

# **Allegato 1**

## **Regione Abruzzo**

### **Programma Operativo 2010**

#### **Intervento 6: Razionalizzazione della Rete Ospedaliera**

##### **Azione 1: Piano della Rete Ospedaliera**

*Metodologia per la riconversione in PTA h24 dei Presidi Ospedalieri individuati dalle deliberazioni 44/2010 e 45/2010 con specifico riferimento al Presidio di Guardiagrele*

## **La metodologia**

La metodologia seguita per l'analisi e la progettazione del Servizio Sanitario della Regione Abruzzo è stata validata dalla Agenzia Sanitaria Nazionale (Agenas) che è l'organo di supporto alla Regioni in Piano di Rientro. Essa consiste nella progettare e programmare l'offerta di servizi, e quindi le risorse ad essa correlate (risorse umane, know-how, tecnologie, strutture edilizie, ecc.) tenendo conto dei cambiamenti della domanda assistenziale che si è modificata con l'evoluzione demografico-epidemiologica e con l'innovazione scientifico-tecnologica.

In Italia, come in tutti i paesi industrializzati, l'innovazione tecnologica e scientifica e l'evoluzione demografica ed epidemiologica stanno completamente modificando lo svolgimento della pratica clinica e dell'assistenza sociale e sanitaria.

In particolare occorre richiamare alcune considerazioni fondamentali e comuni a tutte le realtà del nostro paese e dei paesi occidentali, quali:

- la domanda di servizi sta cambiando e cambierà in relazione alla dinamica della struttura della popolazione;
- l'evoluzione dei fabbisogni di salute e delle metodologie di offerta spingono verso funzioni sanitarie in cui si riduce sempre più il peso del ricovero per condizioni acute, mentre aumenta la richiesta di maggiore sicurezza, specializzazione e appropriatezza dello stesso
- che si deve concentrare in minori punti della rete con volumi di attività e casistica elevati;
- nello stesso tempo si differenzia la richiesta di funzioni socio sanitarie sempre più specifiche e differenziate come: strutture ambulatoriali, assistenza domiciliare, strutture di riabilitazione di diverso livello di complessità, strutture residenziali con livelli diversi di medicalizzazione e dipendenza infermieristica;
- la diversificazione di fabbisogni da soddisfare e quindi di nuovi servizi da offrire determinano la necessità di risorse umane, professionali, tecnologiche, edilizie, da destinare allo sviluppo delle nuove funzioni;
- l'aumento dei costi sociali e finanziari inducono a sviluppare sistemi di controllo e di razionalizzazione delle risorse orientati alla valutazione della qualità e al miglioramento continuo.

Da un lato l'evoluzione e la relativa specializzazione sulla malattia hanno comportato straordinari progressi medico scientifici e quindi risultati di miglioramento di salute, dall'altro hanno determinato:

- una crescente diversificazione di fabbisogni e di risposte in diverse tipologie di strutture e funzioni sanitarie,
- di conseguenza di necessità di integrazione sul malato e di collegamento tra le diverse strutture sanitarie a cui egli accede.

Pertanto la priorità da ricercare non è solo nella risposta al singolo bisogno, ma nell'efficacia e nell'efficienza del servizio complessivo al paziente e ai suoi molteplici fabbisogni.

Il punto di partenza dal quale far dipendere tutte le decisioni in tema di riprogettazione e riorganizzazione è rappresentato dall'analisi del fabbisogno di un territorio.

Occorre spostare il controllo e la responsabilità dalla focalizzazione sulle strutture e le specializzazioni che fanno riferimento alla malattia per concentrarsi sul fabbisogno delle persone, sul problema da risolvere, sul processo clinico assistenziale nella sua globalità per riprogettare la e riorganizzare la risposta correlata e specifica sulla base di tali necessità.

Per analizzare e conoscere tali aspetti il flusso informativo più significativo e attendibile a cui riferirsi è quello legato al ricovero ospedaliero; pertanto il metodo consiste nella conoscenza del ricovero ospedaliero con tutte le sue caratteristiche.

Caratteristiche della "domanda": diagnosi, patologie concomitanti, età, sesso, complessità, luogo di residenza, che dell'"offerta": prestazioni, durata degenza, che costituisce la base per poter comprendere, non solo la domanda e l'attività ospedaliera oggetto dell'analisi, ma anche di costruire l'intero processo clinico-assistenziale prima e dopo le fasi di ospedalizzazione (prevenzione, diagnosi precoce, controllo, riabilitazione, ecc).

Ciò permette di analizzare il percorso della malattia e i fabbisogni corrispondenti in tutte le fasi, affinché si possa trovare una correlazione appropriata tra i bisogni espressi e le risorse consumate, e quindi le strutture e le funzioni ospedaliere e territoriali in cui progettare la risposta corrispondente.

Per esempio sul territorio e nel distretto: postazioni 118 e Guardia Medica, studi dei medici di medicina generale, ambulatori specialistici, strutture residenziali, centri diurni; ma anche in ospedale: reparti di degenza, poliambulatori, day-hospital, day-surgery, terapia intensiva, eccetera.

