delle criticità rilevate dalle Aziende Sanitarie è emersa la necessità di procedere ad uno studio più approfondito per stimare il fabbisogno aggiuntivo di punti di erogazione per prestazioni di FKT, al fine di favorire i percorsi di accesso alle prestazioni di FKT erogate dalle strutture esistenti nel territorio, di ridurre i tempi di attesa ed ottimizzare qualitativamente le prestazioni di FKT erogate ai pazienti residenti nel territorio abruzzese.

Dal Rapporto CEIS 2008 è emerso che nel 2006 in Italia si registrano in media 1.4 prestazioni di medicina fisica contro lo 0.67 registrato in Abruzzo. Dai dati sui consumi regionali è emersa una ulteriore riduzione nel 2013, pari a 0.34 prestazioni pro capite, per attestarsi nel 2015 su 691.365 prestazioni regionali pari allo 0.52 prestazioni pro capite.

Come si evince dal grafico di seguito riportato si evidenzia una correlazione tra l'indice di consumo, calcolato sui residenti abruzzesi compreso di mobilità passiva, e la densità d'offerta.

Dalle analisi si evidenziano differenze significative sul territorio per le prestazioni di FKT, in particolare è emersa una correlazione tra la densità di offerta ed un più elevato numero di prestazioni erogate nella Asl di Avezzano Sulmona L'Aquila e di Pescara mentre si registra nella Asl di Teramo una minore densità di strutture in rapporto ad un bisogno più elevato di prestazioni.

· Variabilità per ASL indice di consumo e della densità dell'offerta: scostamenti % rispetto alla media (Prestazioni di FKT)



Per poter avere una indicazione del valore medio della densità dell' offerta delle strutture è stata rapportata la popolazione abruzzese pesata al numero di strutture per FKT. La media regionale è pari a 4.7 strutture per 100.000 abitanti. Nella Regione Abruzzo tutte le Aziende Sanitarie risultano al di sopra della media fatta eccezione della Asl di Teramo che si attesta sul 2.9 per 100.000 abitanti (popolazione pesata).

L'analisi della dotazione e della distribuzione dei punti di erogazione per prestazioni di FKT permette di introdurre un ulteriore fattore correttivo: l'applicazione della densità media regionale (4.7 per 100.000 abitanti) alla popolazione della Asl di Teramo da cui scaturisce un fabbisogno aggiuntivo di punti di erogazione pari a 5 unità.

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO (EMUR)

Una analisi aggiuntiva meritano le prestazioni erogate in Pronto Soccorso. Escludendo le prestazioni ambulatoriali seguite immediatamente da un episodio di ricovero e le prestazioni ambulatoriali che rivestono carattere di urgenza, a prescindere dall'esito o meno in ricovero in quanto da attribuire al livello di assistenza ospedaliera, si è analizzata la dimensione delle prestazioni non urgenti (la cui condizione è generalmente codificata con un codice bianco). Si è ritenuto che tali prestazioni presentino condizioni di erogabilità nell'ambito della specialistica ambulatoriale, in considerazione che con un diverso modello organizzativo possono essere programmate e prescritte, secondo criteri di appropriatezza e effettive necessità assistenziali (Progetto Mattone 2 – Ministero della Salute).

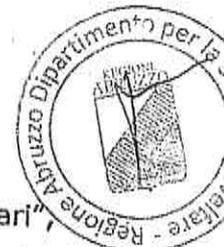
Gli accessi in pronto soccorso (Flusso EMUR), per i quali il cittadino ha pagato un ticket di Euro 36.15 "visita del pronto soccorso + prestazione diagnostiche e di laboratorio e altre prestazioni specialistiche e/o consulenza" (DGR n°208/P del 2004) e con codice triage bianco, risultano essere complessivamente 20.565 (flusso EMUR 2015). Questi dati sono stati considerati, come fattore correttivo nella stima del fabbisogno, in quanto ritenuti teoricamente erogabili in regime ambulatoriale (Tab.20).

