

STRATEGIA NAZIONALE PER LE AREE INTERNE

AREA PROTOTIPO: BASSO SANGRO-TRIGNO

(D.G.R. 290/2015)

Incontro del 03/09/2015

Sede:

Patto Territoriale Sangro Aventino – Santa Maria Imbaro

Oggetto:

Istituzione gruppo di lavoro inter-istituzionale per il sistema informativo socio-sanitario aree interne

Ordine del giorno:

- 1) le modalità operative che il set minimo di dati da registrare per ciascun utente, al fine della condivisione della base di dati per l'integrazione tra attività sociale e sanitaria ad uso dei PUA e del Segretariato Sociale, nell'ambito della sperimentazione delle Aree Interne;
- 2) il coordinamento e la supervisione dell'attività integrata nel rispetto delle normative regionali in materia.

Presenti:

Raffaele Trivilino, Pasquale Falasca, Angelo De Luca, Giulia Di Martino, Stefania Massetti, Antonella Gialluca, Daniele D'Ottavio, Giuseppe Di Crosta, Rosella Travaglini, Luigi Algeri.

Premessa (Raffaele Trivilino)

Sono definite “**interne**” quelle aree significativamente distanti dai centri di offerta di servizi essenziali (di istruzione, salute e mobilità) e ricche di importanti risorse ambientali e culturali.

Vive in queste aree circa un quarto della popolazione italiana, in una porzione di territorio che supera il sessanta per cento di quello totale e che è organizzata in oltre quattromila Comuni.

Una parte rilevante delle Aree interne ha subito gradualmente un processo di marginalizzazione segnato da: calo della popolazione, riduzione dell'occupazione e dell'utilizzo del territorio nonché dell'offerta locale di servizi pubblici e privati.

Il **Ministero** ha individuato alcune aree, in base a determinate caratteristiche, per l'attuazione di Strategie Nazionali che hanno l'obiettivo di invertire le suddette tendenze demografiche, migliorando la qualità della vita delle persone, sia tramite l'aumento del benessere e dell'inclusione sociale di chi vive in quelle aree, sia con l'aumento della domanda di lavoro e dell'utilizzo del capitale territoriale. Questa strategia sarà avviata utilizzando come occasione e leva, finanziaria e di metodo, la programmazione dei fondi comunitari disponibili per tutte le regioni del paese per il settennio 2014-2020.

Ogni **Regione** ha avuto il compito di selezionare, in funzione di specifici indicatori, delle Aree da utilizzare come “prototipo” per attuare gli interventi di sviluppo: l'obiettivo è estendere le Strategie a tutte le zone Interne, in base agli esiti di questa prima sperimentazione. I progetti avranno la finalità non solo di definire progetti innovativi nei diversi ambiti grazie ai fondi disponibili, ma anche di migliorare l'erogazione dei servizi grazie ad una riallocazione e ad una più efficiente redistribuzione delle risorse già esistenti.

La Regione Abruzzo ha selezionato la zona del **Basso Sangro-Trigno**, che conta 33 comuni (di cui 27 definiti ultra-periferici) attribuendo a quest'area l'opportunità di definire strategie innovative che permettano di migliorare i servizi essenziali per i cittadini.

a seguire (Pasquale Falasca)

Ad esempio, nell'ambito dei servizi per la **salute** la Asl Lanciano Vasto Chieti ha proposto un nuovo modello di assistenza territoriale basato su 3 principali coordinate:

1. Stima del Rischio Epidemiologico (probabilità di ammalarsi, di avere un evento acuto, di morire, etc);
2. Individuazione del singolo caso (analizzando il modo cui viene erogata l'assistenza e le risorse assorbite dai servizi sanitari che utilizza);
3. Presa in carico proattiva del bisogno;

Questo sistema non risponde ad una logica di “domanda” dei servizi sanitari, ma ad una logica preventiva, tipica della sanità pubblica. Il nuovo modello prevede la presa in carico pro attiva del bisogno tramite il potenziamento della figura dell'infermiere, con l'istituzione degli Ambulatori Infermieristici della Fragilità, la collaborazione con i Medici di Medicina Generale, responsabili clinici dei pazienti e l'implementazione di sistemi di monitoraggio a domicilio degli assistiti (telemedicina). L'obiettivo della riorganizzazione è anche quello di potenziare i servizi già esistenti (ADI, PUA, UVM, Sociale). Le attività inerenti il “sociale” potrebbero essere incrementate grazie alle risorse liberate da una migliore gestione, e quindi utilizzo, della sanità.

Si nomina coordinatore del gruppo di lavoro Angelo De Luca.

UNIONE E CONDIVISIONE DATI SANITARI E SOCIALI

L'obiettivo del gruppo socio sanitario è quello di definire e misurare le attività sociali e sanitarie svolte sul territorio (in termini di persone, minuti e ore) tramite la creazione di un'unica banca dati socio-sanitaria. A partire dall'anagrafe dei 33 comuni occorre definire un DATA-SET (lista di variabili che descrivono/misurano la popolazione) orientativamente legate a:

1. Dati anagrafici
2. Condizioni sanitarie
3. Condizioni sociali
4. Attività offerte al paziente

Con il software SiaWeb (acquisito dall'EAS 20), l'attività informatica è semplificata e abilitata ad informazioni diverse a seconda dell'ente che lo utilizza. Questa condivisione necessita di un percorso di costruzione che parte da un minimo data-set (variabili essenziali per tutti) che evolverà gradualmente attraverso un processo di condivisione con tutti gli operatori.

Nel prossimo incontro si selezioneranno delle variabili e per ciascuna variabile dovrà indicarsi:

1. Nome campo
2. Tipo campo
3. Codice
4. Obbligatorietà

Riconvocazione per prossimo incontro in data 17/09/2015 ore 9:00 stessa sede

*Il coordinatore
gruppo di lavoro inter-istituzionale
Angelo De Luca*