L'analisi della domanda effettuata nei territori abruzzesi ha evidenziato la presenza di numerosi fabbisogni che corrispondono alle "Fasi" sopradescritte e si possono così articolare:

- di medicina di famiglia, che sono il presupposto della conoscenza delle necessità dei singoli cittadini e quindi garanzia di indirizzo della specifica risposta ai loro bisogni e, al tempo stesso, di coordinamento e continuità tra tutte (Fase promozione della salute e prevenzione di base su popolazione di vasta dimensione);
- pre e post ospedalieri di prevenzione, diagnosi precoce, diagnosi, terapia e riabilitazione (visite di controllo, accertamenti, interventi) che non necessitano di degenza ospedaliera ma più propriamente di degenza diurna o ambulatoriale (Fase prevenzione dei soggetti a rischio e Fase diagnostica o di controllo);
- per condizioni acute, che rappresentano un numero sempre inferiore di prestazioni in relazione alla evoluzione della medicina e dell'assistenza circa il 30% di tutta l'attività (diagnosi e terapia della Fase acuta di insorgenza della malattia o di riattivazione);

- per condizioni sub acute e di riabilitazione che richiedono una organizzazione complessa e indispensabile per il recupero (Fase riabilitazione e recupero funzionale dopo la fase acuta);
- per condizioni croniche o cronicizzanti rappresentate da pazienti con diversi livelli di non autosufficienza psicofisica che necessitano di strutture e operatori specializzati (Fase riabilitazione e di mantenimento del paziente consolidato);
- per controllo e mantenimento dei fattori che influenzano la salute in gruppi ampi di popolazione, igiene ambientale e degli alimenti, medicina veterinaria, sicurezza abitativa privata e collettiva (Fase di controllo e di educazione della popolazione complessiva alla promozione della salute).

In pratica, questa classificazione vuole evidenziare i seguenti aspetti:

1. la molteplicità e la complessità dei bisogni e della domanda della popolazione;
2. i diversi livelli necessari di complessità delle strutture di offerta: specializzazione, dotazione tecnologica, meccanismi operativi e, quindi, di risorse umane e culturali correlate nonché di costo;
3. le diverse alternative tra:
  - la necessità, massima nei servizi di primo livello, di portare le prestazioni molto vicino alla residenza del cittadino fino addirittura al domicilio
  - la necessità, massima nell'ospedale per acuti ad alta tecnologia e ad elevata esperienza professionale, di portare il cittadino nella struttura di offerta ancorchè relativamente distante dalla residenza per ragioni di sicurezza, qualità, appropriatezza.

Secondo la logica del processo l'ospedalizzazione, ad esempio, costituisce solo una fase della malattia (fase acuta, subacuta) e, non solo necessita di essere integrata con le altre funzioni che caratterizzano l'intero processo, ma anche di essere ridotta attraverso lo sviluppo delle fasi precedenti e successive con una conseguente aumento di qualità contemporanea e ottimizzazione dei costi. In sanità bisogna sottolineare che il "costo" ha il significato opposto al "valore" e alla qualità necessaria. Attraverso l'analisi del processo è possibile individuare le attività che producono valore e sono necessarie a rispondere ai fabbisogni ed identificare le attività che pur rappresentando dei costi, non producono valore e, quindi, sono inutili e non necessarie.

I costi pertanto si dividono in *costi utili* se producono valore quindi salute, attività appropriate ai fabbisogni e qualità dell'assistenza; *costi inutili* se producono sprechi, inappropriatezza, non sicurezza, duplicazioni, rischi. Pertanto i costi in sanità devono principalmente rappresentare una spesa utile e necessaria a produrre valore e quindi salute.

Partendo dal presupposto che tutte le attività consumano risorse è necessario procedere ad un processo di razionalizzazione dei costi, cercando di individuare: gli interventi di miglioramento nello svolgimento delle attività che producono valore e quindi salute (costi necessari) e gli interventi di eliminazione o minimizzazione delle attività che non producono valore (costi non necessari).

Di conseguenza, tale approccio permette di compiere interventi di eliminazione o riduzione di attività come rischi, ripetizioni, ritardi, duplicazioni e, inoltre, di individuare opportunità di razionalizzazione *con interventi riprogettazione dell'assistenza e di modifica dello svolgimento del tempo e del luogo dei processi assistenziali: per esempio da degenza in regime di ricovero a ricovero diurno o ambulatoriale o attività territoriale.*

Dopo questo lavoro in Abruzzo si sono identificate le seguenti criticità:

- frammentazione eccessiva delle strutture e unità operative per acuti
- bassi volumi di attività e tassi di occupazione per disciplina e unità operativa
- insufficiente sviluppo di attività e prestazioni alternative alla degenza per acuti: assistenza domiciliare, distrettuale, ambulatoriale.

Si manifesta la necessità dei seguenti interventi:

- necessità di ridurre i posti letto per acuti come prevede il Patto della Salute (3 per 1000) e la ospedalizzazione (trend verso 180 ricoveri per 1000 abitanti contro i 200 dell'anno 2009);
- concentrare le funzioni specialistiche per acuti per garantire adeguata casistica ed esperienza dei professionisti in particolare nelle branche chirurgiche e specialistiche;
- superare la frammentazione dei presidi per acuti che erano sottoutilizzati, e si caratterizzano per essere duplicati;
- sviluppo della realizzazione attività distrettuale, degenza diurna, assistenza domiciliare, associazionismo della medicina di famiglia, e al tempo stesso
- forte sviluppo dei meccanismi di comunicazione, integrazione e di coordinamento delle strutture e/o funzioni sanitarie e sociali (ospedale, territorio, medico di famiglia, articolazione dei distretti, ecc.) ed, inoltre
- forte sviluppo di strumenti e metodi di “governo dell'accesso” ai servizi sanitari come il Centro Unico di Prenotazione attraverso la formazione degli operatori e l'educazione dei cittadini ma anche di meccanismi di controllo di gestione.