Tab 20- Fabbisogno aggiuntivo per prestazioni erogate in pronto soccorso – EMUR 2015-

branca	EMUR				TOTALE
	L'AQUILA	CHIETI	PESCARA	TERAMO	
Branche a visita	3.156	5.622	5.531	4.442	18.751
Fisioterapia	0	0	0	0	0
Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	172	3	2	0	177
Medicina Nucleare	0	0	0	0	0
Odontostomatologia	0	0	0	0	0
Radiologia Diagnostica	548	496	578	15	1.637
Totale complessivo	3.876	6.121	6.111	4.457	20.565

PRESTAZIONI PER CARENZA DI OFFERTA (FOREGONE CARE)

Il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie (foregone care) è un importante indicatore di qualità dell'offerta, perché rivela una domanda di assistenza alla quale il sistema non riesce a dare adeguata risposta.



L'ultima indagine ISTAT, "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" richiama l'attenzione sul fenomeno della rinuncia alle prestazioni sanitarie, che interessa oggi fasce non marginali di popolazione.

In particolare si registra che il 4,6% degli Italiani non ha potuto fruire di prestazioni che sarebbero dovute essere garantite loro dal SSN. La rinuncia è dovuta o a carenze delle strutture di offerta o ai tempi di attesa troppo lunghi. Il dato sull'autorinuncia appare emblematico delle difficoltà incontrate dal SSN nel soddisfare pienamente i bisogni sanitari della popolazione. L'allarme equitativo è aggravato da dati preliminari che preludono ad un decisivo aumento della spesa sanitaria out of pocket delle famiglie.

Il 46° Rapporto Censis evidenzia una quota di spesa sanitaria, tutt'altro che irrilevante, che rimane in capo alle famiglie.

Questa spesa corrisponde in moltissimi casi ad una integrazione autonoma di quei beni e servizi sanitari che la copertura pubblica non riesce a garantire, creando un tasso non irrilevante di iniquità, dal momento che si tratta di integrazioni alla copertura pubblica che soltanto le famiglie dotate di migliori risorse economiche possono sostenere.

Considerata la complessità del fenomeno, il gruppo di lavoro ha stimato un fabbisogno "aggiuntivo" di prestazioni, pari a 896.988, ottenuto applicando il fabbisogno pro capite regionale, sopra definito, alla percentuale di popolazione che non ha potuto fruire di prestazioni (4,6%).

Il fabbisogno "aggiuntivo" da rinuncia per carenza di offerta in termini di fabbisogno di prestazioni, è definito nella tabella seguente:

Tab. 21 - Fabbisogno aggiuntivo per prestazioni (foregone care)

branca	FOREGONE CARE				TOTALE
	CHIETI	L'AQUILA	PESCARA	TERAMO	
Branche a visita	52.187	40.252	42.086	40.541	175.067
Fisioterapia	9.473	7.307	7.640	7.359	31.780
Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	150.308	145.785	153.473	147.838	638.404
Medicina Nucleare	1.065	821	859	827	3.571
Odontostomatologia	74	57	60	58	249
Radiologia Diagnostica	14.284	11.017	12.519	11.096	47.917
Totale complessivo	267.392	206.240	215.636	207.720	896.988



FABBISOGNO REGIONALE

La metodologia adottata per la definizione del fabbisogno di specialistica ambulatoriale trova fondamento su due principi generali:

- dimensione di "accessibilità" che consente la possibilità di soddisfare in tempo utile le richieste degli utenti.
- dimensione di "fruibilità" che fa riferimento alla allocazione razionale di risorse, efficiente ed equa, rispetto alla domanda locale di assistenza.

La nuova programmazione del fabbisogno porta a stimare un incremento complessivo dei volumi di prestazioni, che va nella direzione del potenziamento delle attività specialistiche ad oggi più critiche sia sul piano delle liste di attesa sia nell'ottica di una riduzione della mobilità passiva.

Il fabbisogno teorico, analizzato nel presente documento, rappresenta il livello più ampio della potenziale offerta e definisce l'area della realizzazione e dell'esercizio di attività sanitarie.

