



BOLLETTINO UFFICIALE

della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale N. 125 del 12 Ottobre 2016

**RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA REGIONE ABRUZZO
DECRETO COMMISSARIO AD ACTA N. 79 del 21.07.2016**

Vendita e Informazioni

**UFFICIO BURA
L'AQUILA
Via Leonardo Da Vinci n° 6**

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Servizi online Tel. 0862/ 363217 -363206

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

Avviso per gli abbonati

In applicazione della L.R. n. 51 del 9.12.2010 il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo dall' 1.1.2011 viene redatto in forma digitale e diffuso gratuitamente in forma telematica, con validità legale. Gli abbonamenti non dovranno pertanto più essere rinnovati.

Il Bollettino Ufficiale viene pubblicato nei giorni di Mercoledì e Venerdì

Articolazione del BURAT

Il BURAT serie "ORDINARIO" si articola in due parti:

PARTE PRIMA

- a) Lo Statuto regionale e le leggi di modifica dello Statuto, anche a fini notiziali ai sensi dell'articolo 123 della Costituzione;
- b) le leggi ed i regolamenti regionali e i testi coordinati;
- c) il Piano regionale di sviluppo ed i relativi aggiornamenti, il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria nonché tutti gli atti di programmazione degli organi di direzione politica disciplinati dalla normativa regionale in materia di programmazione;
- d) gli atti relativi ai referendum da pubblicarsi in base alle previsioni della normativa in materia;
- e) le sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relative a leggi della Regione Abruzzo o a leggi statali o a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione Abruzzo, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità di leggi della Regione Abruzzo e i ricorsi del Governo contro leggi della Regione Abruzzo;
- f) gli atti degli organi politici e di direzione amministrativa della Regione che determinano l'interpretazione delle norme giuridiche o dettano disposizioni per loro applicazione;
- g) le ordinanze degli organi regionali.

PARTE SECONDA

- a) Le deliberazioni adottate dal Consiglio regionale e non ricomprese fra quelle di cui al comma 2;
- b) gli atti di indirizzo politico del Consiglio regionale;
- c) i decreti del Presidente della Giunta regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- d) i decreti del Presidente del Consiglio regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- e) i provvedimenti degli organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale;
- f) gli atti della Giunta regionale e dell'ufficio di Presidenza del Consiglio regionale di interesse generale;
- g) gli atti della Regione e degli enti locali la cui pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti statali e regionali;
- h) i bandi e gli avvisi di concorso della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici e i relativi provvedimenti di approvazione;
- i) i bandi e gli avvisi della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici o finanziari e i relativi provvedimenti di approvazione;
- j) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relative ai procedimenti di cui alle lettere h) e i);
- k) gli atti di enti privati e di terzi che ne facciano richiesta conformemente alle previsioni normative dell'ordinamento.

1. Gli atti particolarmente complessi, i bilanci ed i conti consuntivi, sono pubblicati sui BURAT serie "SPECIALE".
2. Gli atti interni all'Amministrazione regionale sono pubblicati sui BURAT serie "SUPPLEMENTO".
3. I singoli fascicoli del BURAT recano un numero progressivo e l'indicazione della data di pubblicazione.

NOTA:

Le determinazioni direttoriali e dirigenziali per le quali non sia espressamente richiesta la pubblicazione integrale sul BURAT, ancorché non aventi rilevanza esterna o che siano meramente esecutive di precedenti determinazioni, **sono pubblicate per estratto** contenente la parte dispositiva, l'indicazione del servizio competente, il numero d'ordine, la data e l'oggetto del provvedimento.

Sul Bollettino Ufficiale sono altresì pubblicati tutti i testi la cui pubblicazione è resa obbligatoria dall'ordinamento nazionale e comunitario, anche se richiesti da privati.

Sommario

PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

ATTI DELLA REGIONE

DECRETI

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23/07/2014)

DECRETO 21.07.2016, n. 79

Approvazione Documento Tecnico "Riordino della Rete Ospedaliera - Regione Abruzzo" 4

 PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

 ATTI DELLA REGIONE

 DECRETI

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del
23/07/2014)**

DECRETO 21.07.2016, n. 79

**Approvazione Documento Tecnico
"Riordino della Rete Ospedaliera - Regione
Abruzzo".**
IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, secondo i Programmi Operativi di cui all'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il decreto commissariale n. 90/2014 del 12 agosto 2014 di insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012, di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli

in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e ss.mm.ii. che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal SSN;

VISTA la L.R. 31.07.2007, n. 32 e ss.mm.ii. recante "Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private";

VISTA la LR n. 5/2008 del 10 marzo 2008 "Un sistema di garanzia per la salute - Piano Sanitario Regionale 2008 - 2010";

VISTO il decreto legge 06 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazioni dalla legge 07 agosto 2012 n. 135 ed, in particolare, l'art. 15 comma 13 lett. C) a tenore del quale "sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati con regolamento approvato ai sensi dell'art. 1 comma 169 della legge 30 dicembre 2004 n. 311, previa intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nonchè tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012 provvedimenti di riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario Regionale secondo i parametri indicati dal medesimo art 15 comma 13 lett. C)";

VISTO il Patto per la salute 2014 - 2016 di cui all'Intesa Governo e Regioni del 10 luglio 2014;

VISTA la deliberazione commissariale n. 45/2010 del 05 agosto 2010 che, in attuazione dell'Intervento 6 del Programma Operativo 2010 di cui al DCA n. 44/2010, ha riordinato la rete ospedaliera della Regione Abruzzo approvando i documenti tecnici di seguito elencati:

- Metodologia di definizione del Fabbisogno di prestazioni ospedaliere e dei posti letto correlati
- Disattivazione dei Presidi per acuti non coerenti col Fabbisogno individuato e cronoprogramma delle loro riconversioni
- Criteri di definizione della Rete Integrata di Servizi, dell'assetto organizzativo e del dimensionamento delle unità operative, delle funzioni e delle principali reti cliniche, hub e spoke

VISTO il decreto commissariale n. 5/2011 del 28 febbraio 2011 di approvazione delle Linee guida regionali per la redazione degli atti aziendali delle Aziende UUSLL;

VISTO il Documento relativo allo “Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12 comma 1 lett. B) Patto per la Salute 2010-2012” approvato dal Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012;