In conclusione è indispensabile passare

- da una logica di assistenza *basata sulle strutture e i posti letto,*
- ad una logica *basata sulle funzioni* che si devono svolgere dentro e fuori le strutture ospedaliere.

*Le strutture devono essere funzionali alle attività e alle prestazioni che servono per rispondere ai bisogni attuali e futuri.*

Al contrario alcune strutture esistenti erano obsolete, scarsamente funzionali e sicure *in relazione a tecnologie, attrezzature e materiali necessarie alle funzioni per acuti e non adeguate per rispondere all'evoluzione scientifica ed epidemiologica che identifica un ospedale per acuti.*

Pertanto devono essere riconvertite a funzioni alternative alla degenza per acuti e essere orientate alla residenzialità e all'attività ambulatoriale diurna al cosiddetto Presidio Territoriale di Assistenza (vedi grafico 1).

### **Analisi del Fabbisogno**

La metodologia descritta ha l'obiettivo di analizzare la domanda di ricoveri ordinari, di day hospital e di prestazioni ambulatoriali e permette di progettare le strutture e le funzioni ad esse correlate tenendo presente il bacino di utenza della popolazione della Regione e i ricoveri dei residenti.

In questo caso, inoltre, della popolazione del Distretto dove insiste il Presidio. Le informazioni contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) sono lo strumento che ci permette di individuare:

- le caratteristiche della popolazione residente che trova risposta nelle strutture della nostra regione e del distretto
- le cause, in termini clinici, che spingono i nostri residenti a recarsi in altre strutture di altre regioni (mobilità passiva extra regione).

Attraverso l'analisi dei dati contenuti nelle SDO, è possibile ottenere, sulla base di opportune elaborazioni, informazioni sulle differenti modalità di attivazione di processi omogenei di ricovero e cura rivolti a gruppi omogenei di pazienti e svolti nelle diverse strutture e funzioni ospedaliere.

Individuata questa domanda attraverso i ricoveri ordinari e di day hospital si ammette che essa rappresenti il "consumo necessario" della popolazione residente.

A tale valore si devono introdurre delle "correzioni" e cioè degli elementi che qualificano ulteriormente tale domanda per renderla più appropriata in considerazione di elementi normativi (i diversi Patti per la Salute compreso l'ultimo 2010-2012), elementi organizzativi (il concetto di "rete integrata di servizi" e di ospedale "modello per acuti"), elementi di appropriatezza organizzativa e clinica (l'innovazione tecnologica e scientifica che rimodula il processo clinico assistenziale), elementi sociali e culturali che caratterizzano l'evoluzione delle abitudini della popolazione.

Nella valutazione del Fabbisogno si è tenuto conto di tutti i ricoveri dei residenti erogati presso altre Regioni e si è ammesso che nei prossimi anni trovino risposta all'interno del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo.

Presso il Distretto 7 di Chieti, composto da 13 comuni, risiedono circa 34.000 abitanti (9 comuni presentano una popolazione inferiore ai 2.500 abitanti). La densità di abitazione è pari a 109 abitanti per kmq, sensibilmente inferiore al dato della Provincia (153) e della Regione (124). In questo

Distretto è situato il Presidio di Guardiagrele (comune di circa 9.600 abitanti), ove trova risposta il 23% dei ricoveri dei residenti del Distretto.

Mentre gli altri ricoveri della popolazione del Distretto sono erogati prevalentemente presso le strutture del Distretto 2 di Chieti (48%), negli altri Distretti (23%) e fuori Regione (7%).

L'analisi dei ricoveri dei residenti nel Comune di Guardiagrele mostra che il 32% viene erogato presso il presidio cittadino ed il 34% presso le strutture della città di Chieti (Presidio pubblico e due case di cura).

L'indice di invecchiamento della popolazione del Distretto 7, inteso come percentuale di soggetti ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione e rappresentato in tabella 1, è pari al 23,6% contro il 21,8% della Provincia di Chieti ed il 21,3% della Regione. L'indice di vecchiaia della popolazione del Distretto, che misura il rapporto tra la popolazione over 65 e quella under 15 è pari a 188, valore superiore rispettivamente di oltre 20 punti al dato della Provincia e della Regione. Infine, anche l'indice di dipendenza strutturale della popolazione, che esprime la relazione tra la popolazione over 65 e la popolazione in età lavorativa, fa registrare per il Distretto 7 valori superiori alla media provinciale e regionale (38% vs 34% e 32%).

Tabella 1 – Distretto 7 ASL Chieti – Popolazione per classi d'età

<b>Età</b>	<b>Popolazione</b>	<b>%</b>
0-14	4.195	12,6
15-44	12.569	37,6
45-64	8.769	26,2
65-74	3.613	10,8
75-84	3.085	9,2
85 e oltre	1.191	3,6
<b>TOTALE</b>	<b>33.422</b>	<b>100</b>

## **I ricoveri**

I ricoveri dei soggetti over 65 nel Presidio di Guardiagrele rappresentano il 67% di tutti i ricoveri, tasso peraltro inferiore a quello degli altri presidi riconvertiti.