Infatti, la definizione del fabbisogno delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogabili dalle strutture pubbliche e private, ha tenuto conto del consumo di prestazioni a favore dei residenti, delle prestazioni richieste da parte dei residenti abruzzesi che hanno ricevuto assistenza fuori regione (mobilità passiva), della domanda espressa ma non soddisfatta, ovvero le prestazioni richieste dai residenti abruzzesi ed in attesa di erogazione, del consumo di prestazioni specialistiche generate dagli accessi in pronto soccorso e delle prestazioni a totale carico delle famiglie in carenza di offerta (foregone care).

Esso è pertanto il risultato di un insieme di fattori correttivi (domanda soddisfatta + Mobilità passiva + liste di attesa + accessi al pronto soccorso + prestazioni in carenza di offerta a totale carico del cittadino), che determinano la previsione di un fabbisogno complessivo regionale di 22.228.896 prestazioni.

Nelle tabelle seguenti, a fine esemplificativo, si riportano i dati riepilogativi del fabbisogno teorico complessivo per macro aggregati ripartito per ambito provinciale.



TAVOLE RIEPILOGATIVE

Tab. A - Prospetto riepilogativo del fabbisogno regionale di prestazioni di specialistica ambulatoriale per provincia

BRANCA	L'AQUILA	CHIETI	PESCARA	TERAMO	Totale complessivo
branca a visita	1.094.585	1.492.209	1.187.288	1.085.499	4.859.580
Medicina fisica e riabilitativo FKT	269.417	123.985	229.639	99.113	722.154
Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	3.451.853	4.460.283	3.459.885	3.811.305	15.173.518
Medicina Nucleare	23.186	42.729	27.962	20.834	114.721
Odontoiatria	1.334	2.722	1.992	1.699	7.648
Radiologia diagnostica	279.815	438.780	314.989	319.915	1.351.299
TOTALE	5.120.001	6.548.709	5.221.832	6.338.354	22.228.896

Tab. A -bis Prospetto riepilogativo del fabbisogno "aggiuntivo" provinciale di prestazioni di specialistica ambulatoriale

branca	L'AQUILA				
	PASSIVA	EXANTE	EMUR	FOREGONE CARE	TOTALE
Branche a visita	48.180	149.087	3.156	40.262	241.265
Fisioterapia	7.607	0	0	7.307	14.914
Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	152.385	0	172	146.785	299.342
Medicina Nucleare	7.329	0	0	821	8.150
Odontoiatria	844	0	0	57	901
Radiologia Diagnostica	15.796	41.320	548	11.017	68.682
Totale complessivo	232.121	191.007	3.876	206.240	633.243

branca	CHIETI				
	PASSIVA	EXANTE	EMUR	FOREGONE CARE	TOTALE
Branche a visita	41.821	194.070	5.622	52.187	293.701
Fisioterapia	3.685	0	0	9.473	13.159
Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	122.676	0	3	190.308	312.987
Medicina Nucleare	16.835	0	0	1.065	17.700
Odontoiatria	465	0	0	71	536
Radiologia Diagnostica	25.163	53.572	498	14.284	93.515
Totale complessivo	210.427	247.642	6.121	267.392	731.582

branca	PESCARA				
	PASSIVA	EXANTE	EMUR	FOREGONE CARE	TOTALE
Branche a visita	22.039	156.506	5.531	42.086	226.163
Fisioterapia	1.151	0	0	7.640	8.791
Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	75.063	0	2	153.473	228.538
Medicina Nucleare	2.956	0	0	859	3.814
Odontoiatria	267	0	0	60	327
Radiologia Diagnostica	7.118	43.203	578	11.519	62.419
Totale complessivo	109.194	199.709	6.111	215.636	530.651

branca	TERAMO				
	PASSIVA	EXANTE	EMUR	FOREGONE CARE	TOTALE
Branche a visita	85.050	150.761	4.442	40.541	280.804
Fisioterapia	9.035	0	0	7.359	16.394
Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche	276.188	0	0	147.838	424.026
Medicina Nucleare	6.253	0	0	827	7.080
Odontoiatria	627	0	0	58	685
Radiologia Diagnostica	37.674	41.617	15	11.086	90.402
Totale complessivo	414.837	192.378	4.457	207.720	819.392