VISTI i decreti commissariali nn. 30, 31, 32 e 33 del 27 luglio 2012 che nell'esprimere la conformità degli atti aziendali adottati dalle Aziende UUSLL regionali alle Linee Guida di cui al DCA n. 5/2011, hanno rinviato la riorganizzazione delle Unità Operative Semplici e Complesse aziendali all'acquisizione delle direttive che, nel termine stabilito dalla circolare ministeriale 185-P del 17 luglio 2012, sarebbero state impartite dal Commissario ad Acta in conformità al Documento del 26 marzo 2012;

VISTO il decreto n. 49/2012 del 08 ottobre 2012 che, oltre dettare le “Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende USL”, ha anche recepito i suddetti Standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse invitando le Aziende sanitarie ad adeguarvi la propria dotazione strutturale modificando, in parte qua, il proprio atto aziendale;

VISTI i decreti n. 21/2014 del 23 febbraio 2014, n. 106/2013 del 20 dicembre 2013, n. 97/2013 dell'11 dicembre 2013 e n. 56/2014 del 28 aprile 2014 con i quali l'Organo commissariale ha ritenuto conformi agli standard strutturali di cui al DCA n. 49/2012 le dotazioni stabilite nei riformati atti aziendali;

VISTO il decreto commissariale n. 25/2012 del 04 luglio 2012 che ha redistribuito, tra le strutture ospedaliere private accreditate, le dotazioni di posti letto stabilite dalla DCA n. 45/2010 in relazione alle Case di Cura private;

VISTO il DCA n. 96/2013 del 28 novembre 2013 “Organizzazione e funzioni della rete regionale dei Servizi trasfusionali”;

VISTO il DCA n. 11/2013 del 20 febbraio 2013 “Rete dell'emergenza-urgenza della Regione Abruzzo e reti IMA-STROKE-POLITRAUMA (trauma maggiore) percorso neurochirurgico”;

VISTO il DCA 10/2015 dell'11 febbraio 2015 che, in attuazione del punto 1 linee di azione di cui all'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, ha riorganizzato i Punti Nascita regionali;

VISTO il DCA n. 58/2015 dell'11 giugno 2015 che, attuando il riferito DCA n. 10/2015, ha disciplinato il “Trasporto perinatale in emergenza (STAM e STEN)”;

VISTO il DCA n.95/2015 del 28 settembre 2015 “Approvazione del Programma di Qualificazione della Rete dell'Emergenza Urgenza Territoriale”;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 02 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”;

RICHIAMATO, in particolare, l'art. 1 comma 2 del suddetto Regolamento che demanda alle Regioni l'adozione del “provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie”;

PRECISATO che, ai sensi dello stesso art. 1 del Regolamento, comma 5, il riferito provvedimento regionale deve essere adottato, tra l'altro, in modo da:

- procedere alla classificazione delle strutture ospedaliere in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1

prevedendo, per le strutture private la soglia indicata nel punto 2.5 del medesimo paragrafo ai fini dell'accreditabilità e della sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali"

- perseguire gli standard di disciplina indicati nel paragrafo 3 dell'allegato 1 tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline
- assumere, come riferimento quanto indicato nel paragrafo 4 dell'allegato 1 in materia di rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico, provvedendo, altresì, ad assicurare modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggiore flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero e dando specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza;
- applicare gli standard di qualità di cui al paragrafo 5 dell'Allegato 1 applicare gli standard di cui al paragrafo 6.3 dell'Allegato 1 tenendo presenti le indicazioni contenute nel DL 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni dalla legge 08 novembre 2012 n. 189;
- tener conto degli ulteriori standard nei paragrafi 6, 7 dell'Allegato 1 in materia di standard organizzativi, strutturali e tecnologici e di standard per le alte specialità;
- assicurare forme di centralizzazione di livello sovra-aziendale per alcune attività caratterizzate da economie di scala e da diretto rapporto volumi7qualità dei servizi, tra le quali alcune specifiche linee di attività del sistema trasfusionale come previsto dall'Accordo stato-regioni del 25 luglio 2012
- articolare la rete ospedaliera prevedendo reti per patologia in base a quanto indicato nel paragrafo 8 dell'Allegato 1; adottare il modello hub e spoke previsto

espressamente per le reti per le quali risulti più appropriato ovvero altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica;

- adeguare la rete dell'emergenza-urgenza alle indicazioni contenute nel paragrafo 9 dell'Allegato 1 anche prevedendo specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie ed in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso comunque nel rispetto degli standard di cui al comma 2;

VISTO il DCA 55/2016 del 10 giugno 2016 di approvazione del "Piano di riqualificazione del Servizio sanitario regionale 206-2018";

RICHIAMATO, in particolare, l'Intervento 2.1. "Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità" che, in attuazione del Regolamento di cui al DM n. 70/2015, programma la ridefinizione della rete ospedaliera regionale secondo logiche di specializzazione delle singole strutture e di integrazione funzionale tra i presidi con gradi decrescenti di complessità;

VISTO il Documento tecnico "Riordino della rete ospedaliera - Regione Abruzzo" trasmesso dall'Agenzia sanitaria regionale in data 10 novembre 2015 con prot n. 1574 che si allega al presente provvedimento quale parte costitutiva ed integrante (All.1) i cui contenuti sono stati definiti all'esito della protratta interlocuzione intercorsa con i Ministeri affiancanti il Piano di Rientro nell'ottica di una puntuale attuazione, sul territorio regionale, delle disposizioni recate dal riferito DM n. 70/2015;

RITENUTO, sulla base delle valutazioni espresse dai Ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute, di poterne procedere all'approvazione in quanto rispondente ai parametri delineati dal citato Regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

PRECISATO che, con successivi provvedimenti saranno delineate le modalità attuative degli assetti organizzativi definiti dal Documento Tecnico (All.1) dettagliando, in puntuali e

specifici cronoprogrammi, i processi di riorganizzazione ivi programmati;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di approvare** il Documento tecnico "Riordino della rete ospedaliera - Regione Abruzzo" che si allega al presente provvedimento quale parte costitutiva ed integrante (All.1);
2. **di rinviare** a successivi provvedimenti la definizione delle modalità attuative degli assetti organizzativi definiti dal Documento Tecnico (All.1) dettagliando, in puntuali e specifici cronoprogrammi, i processi di riorganizzazione ivi programmati;
3. **di trasmettere** il presente decreto ai Ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute per la relativa validazione, procedendone, altresì, alla pubblicazione sul BURA e sul sito istituzionale della Regione Abruzzo. Della pubblicazione sul BURA saranno notiziati i competenti servizi del Dipartimento Salute e Welfare, l'Agenzia sanitaria regionale (ASR Abruzzo), le Aziende UUSLL e le Case di Cura private accreditate.

**IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso**

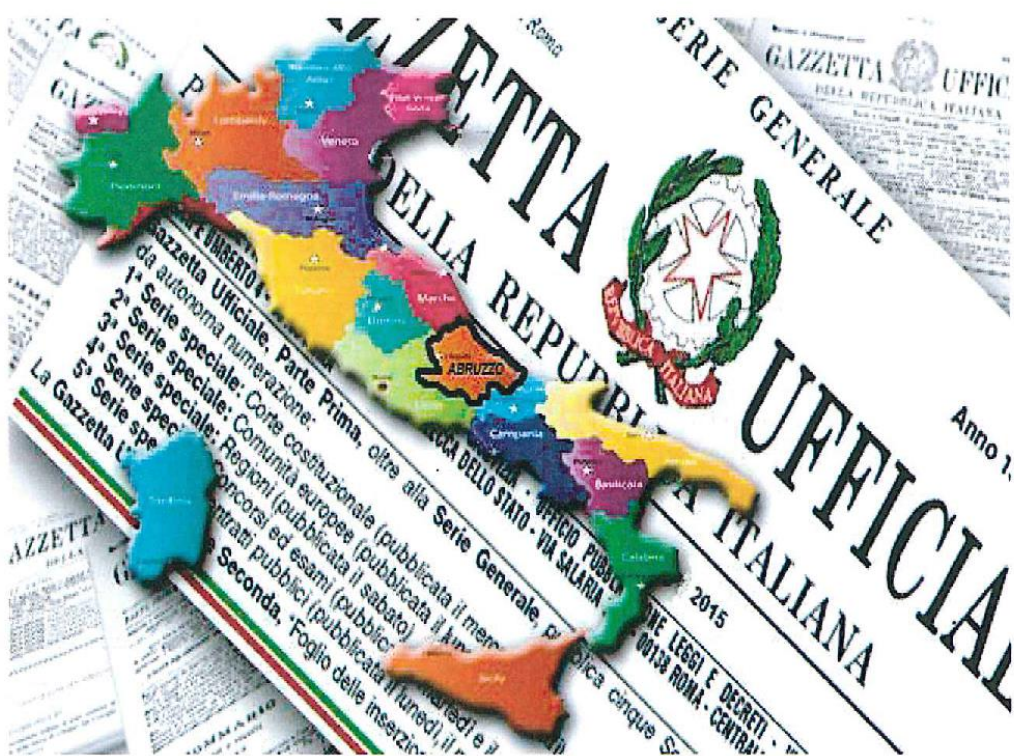
Segue Allegato

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 79/2016 del 21 LUG. 2016



RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA REGIONE ABRUZZO



SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	3
PERCORSO METODOLOGICO.....	4
PROGRAMMAZIONE DEI POSTI LETTO OSPEDALIERI. STANDARD NORMATIVI.....	4
Metodologia. ANALISI DELLA PRODUZIONE.....	5
Dotazione dei posti letto nella Regione Abruzzo – anno 2013 –.....	7
Analisi delle giornate di degenza e degli accessi. Calcolo dei posti letto normalizzati.....	8
Analisi della Mobilità Extra – Regionale.....	10
Calcolo di dotazione dei posti letto regionali.....	13
Considerazioni Conclusive.....	14
CONTESTO ATTUALE DELLA RETE OSPEDALIERA.....	17
NUOVA RETE OSPEDALIERA. APPLICAZIONE DEGLI STANDARD.....	18
RETE OSPEDALIERA DELL' EMERGENZA.....	21
D.E.A. II LIVELLO	23
PRESIDI OSPEDALIERI SEDE DI D.E.A. DI I LIVELLO.....	24
DEA di I livello con funzione di HUB.....	25
DEA di I livello con funzioni di SPOKE.....	26
PRESIDI OSPEDALIERI (PO) SEDE DI PRONTO SOCCORSO (PS).....	28
CRITICITÀ E ANALISI DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE.....	30
Presidio Ospedaliero G. Bernabeo (Ortona).....	30
Presidio Ospedale SS. Trinità (Popoli).....	34
Presidio Ospedaliero San Camillo De Lellis (Atessa).....	36
Presidio Ospedaliero M.SS.Immacolata (Guardiagrele).....	39
Presidio Ospedaliero (Castel Di Sangro).....	40
Presidio Ospedaliero San Massimo (Penne).....	43
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.....	45
ASSETTO GEOGRAFICO RETE OSPEDALIERA.....	46
CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO.....	47
OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	47
LA RIPROGETTAZIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE NELLA RETE OSPEDALIERA.....	49
Distribuzione delle UO e dei SERVIZI nei singoli PO.....	55
MODELLO DIPARTIMENTALE.....	60
STRUTTURE OSPEDALIERE PRIVATE.....	62
RETI TEMPO-DIPENDENTI.....	67
CRITERI METODOLOGICI.....	67
LA RETE PER LE EMERGENZE CARDIOLOGICHE.....	67
Premessa.....	67
Epidemiologia in Abruzzo.....	68

Analisi del fabbisogno.....	68
Analisi dell'offerta attuale	69
Riorganizzazione della Rete per le Emergenze Cardiologiche secondo il DM 70/2015.....	71
Standard di riferimento e nodi della rete	73
Gli scenari logistico-clinici possibili	74
RETE DELLO STROKE	77
Introduzione	77
Dati dello Stroke in Abruzzo	77
Analisi dell'offerta.....	78
Riorganizzazione della Rete dello Stroke secondo il DM 70/2015	78
Indicatori di carattere generale per la gestione dello Stroke	83
RETE POLITRAUMA/TRAUMA MAGGIORE	84
Introduzione Ed Epidemiologia.....	84
Definizione.....	84
Analisi dell'offerta attuale	85
Riorganizzazione del Politrauma secondo il DM 70/2015	86
Il Sistema Integrato per l'assistenza al Trauma – SIAT	87
Altre Reti per patologia	90
MONITORAGGIO SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA.....	91
RETE DELL'EMERGENZA URGENZA TERRITORIALE	92
MAPPATURA DELLE STRUTTURE DI DEGENZA E DEI SERVIZI SENZA POSTI LETTO: SITUAZIONE ATTUALE (AL 01/01/2016) E SUCCESSIVA ALL'APPLICAZIONE DEL PROVVEDIMENTO DI PROGRAMMAZIONE.....	96

RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA REGIONE ABRUZZO
Legge 135/2012
Patto per la Salute 2014-2016
D.M.70/15

INTRODUZIONE

La riorganizzazione della rete ospedaliera regionale viene determinata sulla base di quanto disposto dall'art.15 del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n.135 (Spending review), in coerenza con quanto indicato dal Patto per la Salute e in ottemperanza alle indicazioni contenute nel Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (Conferenza Stato-Regioni 5 agosto 2014), recepito con D.M. 70/15, che ha previsto nuovi obiettivi di programmazione per la rete ospedaliera. L'obiettivo generale è lo sviluppo di nuove strategie d'intervento che, agendo sull'organizzazione e sull'appropriatezza clinica, creano le condizioni per un miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, garantendo la centralità del paziente, nonostante il verificarsi di un decremento delle risorse finanziarie destinate al sistema sanitario.