I soggetti ricoverati presso il presidio devono essere analizzati e attraverso la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 9) che a loro volta si raggruppano nei codici correlati alla diagnosi (DRG) (vedi tabella 2).

Il 18% dei ricoveri complessivi del Presidio sono rappresentati da “psicosi” e cioè ricoveri acuti di psichiatria per diagnosi e cura (cosiddetta SPDC) e presentano un tasso di occupazione di quasi il 90% che aumenta la media del tasso di occupazione complessivo del Presidio. Essi consumano quasi un quarto di tutte le giornate di degenza del presidio.

Questi ricoveri rispondono ad un fabbisogno aziendale e provinciale per il trattamento e la diagnosi della fase acuta della malattia mentale (cosiddetta SPDC) attraverso l'Unità Operativa che deve

essere vicina a reparti altamente qualificati nell'ospedale per acuti a tecnologia e specializzazione avanzata.

Nei codici successivi della casistica si presentano 185 casi dello scompenso cardiaco (DRG 127) che è la prima causa di ricovero anche nazionale e del mondo occidentale e che qui rappresenta il 10% dei ricoveri; al terzo posto 85 casi di edema polmonare (DRG 87); successivamente 47 casi di attacco ischemico transitorio (DRG 15), e al nono, dopo alcuni DRG inappropriati in regime di degenza ordinaria, 37 casi di malattie cerebrovascolari (DRG 14).

Tutti i ricoveri descritti si devono classificare in ricoveri acuti e si sottolinea come nel 2010 non sia accettabile che queste patologie possano essere trattate nella "fase acuta di scompenso" in presidi in cui i volumi della casistica siano così bassi e insufficienti per garantire un approccio moderno, sicuro, con attrezzature, specializzazioni e tecnologie adeguate. Si vuol dire che, proprio perché volumi di queste patologie sono bassi, essi devono trovare risposte efficaci in strutture che abbiano volumi elevati di queste patologie e quindi esperienza e casistica altrettanto elevata.

Gli altri tipi di patologie mostrano volumi di ricoveri di numero bassissimo per codice diagnostico ma che richiedono un approccio e trattamenti specialistici.

I casi inappropriati in regime ordinario e quindi raccomandabili in regime diurno o ambulatoriale, sono complessivamente più del 20%. A tal proposito si ricorda che le medie delle Regioni virtuose di questo indicatore sono inferiori al 10% di tutti i ricoveri.

Nei primi 30 DRG la percentuale di casi inappropriati è pari al 21%.

Infine si ricorda che il peso medio dei ricoveri che rappresenta la complessità della casistica e ha un range che va da 0 a 7 (quest'ultimo peso rappresenta, ad esempio, un intervento di cardiocirurgia) nel 70% e inferiori ad 1, caratterizzando i casi trattati come non acuti e trattabili in regimi di degenza diurna e ambulatoriale anche di assistenza non ospedaliera.

Infine si sottolinea che l'analisi comparata dei ricoveri negli anni 2008 e 2009 mostra un calo complessivo dei ricoveri in regime ordinario (-100 circa, pari ad una riduzione del 5%) e soprattutto diurno (-1.300 circa, pari a -77%) e che tali dati sono ancora in diminuzione nell'anno 2010.

Con particolare riferimento alla variazione dei ricoveri diurni, si registra che mentre nel 2008 si ha evidenza di circa 1.300 interventi di day surgery, nel 2009 gli interventi in oggetto sono pari a circa 170, ma si sottolinea che nel 2010 non vi è stata attività chirurgica ad eccezione di due soli ricoveri. Si conferma invece la percentuale di ricoveri di soggetti over 65, nonché la distribuzione dei ricoveri per classi diagnostiche.

## **L'analisi dell'offerta**



Il Presidio di Guardiagrele è costituito di 72 posti letto ordinari, le cui caratteristiche sono rappresentate nelle tabelle 3, 4 e 5) e presenta letti di psichiatria, oltre a medicina generale, geriatria e lungodegenza.

Complessivamente si tratta di posti letto a bassa occupazione dei letti (inferiore al 70%) e bassa complessità (70% dei ricoveri è con peso medio DRG inferiore a 1). Inoltre si osserva un elevato tasso di inappropriatazza già descritto sul versante della domanda, anche se questo indicatore caratterizza in modo specifico l'inefficienza dell'offerta. Essa caratterizza soprattutto nella medicina generale e nella geriatria che è superiore allo standard delle Regioni Virtuose di più di 10 punti.

Si sottolinea che nella Unità Operativa di Medicina Generale più del 30% dei casi trattati, pari a circa 250, sono inappropriati in regime di degenza ordinaria ed è consigliato il trattamento in regime diurno e ambulatoriale, ma anche con Assistenza Domiciliare, in considerazione delle famiglie di anziani soli e dell'isolamento delle piccole comunità.

Per quanto riguarda la Geriatria l'inappropriatazza del regime ordinario è inferiore, circa il 20%, ma sempre molto elevata. Si sottolinea che la Geriatria è una disciplina specialistica che studia la fase acuta delle patologie degli anziani e dovrebbe trovare presenza in un ospedale ad elevata tecnologia e specializzazione. Si sottolinea inoltre un'anomalia riguardante i ricoveri di Lungodegenza (codice 60) che vengono considerati ricoveri ospedalieri che hanno una durata media di degenza di circa 25 giorni, ma che presentano tassi di occupazione dei posti letto inferiori al 50%.