In conclusione, sulla base degli indicatori e dei fattori correttivi utilizzati, il fabbisogno assistenziale rilevato e non coperto dall'attuale offerta, erogata dalle strutture pubbliche e private accreditate o provvisoriamente accreditate, potrà prevedere un ampliamento dell'attuale offerta di assistenza specialistica nei limiti del fabbisogno aggiuntivo, nel rispetto delle norme e degli atti di programmazione regionale e compatibilmente con i vincoli finanziari e di bilancio.

La determinazione del fabbisogno aggiuntivo che rappresenta la domanda espressa e non soddisfatta, con gli strumenti di valutazione dei fattori correttivi analizzati: mobilità passiva, prestazioni potenziali stimate dal monitoraggio ex ante dei tempi di attesa, prestazioni generate dagli accessi in codice bianco in pronto soccorso e prestazioni erogate a totale carico del paziente (foregone care), ha generato complessivamente un valore aggiuntivo di 2.714.868 prestazioni.

Per una corretta pianificazione centrata sui bisogni degli utenti, è stato introdotto il concetto di "punto di offerta" come unità elementare di rilevazione in rapporto alla popolazione e alla produzione media per ciascuna branca, in assenza di standard nazionali e regionali.

Il fabbisogno regionale "aggiuntivo", di ciascuna branca, è stato quindi diviso per la produzione media ottenendo così il numero complessivo di potenziali nuovi punti di offerta. Il totale complessivo di punti di erogazione, così ottenuto, è stato poi ripartito in modo proporzionale rispetto al fabbisogno "aggiuntivo" provinciale di ciascuna branca, al fine di determinare il numero di punti di erogazione, per ciascuna azienda sanitaria, necessari a soddisfare la domanda non coperta dall'attuale offerta.

Si precisa, inoltre, che è stato applicato un ulteriore fattore correttivo alla sola Asl di Teramo, determinato dall'analisi della densità media dell'offerta delle strutture, come precedentemente specificato (Tab. B).



Tab. b - Fabbisogno di punti di offerta per provincia, suddivisi per macro aggregati

RAGGRUPPAMENTO	CHIETI	L'AQUILA	PESCARA	TERAMO	TOTALE COMPLESSIVO
BRANCHE A VISITA	12	10	9	12	43
FISIOTERAPIA	2	1	1	6	10
LABORATORIO ANALISI CLINICHE E MICROBIOLOGICHE *	3	3	3	4	13
MEDICINA NUCLEARE	2	1	0	1	4
ODONTOSTOMATOLOGIA	2	3	1	3	9
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	5	4	4	5	18

*Per punti di offerta si intende il laboratorio che effettua attività analitica. Ai fini dell'accreditamento sono valide le soglie definite dalla Normativa vigente

La valutazione delle richieste di autorizzazione per tipologia di struttura "Poliambulatorio" è stata definita secondo i criteri del DCA 44 del 1/04/2014.

Ai fini della valutazione delle richieste di autorizzazione pervenute e della compatibilità con quanto indicato nel presente documento, si precisa che un Poliambulatorio è da intendersi come una struttura in grado di sviluppare un volume di prestazioni associate a due branche a visita, così come previsto dal DCA 44/2014.

Inoltre qualora il numero di branche autorizzabili sia inferiore a due, la struttura potrà comunque essere autorizzata.

FABBISOGNO AUTORIZZATORIO PER RISONANZA MAGNETICA

Le apparecchiature sanitarie sono essenziali per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il Decreto del Ministro della salute del 22 aprile 2014 ha istituito il "Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate". La banca dati sanitaria a livello nazionale è stata sviluppata con il duplice obiettivo di consentire alle regioni sia di disporre e condividere informazioni utili per il governo del SSN, sia di effettuare benchmark a livello regionale per le misure di qualità, efficienza, appropriatezza e costo del SSN in Abruzzo.