L'adeguamento della rete ospedaliera ai parametri del D.M. n.70, nei tempi previsti dall'art. 1 comma 2 dello stesso Decreto, ha l'obiettivo, quindi, non di ridurre l'offerta ma di rimodularla, per dare al cittadino la struttura adeguata al suo tipo specifico di bisogno, con una ridefinizione dei posti letto che verranno riconvertiti. Nel merito, le coordinate di programmazione contenute nel presente documento e che guidano la nuova riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Abruzzo sono prioritariamente le seguenti.

- I posti letto (PL) ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR non devono superare il valore di 3,7 per mille abitanti, di cui il 3,0 per mille per acuti, lo 0,5 per la post-acuzie riabilitativa e lo 0,2 per la lungodegenza. Il fabbisogno dei posti letto viene calcolato tenendo conto della correzione per la mobilità così come previsto dall'art. 1 comma 3 del Regolamento.
- Il tasso di ospedalizzazione deve essere riportato tendenzialmente sotto il valore soglia di 160 per mille abitanti, di cui il 25% riferito a ricoveri diurni.
- L'indice di occupazione dei posti letto deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e la durata media di degenza per i ricoveri ordinari deve essere inferiore mediamente a sette giorni.
- La rete ospedaliera deve essere organizzata su livelli di complessità crescente e dimensionata secondo i rispettivi bacini di popolazione e caratteristiche orografiche.
- L'offerta di discipline complesse deve rispondere a requisiti basati da un lato sui volumi di attività e su altri indicatori di appropriatezza, e dall'altro sulla tempestività della risposta; entrambi i fattori hanno un peso determinante sugli esiti di salute.
- Nell'ambito assistenziale, il modello adottato di HUB e SPOKE deve assicurare efficienti ed efficaci integrazioni interaziendali.
- La valutazione di aree distanti più di 90 minuti dai centri HUB e SPOKE di riferimento o più di 60 minuti dai presidi di pronto soccorso per la qualificazione dei presidi ospedalieri di piccole dimensioni.
- Le strutture ospedaliere private devono essere accreditate prevedendo un numero di PL per acuti non inferiore a 60, ad esclusione delle strutture monospecialistiche.

Il presente documento tecnico riordina l'assetto della rete ospedaliera delineata nel 2010, nella Regione Abruzzo, con il Decreto commissariale 45/2010 che prevedeva una diversa metodologia di valutazione del fabbisogno dei posti letto per mille abitanti; ridetermina inoltre i contenuti e le scelte del DCA 11/2013 con le afferenze ai DEA di I livello e ai PS; adegua i punti di offerta di alcune reti di specialità, in particolare le reti tempo dipendenti secondo il modello HUB e SPOKE.

PERCORSO METODOLOGICO

Nel riordino della rete ospedaliera per una corretta articolazione dei presidi ospedalieri nella rete di Emergenza-urgenza, secondo livelli di complessità crescente, sono state adottate le seguenti fasi:

1. Individuazione preliminare dei fabbisogni di prestazioni ospedaliere, ai fini della ridefinizione complessiva dei posti letto per acuti e post-acuti.
2. Rimodulazione dell'intera rete di emergenza-urgenza che costituisce il parametro fondamentale con il quale riorganizzare in simmetria la rete ospedaliera, secondo il modello HUB e SPOKE, in considerazione sia dei bacini di utenza che della copertura delle aree disagiate.
3. Riorganizzazione delle reti delle patologie complesse tempo dipendenti e delle reti di elezione quali parti integranti del sistema HUB e SPOKE degli ospedali, garantendo una risposta tempestiva e appropriata ai bisogni.
4. Connotazione e classificazione di ogni presidio della rete ospedaliera per livelli di complessità crescente, analizzando le discipline attualmente esistenti all'interno dei singoli presidi e i relativi volumi di attività, l'appropriatezza degli interventi e degli esiti delle cure, il contesto territoriale, i collegamenti con gli altri servizi ospedalieri a livello di bacino e regionale, e conseguenzialmente la necessità di ottimizzare le risorse umane e tecnologiche.
5. Riconversione delle strutture ospedaliere con ridotti volumi di attività e con contestuale individuazione delle possibili forme di assistenza alternative che saranno attivate.
6. Stima del fabbisogno complessivo delle strutture operative complesse per singola disciplina, sulla base dei bacini di utenza indicati dal Regolamento e determinati in coerenza ai volumi e agli esiti delle prestazioni erogate nei diversi presidi ospedalieri.

La contestualizzazione di questi parametri, nella articolazione geografica e nella distribuzione demografica della Regione Abruzzo, consentono di individuare 7 DEA di I livello, 4 ospedali di base e 2 ospedali di Area disagiata, che rappresentano l'intera Rete di emergenza-urgenza articolata secondo il modello Hub e Spoke.

PROGRAMMAZIONE DEI POSTI LETTO OSPEDALIERI. STANDARD NORMATIVI

Il D.M. 70/2015 ai fini del calcolo della dotazione dei posti letto in ciascuna regione, pone come punto di riferimento il numero dei posti letto effettivi che risultino attivi nei reparti ospedalieri al 1° gennaio 2013 (art.1 – comma 3- lettera b) punto 1). La dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati SSR (flusso HSP 2013) è pari a 4.883 pl, di cui 4.301 pari al 3,1 per 1.000 abitanti per gli acuti e 582 posti letto pari allo 0,6 per 1.000 abitanti per i post acuti. Nella regione Abruzzo, a seguito degli interventi di razionalizzazione della rete di Assistenza Ospedaliera, tra cui il Programma Operativo 2010 (DCA n°45/2010) che ha definito il fabbisogno di prestazioni ospedaliere e dei posti letto correlati, oltre che la disattivazione dei presidi per acuti non coerenti col fabbisogno individuato, si è registrato un progressivo ridimensionamento della dotazione di posti letto per l'assistenza ospedaliera. La dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati SSR (flusso HSP 2014) è pari a 4.503, di cui 3.818 per acuti e 685 posti letto per i post acuti (rispettivamente 2,9 e 0,5 per 1.000 abitanti).