Queste tipologie di ricoveri sono assolutamente appropriate e rappresentano meno del 10% di tutti i casi. Attualmente la revisione della letteratura e dell'esperienza in molte Regioni cosiddette virtuose mostra che questa tipologia di ricoveri rientra nell'Ospedale di Comunità e quindi vengono considerati non più fabbisogni ospedalieri ma residenziali.

L'analisi dell'offerta nell'anno 2009 conferma i dati evidenziati nel 2008, con la lungodegenza che presenta ancora un tasso di occupazione basso (pari al 65%). La diminuzione dei ricoveri ordinari citata nel paragrafo precedente si registra soprattutto nell'unità operativa di Geriatria.

### **Lo studio del territorio e delle percorrenze**

Lo studio del territorio è stato compiuto attraverso analisi e interviste degli operatori dell'emergenza urgenza 118 e dei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri.

Le distanze di tutti i comuni abruzzesi sono state calcolate rispetto agli ospedali attuali e a quelli di riferimento ritenuti attualmente sicuri per le reti di emergenza urgenza, cardiologia, trauma e percorso nascita.

Per definire le distanze e i tempi di percorrenza tra i Comuni e le strutture ospedaliere della Regione Abruzzo sono stati utilizzati *software* per la geolocalizzazione delle strutture, per la definizione

delle mappe isocrone allo scopo di identificare per ogni Comune le strutture raggiungibili nel medesimo lasso di tempo (20, 40 e 60 minuti) e, infine, per la definizione di matrici tempo/distanza tra Comuni e strutture viciniori.

Al fine di rendere l'analisi il più prudente possibile, il calcolo effettuato dal software utilizzato per lo studio delle percorrenze ha stimato velocità differenti a seconda della tipologia di strada percorsa. Si sottolinea che le elaborazioni effettuate con tale criterio risultano mediamente superiori ai tempi di percorrenza stimati dagli strumenti GPS più comuni.

I criteri di prudenza menzionati sono stati confermati anche nel calcolo dei tempi di percorrenza in orario diurno e notturno dei mezzi di soccorso del servizio 118 di trasporto di emergenza urgenza, dove non sono stati considerati i vantaggi derivanti dall'utilizzo dell'ambulanza in termini di velocità e di precedenza rispetto al traffico ed i vantaggi derivanti dalla viabilità notturna. La stima delle percorrenze così determinata e condivisa con i responsabili del 118 delle Aziende Sanitarie, è stata attività propedeutica alla definizione delle postazioni regionali di emergenza urgenza avanzate (composte da ambulanza, autista, soccorritore, medico e/o infermiere) e di base (composte da ambulanza, autista e soccorritore) definite nel Decreto Commissariale 4/2011.

L'analisi delle percorrenze verso gli Ospedali della Regione è stata effettuata escludendo dal calcolo i Presidi oggetto di riconversione (Casoli, Gissi, Guardiagrele, Pescina, San Valentino e Tagliacozzo). I risultati di tale analisi hanno evidenziato che il 18% della popolazione, pari a circa 240.000 unità, può raggiungere l'ospedale viciniori in meno di 10 minuti; il 46%, circa 600.000 unità, in un tempo compreso tra 10 e 20 minuti; il 16%, circa 215.000 unità, tra 20 e 30 minuti; il 13%, circa 172.000 unità, tra 30 e 40 minuti; il 7%, circa 95.000 unità, si trovano ad un tempo superiore ai 40 minuti.

In sintesi, il 93% della popolazione, circa 1.230.000 unità, raggiunge l'ospedale viciniori in meno di 40 minuti e solo l'1% della popolazione, pari a 13.000 unità, si trova ad una distanza superiore all'ora. A tale proposito si ricorda che l'Abruzzo dispone di ben due elicotteri per gli interventi in elisoccorso.

Quando non si reca al Presidio di Guardiagrele la popolazione del Distretto 7 di Chieti ha la possibilità di raggiungere un presidio ospedaliero con i tempi di percorrenza seguenti: il 24% della popolazione, pari a 8.164 unità, può raggiungere l'Ospedale di Chieti entro i 25 minuti. Tale Presidio è riferimento in termini di distanza anche per altre 16.248 unità, pari al 48,6% della popolazione, in quanto si trova ad una distanza compresa tra 25 e 40 minuti. Infine, il 27% della popolazione, pari a 9.010 unità residenti in 6 Comuni, si trova ad una distanza superiore ai 40 minuti, ma non superiore ai 50, da un presidio ospedaliero (Chieti, Ortona o Lanciano).

Da tempo i fabbisogni acuti del territorio si rivolgono agli ospedali di riferimento di Chieti, Ortona e Lanciano che sono riconosciuti come sicuri e appropriati per tali fabbisogni. Si sottolinea, inoltre, che nel Comune di Chieti sono presenti due Case di Cura che presentano le specialità di base.

Dalle rilevazioni dell'Associazione Culturale Abruzzo Meteo risulta che la nevosità media del comune di Guardiagrele negli ultimi trenta anni corrisponde a 60 centimetri l'anno, così distribuita: 15 centimetri a dicembre e febbraio, 30 centimetri a gennaio. La durata complessiva del manto nevoso al suolo è di 15 giorni l'anno.