Il flusso dati, aggiornato alla data del 30/06/2017, e certificato dalle quattro Aziende Sanitarie, al fine di avere una ricognizione dettagliata dell'attuale dotazione di apparecchiature di RM, sul territorio regionale (Tab c).

Tab. c: Distribuzione delle grandi apparecchiature a RM (> 0,5 tesla) censite dalle strutture Pubbliche e private della Regione Abruzzo – Anno 2017

ASL	n. apparecchiature a RM (> 0.5 tesla)
Asl Avezzano Sulmona L'Aquila	6
Asl Lanciano Vasto Chieti	6
Asl Pescara	4
Asl Teramo	4
Totale regionale	20

La Legge n.160 del 7 agosto 2016 stabilisce che le apparecchiature a risonanza magnetica (RM), con valore di campo statico di induzione magnetica superiore a 0,5 Tesla ed inferiore a 4 tesla, sono soggette ad autorizzazione all'installazione da parte della Regione, mentre le apparecchiature a RM con valore di campo statico di induzione magnetica superiore a 4 tesla sono soggette ad autorizzazione all'installazione e all'uso da parte del Ministero della salute.

Per una corretta e aggiornata programmazione del fabbisogno regionale di apparecchiature a RM, sono state prese come riferimento, per la determinazione del fabbisogno standard, le 3 regioni benchmark (Marche, Umbria e Veneto), individuate dalla Conferenza Stato-Regioni in data 2.02.2017.

In particolare è stata valutata, con metodologia comparativa, la popolazione media per apparecchiatura a RM > 0,5 tesla.

Tab. d: Popolazione media, regioni benchmark, per apparecchiatura a RM

	popolazione	n. apparecchiature a RM (> 0.5 tesla)	n. Abitanti per apparecchiature a RM (> 0.5 tesla)
regioni benchmark	7.350.056	165	44.546

Dall'elaborazione dei dati è emerso che nella regione Abruzzo la popolazione media per apparecchiatura a RM (66.326) è, più elevata rispetto alla media delle regioni benchmark, tuttavia va sottolineato che a livello degli ambiti provinciali si registra una variazione significativa tra le quattro Aziende Sanitarie.

Infatti mentre nella Asl di Avezzano Sulmona L'Aquila si registrano 50.540 abitanti per apparecchiatura a RM; nella Asl di Lanciano Vasto Chieti, Pescara e Teramo la media di abitanti per apparecchiatura risulta nettamente superiore rispetto alle regioni benchmark (rispettivamente 65.160, 80.493 e 77.585 abitanti per apparecchiature a RM).

Pertanto ai fini del calcolo del fabbisogno provinciale di apparecchiatura a RM (>0,5 tesla), è stato adottato come parametro di riferimento la media di abitanti per apparecchiatura delle regioni benchmark (44.546 ab.).

Ai fini della determinazione del fabbisogno teorico provinciale di apparecchiature a RM >0,5 Tesla, si è proceduto rapportando la popolazione provinciale alla media di abitanti per apparecchiature delle regioni benchmark. Il fabbisogno teorico aggiuntivo è stato calcolato sottraendo al fabbisogno teorico provinciale il numero di apparecchiature già disponibili sul territorio (ricognizione aggiornata a giugno 2017-tab. e):

Tab. e: Fabbisogno provinciale, regione Abruzzo, per apparecchiatura a RM (>0,5 tesla)

ASL	n. apparecchiature a RM (> 0.5 tesla) disponibili (certificati dallo Asl)	Fabbisogno totale n. apparecchiature a RM (> 0.5 tesla)	Fabbisogno aggiuntivo n. apparecchiature a RM (> 0.5 tesla)
Asl Avezzano Sulmona L'Aquila	6	7	1
Asl Lanciano Vasto Chieti	6	9	3
Asl Pescara	4	7	3
Asl Teramo	4	7	3
Totale regionale	20	30	10