In conformità con quanto previsto dal Regolamento, che indica un valore tendenziale del 90% quale indice di occupazione, viene definito come obiettivo regionale di programmazione un utilizzo dei p.l pari all' 85% per i ricoveri per acuti e l'80% per i post-acuti. Dall'analisi della produzione dei ricoveri si evince che la percentuale di ricoveri in DH è pari a 27% che risulta in linea con quanto previsto dal paragrafo 1.5 del Regolamento.

Il riferimento dell'annualità 2013 si è reso altresì necessario dall'impossibilità di disporre dei dati relativi alla mobilità passiva per l'anno 2014, in quanto non ancora definite le procedure di invio con le relative scadenze in sede di coordinamento interregionale della mobilità sanitaria. Dal calcolo dei posti letto normalizzati è risultato un consumo complessivo pari a 169 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui il 27% in DH.

Dall'analisi delle differenze tra i posti letto normalizzati adeguati agli standard nazionali e l'attuale dotazione è emerso un potenziale fabbisogno regionale di posti letto sia per gli acuti che per i post acuti.

POSTI LETTO ACUTI PRIVATO

- Per quanto concerne la dotazione complessiva dei posti letto per acuti delle strutture private accreditate, la Programmazione regionale, in coerenza con le indicazioni previste dal Decreto Ministeriale 70/2015, dovrà tener conto della soglia di accreditabilità e sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali rispettando il criterio del numero di posti letto per acuti non inferiore a 60, ad esclusione delle strutture monospecialistiche. Al riguardo, eventuali riconversioni degli erogatori privati non determineranno aumento della dotazione complessiva dei posti letto.

POSTI LETTO POST ACUTI

- Relativamente al settore post acuti si rappresenta che l'attuale dotazione di posti letto è sottodimensionata (0,5 per mille abitanti) e pertanto risulta necessario un processo di allineamento allo standard dello 0,7 per mille abitanti. In considerazione, inoltre, della prevalente distribuzione di posti letto di riabilitazione ospedaliera nel settore privato, la Programmazione regionale prevede un potenziamento del settore pubblico anche in considerazione del processo di riconversione dei P.O. a basso volume di attività. In linea con quanto previsto dal Regolamento Ospedaliero sono stati considerati i posti di residenzialità presso le strutture sanitarie territoriali, per i quali la Regione Abruzzo copre un costo giornaliero superiore al valore soglia della tariffa giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera. In particolare i posti letto considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri sono in totale 40 e sono così classificati: Residenze minorazioni plurisensoriali dell'età evolutiva (15 p.l.) e Residenze disturbi comportamento o patologie di interesse neuropsichiatrico in età evolutiva (25 p.l.).

METODOLOGIA. ANALISI DELLA PRODUZIONE

La metodologia utilizzata dalla Regione Abruzzo nella rimodulazione della rete ospedaliera con riferimento al numero di posti letto ha tenuto conto in primo luogo della produzione relativamente all'anno 2013 dei ricoveri ordinari e DH, sia per il pubblico che per il privato (File ASDO 2013). Al fini della definizione del fabbisogno di posti letto (HSP anno 2013) complessivi dell'offerta ospedaliera è stata considerata la popolazione residente nella regione Abruzzo al 1 gennaio 2014, che è pari a 1.333.939 abitanti (<http://demo.istat.it>). Come ribadito in premessa, la scelta dell'annualità 2013 si è resa necessaria dall'impossibilità di disporre dei dati relativi alla mobilità passiva per l'anno 2014, in quanto non ancora definite le procedure di invio con le relative scadenze in sede di coordinamento interregionale della mobilità sanitaria.

Dall'analisi della produzione totale regionale, sono stati esclusi, metodologia AGENAS – Monitor n. 27/2011, tutti i ricoveri e le culle della disciplina nido (cod. 31).

Nelle tabelle seguenti sono riportati i dati relativi alla produzione del pubblico, del privato e la produzione totale regionale suddivisa in acuti e post-acuti (tab.1, Tab.2 e Tab.3).

Tab. 1 Produzione Pubblico – Abruzzo - Anno 2013

N. RICOVERI	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	124.376	48.577	172.953	98%
Post acuti	3.628		3.628	2%
Totale complessivo	128.004	48.577	176.581	100%
	72%	28%	100%	

Tab. 2 Produzione Privato – Abruzzo Anno 2013

N. RICOVERI	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	21.509	8.287	29.796	85%
Post acuti	5.199	43	5.242	15%
Totale complessivo	26.708	8.330	35.038	100%
	76%	24%	100%	

Tab. 3 Produzione Totale (pubblico e privato) – Abruzzo Anno 2013

N. RICOVERI	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	145.885	56.864	202.749	96%
Post_acuti	8.827	43	8.870	4%
Totale complessivo	154.712	56.907	211.619	100%
	73%	27%	100%	

Dall'analisi della produzione regionale, si evince che la percentuale di ricoveri in DH è pari a 27%, in linea con quanto previsto dal paragrafo 1.5 del Regolamento.

Al fine di rilevare la presenza più o meno significativa di variabilità nell'utilizzo di posti letto per acuti, si è proceduto con l'analisi mensile, delle giornate di degenza registrate sui ricoveri ordinari sia per il pubblico che per il privato. (Tab.4).

Tab. 4 Variazioni mensili di ricoveri ordinari di ACUZIE e relativo tasso di utilizzo (pubblico e privato) – Abruzzo Anno 2013 –

MESE DI RICOVERO	Giornate	Tasso di occupazione PL
Gen	93.508	84,3%
Feb	86.604	86,5%
Mar	89.530	80,7%
Apr	91.442	85,2%
Mag	90.004	81,2%
Giu	86.141	80,3%
Lug	83.281	75,1%
Ago	76.376	68,9%
Sett	84.847	79,1%
Ott	89.309	80,5%
Nov	83.838	78,1%
Dic	80.004	72,1%
MEDIA MENSILE	86.240	79,0%
PL_acuti 2013		3.577

Dall'analisi è emerso che i mesi caratterizzati da picchi di produzione sono Gennaio, Febbraio e Aprile e comunque non superano mai un tasso di occupazione del 90% .