### **Postazioni di emergenza urgenza**

La Regione, in accordo con i Direttori Sanitari delle Aziende ed i responsabili del 118, ha previsto con apposito decreto le postazioni del 118. Nella Asl di Chieti sono state previste 14 postazioni, pari ad una postazione ogni 28.000 abitanti circa. Nel Comune di Guardiagrele è stata prevista una postazione di tipo avanzato h24; altre postazioni avanzate sono state previste nei comuni di Chieti (due postazioni h24), Lanciano (h24), Ortona (h24), Atessa (h24), Casoli (h24), Gissi (h24), Villa Santa Maria (h12 diurna), Castiglione Messer Marino (h12 diurna), Vasto (due postazioni, una h24 ed una h12 diurna in periodo estivo), mentre a Francavilla è stata prevista una postazione base h24 da aprile a settembre e h14 nei restanti mesi dell'anno e a Passo Lanciano una postazione avanzata da dicembre fino a Pasqua.

Il numero delle postazioni definite dalla Regione deriva dall'applicazione di uno *standard nazionale* volto ad individuarne il numero ideale sulla base della popolazione, dell'estensione del territorio e di alcuni fattori correttivi quali l'orografia, le vie di comunicazione, i tempi di percorrenza e la distribuzione dei DEA e del Pronto Soccorso.

### **Linee di intervento**

L'eccessiva enfasi sulla disponibilità dei servizi ha rischiato di far passare in secondo piano il fatto che i servizi devono essere accessibili e appropriati, sia da parte dei cittadini che degli operatori, secondo le rispettive responsabilità. I Fabbisogni specifici e sempre più diversificati della popolazione hanno trovato risposta quasi esclusivamente nelle strutture ospedaliere.

Ma le criticità descritte mostrano che, spesso, i servizi sono stati inappropriati, caratterizzati da duplicati ed eccessivamente frammentati, così come le strutture poco utilizzate rispetto ai fabbisogni espressi dalla popolazione e agli standard nazionali.

Le linee "operative" sulla distribuzione dei servizi che la Regione ha proposto riguardano:

- i livelli di attività secondo volumi e tipologie di prestazioni e non secondo le dotazioni strutturali. Questo implica il passaggio da una logica di assistenza basata su strutture e posti letto ad una logica basata sulle funzioni che si devono svolgere dentro e fuori le strutture;
- superare la frammentarietà dei servizi che si caratterizzano per essere tendenzialmente dei duplicati e raramente come sostitutivi;

- garantire dimensioni e caratteristiche delle unità operative dal punto di vista della funzionalità e dell'economicità, correlandole, quindi, ad un bacino di utenza sufficiente/necessario per garantirne la qualità in termini di risultati (elevata casistica, elevate prestazioni e, di conseguenza, elevate esperienze professionali);

Lo strumento per rispondere a questi criteri di riprogrammazione e riprogettazione funzionale del sistema e, quindi, di un corretto equilibrio tra:

- diffusione dei servizi e delle strutture,
- definizione delle competenze e delle capacità professionali,
- garanzia di alti volumi di attività,
- obiettivi clinici della continuità e della globalità dell'approccio assistenziale,
- esigenze economiche,

che richiede un processo di riprogettazione del Sistema Sanitario Regionale secondo il concetto delle Reti Integrate dei Servizi che è stato disegnato nella Delibera 45 e approvato dai Ministeri e, inoltre, sono disegnati negli altri Piani di rete; Residenziale e Semiresidenziale, delle Cure Primarie e dell'Assistenza Domiciliare, dell'Emergenza Urgenza e di tutte le Reti Cliniche correlate.

### **Lo stato di avanzamento della Programmazione**

In questi mesi la Regione, nell'ambito della realizzazione del Programma Operativo 2010 approvato dai Ministeri, ha concluso anche l'analisi del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali e il Piano della Rete di tali prestazioni è in attesa di essere approvato dai Ministeri. Tale Piano ha valutato fabbisogni manifesti ed emergenti attraverso una analisi dei pazienti ricoverati, ma ha anche stimato il fabbisogno che attualmente trova anche impropria risposta in presidi ospedalieri.

Attraverso lo sviluppo nel 2011 di posti letto residenziali e semiresidenziali nelle aree anziani, disabili, salute mentale, in particolare si daranno più specifiche risposte a soggetti che trovano accesso esclusivamente nel presidio per acuti anche per trattamenti riabilitativi di psot acuzie, di assistenza sanitaria, di assistenza socio sanitaria o di mantenimento.

Il Piano che sta per essere avviato andrà a regime entro 12 mesi.

Inoltre in questi mesi sono state progettate le Unità Operative Complesse e i Dipartimenti per concludere la Rete Ospedaliera e con essa sono state definite le linee guida del trasporto di emergenza urgenza già approvate e deliberate.

Alla conclusione di questa fase verrà concluso anche il Piano della Rete Emergenza Urgenza che è stato inviato ai Ministeri per la preventiva approvazione.

### **Il monitoraggio dei presidi riconvertiti**

Il primo settembre sono stati disattivati da presidi per acuti e riconvertiti in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) i presidi di Pescina, Casoli e Gissi e il primo ottobre anche il Presidio di Tagliacozzo.

Il costante monitoraggio della situazione della riconversione mostra innanzitutto che, fino ad oggi dopo circa 7 mesi dalla riconversione, non sono state descritte criticità né episodi di gravità ascrivibili alla disattivazione degli ospedali. Inoltre l'attività di riconversione territoriale, l'emergenza urgenza, il Punto di Primo Intervento (PPI) e, contemporaneamente, tutte le risposte dei Presidi Ospedalieri di riferimento si sono coordinate e integrate in modo efficiente e sicuro.

In particolare si sottolinea che nei PTA l'attività territoriale degli esami diagnostici e di visite si è raddoppiata sfruttando in modo appropriato le attrezzature presenti e, a questo proposito, ricordiamo la Tac di Gissi che ha raddoppiato gli esami. Inoltre in tutti gli altri presidi sono significativamente aumentate le ecografie e le visite specialistiche di tutte le branche. In conclusione l'aumento delle prestazioni appropriate in tutti quattro i presidi è aumentato significativamente mostrando un utilizzo corretto della medicina territoriale, medicina di diagnosi e diagnosi precoce e di controllo e di filtro che indirizza verso i servizi di livello superiore di assistenza eventualmente più idonei al cittadino.

L'utilizzo dei Presidi è aumentato per la parte territoriale riducendo le liste d'attesa nei distretti di riferimento, evitando di ingolfare i Presidi e Pronto Soccorsi dove è corretto rivolgersi per le attività più complesse. Un altro aspetto strategico va rilevato e sono le forme di associazionismo immediatamente attivate nei presidi che prevedono la presenza fino ad h24 di gruppi di medici di famiglia che stanno contribuendo in modo molto intenso a creare una risposta territoriale globale e unitaria, con lo sviluppo e il potenziamento dell'assistenza domiciliare (ADI) come previsto da tutti i Piani delle Cure Primarie delle Regioni in equilibrio e virtuose rispetto alla distribuzione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Si sottolinea che i mesi analizzati a cui si fa riferimento, sono quelli invernali e, quindi, più critici non solo per la popolazione anziana più a rischio di influenza e di tutte le complicanze correlate, ma anche per le criticità climatiche e logistiche che si possono creare.

A Pescina è iniziata la sperimentazione di un Ospedale di Comunità che è un nucleo di posti letto residenziali che vengono gestiti da gruppi di medici di famiglia che trattano prevalentemente soggetti anziani laddove l'assistenza domiciliare non sia possibile. Si prevede questa tipologia di assistenza anche in altri Presidi Territoriali della Regione che sarà inizialmente sperimentale per monitorare questo modello innovativo anche sotto il controllo dei Ministeri e dell'Agenas.

Il funzionamento dei PPI in questi mesi ha mostrato accessi per la maggior parte dei casi di codici bianchi che, con i codici verdi, arrivano a più del 85% dei casi. I codici rossi giunti ai PPI sono inferiori alle 10 unità per ciascun presidio, pari a circa l'1% dei casi durante i 7 mesi circa di attività

analizzati. Dei soggetti giunti al PPI sono stati trasferiti presso gli ospedali di riferimento un numero di casi inferiore al 10%.

Gli interventi di 118 analizzati sin dall'avvio della riconversione non mostrano differenze rispetto ai mesi e agli anni di confronto nè per volumi nè per tipologia di gravità; essi hanno prodotto circa il 90% di ricoveri ospedalieri presso i presidi di riferimento (Vasto e Lanciano per la ASL di Chieti e Avezzano per la ASL dell'Aquila).

Inoltre si sottolinea che l'istituzione del Punto di Primo Intervento codificato nella delibera 44 e ulteriormente approfondito nei meccanismi operativi e di funzionamento nella 88, hanno avuto lo scopo di garantire che il processo di cambiamento organizzativo degli operatori e comportamentale della popolazione fosse supportato e agevolato da interventi tempestivi e sicuri che, dopo la valutazione del caso eseguita da operatori di urgenza, provvedono, laddove necessario, al tempestivo trasferimento nei Presidi che hanno volumi di attività ed esperienza oltre che tecnologie e attrezzature per rispondere allo scopo.

Grafico 1 – Caratteristiche del Presidio Territoriale di Assistenza (PTA)