In conformità con quanto previsto dal Decreto n° 70/2015, che prevede un intervento concreto sull'indice di occupazione dei posti letto tale da attestarsi su valori del 90% tendenziale, si definisce come obiettivo regionale di programmazione un utilizzo pari all' 85% per i ricoveri per acuti.

La stessa metodologia di analisi è stata poi ripetuta per i ricoveri post-acuti, che hanno evidenziato una media mensile del 76%, con il picco nei mesi di Marzo, Maggio e Ottobre. Per garantire l'erogazione di un'assistenza ospedaliera post acuta adeguata, viene fissato quindi come obiettivo di programmazione regionale un tasso di occupazione dell' 80%, in linea con quanto previsto dal Regolamento che indica un utilizzo medio, per i post acuti tra l'80-90% (Tab.5) .

Tab. 5 Variazioni mensili di ricoveri ordinari POST-ACUZIE e relativo tasso di utilizzo (pubblico e privato)
Abruzzo - Anno 2013 -

MESE DI RICOVERO	Giornate	Tasso di occupazione PL
Gen	17006	75,8%
Feb	16232	80,1%
Mar	18257	81,3%
Apr	16710	76,9%
Mag	18273	81,4%
Giu	16578	76,3%
Lug	16037	71,5%
Ago	14094	62,8%
Sett	16337	75,2%
Ott	19025	84,8%
Nov	17108	76,2%
Dic	15767	70,3%
MEDIA MENSILE	16785	76,0%
<i>PL_Post-acuti 2013</i>		724

DOTAZIONE DEI POSTI LETTO NELLA REGIONE ABRUZZO - ANNO 2013 -

In prima analisi si fa riferimento al numero di posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza entro il limite di 3,7 posti letto per mille abitanti di cui lo 0,5 per la riabilitazione e lo 0,2 per la lungodegenza, così come previsto dall'Art 1, del Regolamento ospedaliero. Nelle tabelle seguenti, viene riportato il numero di posti letto suddivisi rispettivamente tra pubblico e privato (Tab.6 e Tab. 7)

Tab. 6 Posti Letto pubblici (HSP Anno 2013)

posti letto	PL pubblico - HSP 2013			
	RICOVERI ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE	%
acuti	3.010	508	3.518	93%
post acuti	279	1	280	7%
totale	3.289	509	3.798	100%

Tab. 7 Posti Letto privati (HSP Anno 2013)

posti letto	PL privato - HSP 2013			
	RICOVERI ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE	%
acuti	567	61	628	58%
post acuti	445	12	457	42%
totale	1.012	73	1.085	100%

ANALISI DELLE GIORNATE DI DEGENZA E DEGLI ACCESSI. CALCOLO DEI POSTI LETTO NORMALIZZATI

Ai fini del calcolo dei posti letto normalizzati, si è proceduto con l'analisi della produzione dell'anno 2013; in particolare sono state calcolate le presenze medie giornaliere sia per i ricoveri ordinari che per gli accessi in day hospital. Così come precedentemente illustrato, la programmazione regionale ha previsto un utilizzo dei posti letto in ricovero ordinario per acuti pari al 85% e all'80% per i post acuti. Per i posti letto in day hospital è necessario precisare che sono stati considerati 1,5 accessi al giorno per 250 giornate / anno.

PUBBLICO

Tab. 8 Giornate, accessi – Pubblico

Giornate e accessi	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	903.229	168.884	1.072.113	95%
Post_acuti	61.353	0	61.353	5%
Totale	964.582	168.884	1.133.466	100%
%	85%	15%	100%	
GG/ANNO	365	250		

Tab. 8a Presenze medie giornaliere – Pubblico

Presenze medie giornaliere	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	2.475	676	3.150	95%
Post_acuti	168	0	168	5%
Totale	2.643	676	3.318	100%
%	80%	20%	100%	

La tabella seguente presenta il calcolo dei posti letto normalizzati secondo i criteri evidenziati.

Tab.8b Numero posti letto normalizzati acuti e post acuti – Pubblico

PL Normalizzati	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	2.911	450	3.362	94%
Post_acuti	210	0	210	6%
Totale	3.121	450	3.572	100%
%	87%	13%	100%	

Tab. 8c Posti Letto pubblici (HSP Anno 2013)

posti letto	PL pubblico - HSP 2013			
	ORDINARI	DH	Totale	%
acuti	3.010	508	3.518	93%
post acuti	279	1	280	7%
totale	3.289	509	3.798	100%

Tab. 8d Differenza tra posti letto HSP 2013 e posti letto normalizzati acuti e post acuti - Pubblico

	ORDINARI	DH	Totale
Acuti	99	58	157
Post_acuti	69	1	70
Totale	168	59	227

PRIVATO

Analoga metodologia è stata applicata al settore dei privati accreditati.

Tab. 9 Giornate e accessi acuti e post acuti - Privato

Giornate e accessi	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	131.655	13.325	144.980	51%
Post_acuti	140.071	1.040	141.111	49%
Totale	271.726	14.365	286.091	100%
%	95%	5%	100%	
GG/ ANNO	365	250		

Tab. 9a Presenze medie giornaliere acuti e post acuti - Privato

Presenze medie giornaliere	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	361	53	414	52%
Post_acuti	384	4	388	48%
Totale	744	57	802	100%
%	93%	7%	100%	

Tab.9b Numera posti letto normalizzati acuti e post acuti - Privato

	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	424	36	460	49%
Post_acuti	480	3	483	51%
Totale	904	38	943	100%
%	96%	4%	100%	

Tab. 9c Posti Letto Privati (HSP Anno 2013)

posti letto	PL privato - HSP 2013			
	RICOVERI ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE	%
acuti	567	61	628	58%
post acuti	445	12	457	42%
totale	1.012	73	1.085	100%

Tab. 9d Differenza tra posti letto esistenti e posti letto normalizzati acuti e post acuti - Privato

	ORDINARI	DH	TOTALE
Acuti	143	25	168
Post_acuti	-35	9	-26
Totale	108	34	142

TOTALE REGIONALE**Tab. 10 Giornate di degenza e accessi acuti e post acuti - Totale Regionale**

Giornate ed Accessi	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	1.034.884	182.209	1.217.093	86%
Post_acuti	201.424	1.040	202.464	14%
Totale	1.236.308	183.249	1.419.557	100%
%	87%	13%	100%	

Tab. 10a Presenze medie giornaliere acuti e post acuti – Totale Regionale

Presenze giornaliere	medie	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti		2.835	729	3.564	87%
Post_acuti		552	4	556	13%
Totale		3.387	733	4.120	100%
%		82%	18%	100%	

Tab.10b Numero posti letto normalizzati acuti e post acuti – Totale Regionale

PL Normalizzati	ORDINARI	DH	Totale	%	PL/mille abitanti
Acuti	3.336	486	3.822	85%	2,9
Post_acuti	690	3	693	15%	0,5
Totale	4.026	489	4.515	100%	3,4
%	89%	11%	100%		

Tab. 10c Posti Letto Totale Regionale (HSP Anno 2013)

posti letto	PL totale regionale- HSP 2013			
	ORDINARI	DH	TOTALE	%
acuti	3577	569	4146	85%
post acuti	724	13	737	15%
totale	4301	582	4883	100%

Tab. 10d Differenza tra posti letto esistenti e posti letto normalizzati acuti e post acuti - Totale Regionale

Differenza con PL Normalizzati	ORDINARI	DH	TOTALE
Acuti	241	83	324
Post_acuti	34	10	44
Totale	275	93	368

ANALISI DELLA MOBILITÀ EXTRA - REGIONALE

L'identificazione del tasso di ospedalizzazione deve prendere in considerazione la mobilità attiva/passiva strutturale (punto 3.2 del Regolamento). Nelle tabelle successive (Tab.11, Tab.12 e Tab.13) è riportata l'analisi della mobilità attiva e passiva fuori regione, nei termini di posti letto normalizzati calcolati secondo la metodologia precedentemente illustrata e il corrispettivo valore economico, in conformità con gli indirizzi del DM 70/15.

Mobilità attiva

Tab.11 Numero di ricoveri – Mobilità attiva anno 2013

N. ricoveri	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	15.476	7.552	23.028	16%
Post_acuti	1.401	5	1.406	1%
Totale	16.877	7557	24.434	17%
%	12%	5%	17%	
Giornate e accessi	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	97.076	15.392	112.468	77%
Post_acuti	33.738	76	33.814	23%
Totale	130.814	15.468	146.282	100%
%	89%	11%	100%	

Tab.11a – Valore dei ricoveri Mobilità attiva anno 2013

Valore dei ricoveri	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	€ 62.006.568	€ 9.373.710	€ 71.380.278	89%
Post_acuti	€ 8.797.096	€ 18.285	€ 8.815.381	11%
Totale	€ 70.803.665	€ 9.391.995	€ 80.195.659	100%
%	88%	12%	100%	

MOBILITÀ PASSIVA

Tab.12 Numero di ricoveri – Mobilità passiva anno 2013

N. ricoveri	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	25151	11551	36702	17%
Post_acuti	1414	187	1601	1%
Totale	26565	11738	38303	18%
%	12%	5%	18%	
Giornate e accessi	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	156511	22815	179326	84%
Post_acuti	33517	1314	34831	16%
Totale	190028	24129	214157	100%
%	89%	11%	100%	

Tab.12a Valore dei ricoveri – Mobilità passiva anno 2013

Valore dei ricoveri	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	€ 108.372.650	€ 13.326.140	€ 121.698.789	93%
Post_acuti	€ 9.233.110	€ 256.683	€ 9.489.793	7%
Totale	€ 117.605.759	€ 13.582.823	€ 131.188.582	100%
%	90%	10%	100%	

SALDO DELLA MOBILITÀ FUORI REGIONE**Tab.13 Numero di ricoveri e posti letto normalizzati – Saldo di Mobilità anno 2013**

N. ricoveri	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	-9675	-3999	-13674	99%
Post_acuti	-13	-182	-195	1%
Totale	-9688	-4181	-13869	100%
%	70%	30%	100%	
Giornate e accessi	GG_RO	Accessi DH	Totale	%
Acuti	-59435	-7423	-66858	99%
Post_acuti	221	-1238	-1017	1%
Totale	-59214	-8661	-67875	100%
%	87%	13%	100%	
PL Normalizzati	PL RO	PL DH	Totale	%
Acuti	-192	-20	-211	99%
Post_acuti	1	-3	-3	1%
Totale	-191	-23	-214	100%
%	89%	11%	100%	

Tab.13a Valore economico in milioni di euro – Saldo di Mobilità anno 2013

Valore dei ricoveri	ORDINARI	DH	Totale	%
Acuti	-€ 46.366.081,18	-€ 3.952.429,78	-€ 50.318.510,96	99%
Post_acuti	-€ 436.013,74	-€ 238.398,42	-€ 674.412,16	1%
Totale	-€ 46.802.095	-€ 4.190.828	-€ 50.992.923	100%
%	92%	8%	100%	

Il Regolamento indica come base per il calcolo del fabbisogno di posti letto la produzione di prestazioni di ricoveri appropriati. Dall'analisi della produzione sono stati calcolati i ricoveri della popolazione residente della Regione Abruzzo (dimissioni da strutture regionali + mobilità passiva – mobilità attiva) pari a 169 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui il 27% in DH e corrisponde a 4.728 posti letto normalizzati (3,5 per 1.000 abitanti, di cui 3,0 per acuti e lo 0,5 per i post acuti) (Tab14)

Tab. 14 Posti Letto normalizzati

PL Normalizzati	ORDINARI	DH	Totale	%	PL per mille ab.
Acuti	3.527	506	4.033	85%	3,0
Post_acuti	689	6	695	15%	0,5
Totale	4.216	512	4.728	100%	3,5
%	89%	11%	100%		

CALCOLO DI DOTAZIONE DEI POSTI LETTO REGIONALI

Il Regolamento Ospedaliero all'art. 1, comma 3, per tenere conto della mobilità tra le regioni, definisce la metodologia per incrementare o decrementare il numero dei posti letto per mille abitanti, in particolare esso prevede che ai posti letto determinati dall'applicazione del coefficiente 3,7 per mille abitanti sulla popolazione residente vengano sottratti i posti letto corrispondenti della mobilità partendo dal saldo economico della mobilità. Il saldo, pari a 50.992.923 milioni di euro, è stato diviso per il valore medio nazionale per posto letto pari a 223.415,62 milioni di euro. Il numero di posti letto risultanti da tale calcolo è stato poi moltiplicato per il coefficiente dello 0,80. Nella Regione Abruzzo il risultato è pari a 184 posti letto, per l'anno 2013, che porta il numero massimo per la produzione regionale a 4.752 posti letto (Tab.15)

Tab. 15 Numero di pl massimi regionale corretti con il saldo di mobilità

Applicazione del parametro nazionale	3,7	4.936
Effetto mobilità Fuori Regione		-184
N massimo PL		4.752

Il consumo di posti letto normalizzati sulla base dei flussi 2013 (4.728) da parte dei residenti abruzzesi è inferiore rispetto al numero massimo di posti letto regionali corretti con il saldo di mobilità (4.752).