**Tabella 2 – ASL Chieti – Ospedale Maria SS Immacolata, Guardiagrele, primi 30 DRG ricoveri ordinari, anno 2008**

n	tipo	drg	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd	dvstd	peso
1	M	430	Psicosi	346	18%	18%	4,205	23%	23%	12.2	9.88	0.77
2	M	127	Insufficienza cardiaca e shock	186	10%	28%	1,709	9%	32%	9.2	8.18	1.01
3	M	87	Edema polmonare e insufficenza respiratoria	85	4%	32%	725	4%	36%	8.5	5.29	1.43
4	M	395	Anomalie dei globuli rossi, eta' > 17	55	3%	35%	353	2%	38%	6.4	3.83	0.82
5	M	15	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	47	2%	38%	343	2%	40%	7.3	5.28	0.73
6	M	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza cc.	43	2%	40%	149	1%	41%	3.5	2.52	0.50
7	M	134	Ipertensione	43	2%	42%	222	1%	42%	5.2	2.95	0.58
8	M	88	Malattia polmonare cronico-ostruttiva	42	2%	44%	391	2%	44%	9.3	4.40	0.91
9	M	14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transit.	37	2%	46%	377	2%	47%	10.2	11.12	1.17
10	M	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta' > 17 senza c	34	2%	48%	190	1%	48%	5.6	5.74	0.56
11	M	316	Insufficienza renale	34	2%	50%	387	2%	50%	11.4	8.03	1.37
12	M	132	Arterosclerosi con cc.	33	2%	51%	408	2%	52%	12.4	12.80	0.65
13	M	523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	29	2%	53%	206	1%	53%	7.1	3.42	0.40
14	M	143	Dolore toracico	28	1%	54%	123	1%	54%	4.4	2.25	0.52
15	M	432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	28	1%	56%	39	0%	54%	1.4	1.20	0.71
16	M	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con cc.	26	1%	57%	130	1%	55%	5.0	2.99	0.82
17	M	142	Sincope e collasso senza cc.	23	1%	58%	117	1%	55%	5.1	2.48	0.54
18	M	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con cc.	23	1%	60%	166	1%	56%	7.2	6.25	1.20
19	M	99	Segni e sintomi respiratori con cc.	21	1%	61%	228	1%	57%	10.9	5.83	0.70
20	M	65	Alterazioni dell'equilibrio	20	1%	62%	132	1%	58%	6.6	4.12	0.53
21	M	174	Emorragia gastrointestinale con cc.	20	1%	63%	166	1%	59%	8.3	4.69	0.99
22	M	97	Bronchite e asma, eta' > 17 senza cc.	19	1%	64%	128	1%	60%	6.7	2.98	0.56
23	M	89	Polmonite semplice e pleurite, eta' > 17 con cc.	18	1%	65%	241	1%	61%	13.4	7.17	1.06
24	M	429	Disturbi organici e ritardo mentale	18	1%	66%	241	1%	62%	13.4	12.15	0.84
25	M	17	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza cc.	17	1%	67%	160	1%	63%	9.4	7.15	0.67
26	M	141	Sincope e collasso con cc.	17	1%	67%	85	0%	64%	5.0	2.29	0.72
27	M	416	Setticemia, eta' > 17	16	1%	68%	143	1%	65%	8.9	5.03	1.62
28	M	425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	16	1%	69%	85	0%	65%	5.3	4.22	0.68
29	M	12	Malattie degenerative del sistema nervoso	16	1%	70%	275	2%	67%	17.2	13.26	0.90
30	M	25	Convulsione e cefalea, eta' > 17 senza cc.	16	1%	71%	112	1%	67%	7.0	3.44	0.59
<b>Totale</b>				<b>1,356</b>	<b>71%</b>		<b>12,236</b>	<b>67%</b>		<b>9.0</b>		<b>0.85</b>
<b>Altro</b>				<b>560</b>	<b>29%</b>		<b>5,978</b>	<b>33%</b>		<b>10.7</b>		
<b>Totale</b>				<b>1,916</b>	<b>100%</b>		<b>18,214</b>	<b>100%</b>		<b>9.5</b>	<b>9.24</b>	<b>0.85</b>

*\*in giallo sono stati identificati i 43 DRG ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime ordinario afferenti al DPCM 2001, in verde i 66 DRG aggiunti dal Patto della Salute 2009*



**Tabella 3 – ASL Chieti – Ospedale Maria SS Immacolata, Guardiagrele, dati di struttura e attività dei ricoveri ordinari, anno 2008**

Presidio	Posti Letto	Ricoveri	Degenza Media	Tasso occupazione	Peso Medio	% Peso Inferiore a 1	% Peso superiore a 2	% Over 65	% Ricoveri Chirurgici	% Ricoveri Medici	% 43 DRG LEA	% 65 DRG LEA	% Ric Medici 1 gg escluso LEA (43 DRG)
GUARDIAGRELE	72	1.916	9,5	69%	0,85	70%	0%	67%	0%	100%	14%	7%	7%

**Tabella 4 – ASL Chieti – Ospedale Maria SS Immacolata, Guardiagrele, dati di struttura e attività dei ricoveri day hospital, anno 2008**

PRESIDIO	Posti Letto	Ricoveri	Accessi Medi	Peso Medio	% Over 65	% Ricoveri chirurgici	% Ricoveri con 1 accesso	% Ricoveri medici con 1 accesso
GUARDIAGRELE	3	1.687	1,8	0,72	63%	81%	90%	10%

**Tabella 5 – ASL Chieti – Ospedale Maria SS Immacolata, Guardiagrele, distribuzione dei ricoveri ordinari per unità operativa, anno 2008**

uu.oo.	Posti Letto	Ricoveri	Dmd	Tasso Occupazione	Peso Medio	% Medici	% Chirurgici	% peso < 1	% peso >2	% 43Lea	% 65Lea
21 - Geriatria	17	537	7,2	63%	0,86	100%	0%	61%	0%	12%	9%
26 - Medicina generale	20	797	7,7	84%	0,89	99%	0%	62%	0%	22%	10%
40 - Psichiatria	15	452	10,8	89%	0,73	99%	1%	99%	1%	5%	1%
60 - Lungodegenti	20	130	25,4	45%	0,94	100%	0%	53%	1%	0%	0%
<b>TOTALE</b>	<b>72</b>	<b>1.916</b>	<b>9,5</b>	<b>69%</b>	<b>0,85</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>70%</b>	<b>0%</b>	<b>14%</b>	<b>7%</b>