Il consumo di posti letto normalizzati sono stati adeguati agli standard nazionali (tab.16).

Tab. 16 Posti letto normalizzati ed adeguati allo standard nazionale

PL Normalizzati	PL NORMALIZZATI				PL x 1.000 ab. Attuale	PL NORMALIZZATI ADEGUATI ALLO STANDARD		
	Ordinari	DH	Totale	%		Ordinari	DH	PL totali per raggiungiment o standard
Acuti	3.527	506	4.033	85%	3,0	3.527	506	4.033
Post-Acuti	689	6	695	15%	0,5	954	8	962
Totale	4.216	512	4.728	100%	3,5	4.481	514	4.995

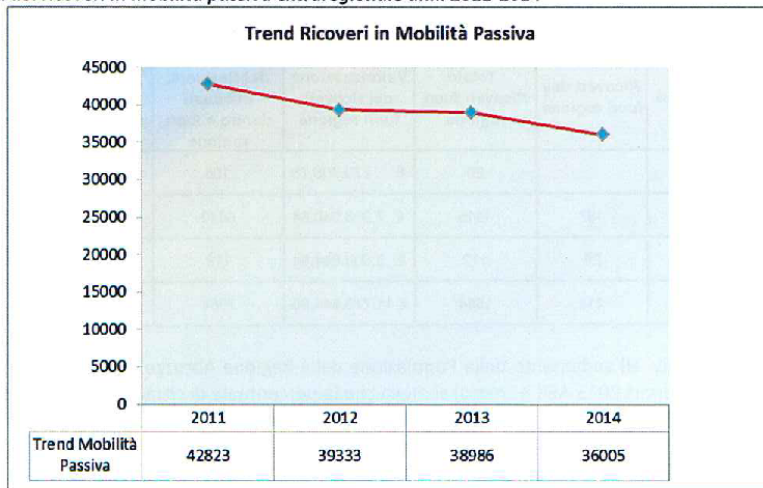
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Nella Regione Abruzzo, a seguito degli interventi di razionalizzazione della rete di Assistenza Ospedaliera, tra cui il Programma Operativo 2010 (DCA n°45/2010), che ha definito il fabbisogno di prestazioni ospedaliere e dei posti letto correlati oltre che la disattivazione dei presidi per acuti non coerenti col fabbisogno individuato, si è registrato un progressivo ridimensionamento, sia dei posti letto HSP 2014 e sia HSP 2015, della dotazione di posti letto per l'assistenza ospedaliera. La dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati SSR nel 2014 è pari a 4.503, di cui 3.818 per acuti e 685 posti letto per i post acuti, rispettivamente 2,9 e 0,5 per 1.000 abitanti (flusso HSP 2014). La dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati SSR nel 2015 è pari a 4.391, di cui 3.717 per acuti e 674 posti letto per i post acuti (flusso HSP 2015). Questi ultimi dati sono ancora suscettibili di certificazione da parte del Comitato Lea, come previsto dall'Intesa Stato-Regioni 23/03/2005.

In rapporto ai dati sia dei posti letto HSP 2014 e sia HSP 2015, si evidenzia la possibilità per la regione Abruzzo, sulla base delle modalità di calcolo indicate dal Regolamento, di un aumento di posti letto per acuti e post acuti. La regione, nel rispetto del tetto massimo consentito (Integrazione Circolare Ministero della Salute 05/05/2016) e come da prospetto riepilogativo, individua la dotazione di posti letto per acuti HSP 2014 come dato di programmazione, sia nell'ottica di un miglioramento tendenziale del tasso di occupazione dei posti letto, il cui obiettivo di utilizzo è posto all' 85% per i ricoveri per acuti, sia in un'ottica di contenimento di impegno delle risorse finanziarie.

Fermo restando il rispetto del tasso di ospedalizzazione del 160 per 1.000 abitanti, obiettivo già conseguito in Abruzzo come da fonte dati del Ministero della Salute, la programmazione regionale prevede un allineamento dell'offerta al valore dell'indice tendenziale di occupazione dei posti letto per acuti al 90%, come previsto dal DM 70/2015. Tale obiettivo può essere raggiunto nell' arco temporale di un biennio, compatibile con gli adeguamenti organizzativi dei presidi ospedalieri e con l'azione di contrasto della mobilità passiva extraregionale già in tendenziale diminuzione nel 2011-2013 (fig.1) . I ricoveri fuori regione dei residenti in Abruzzo nel 2013 sono, infatti, diminuiti di circa il 9% rispetto al 2011. Tale diminuzione, confermata anche nel 2014, è stata accompagnata da un contestuale incremento del tasso di occupazione che nel 2010 era attestato al 76,4.

Fig. 1 – Trend dei ricoveri in mobilità passiva extraregionale anni 2011-2014



La programmazione regionale prevede, inoltre, ai fini di un allineamento al valore tendenziale del 90% di :

- **Ridurre** la frammentazione di Unità operative con i relativi posti letto, al fine del miglioramento dell'efficienza dell'attività ospedaliera;
- **Concentrare l'erogazione** delle prestazioni di alta specializzazione;
- **Ridurre** i ricoveri per prestazioni di bassa specializzazione favorendo il ricorso all'applicazione del Day Service ambulatoriale

Per quanto concerne la dotazione complessiva dei posti letto per acuti delle strutture private accreditate, resta fermo l'obiettivo di programmazione che, eventuali riconversioni degli erogatori privati non dovranno determinare l'aumento del numero complessivo dei posti letto, attualmente accreditati.

Relativamente ai posti letto equivalenti rientranti nella dotazione per 1.000 abitanti, la Regione Abruzzo ha tenuto conto dei posti di residenzialità presso le strutture sanitarie territoriali, per i quali la Regione copre un costo giornaliero superiore al valore soglia della tariffa giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera. Da una rilevazione specifica, si evidenzia che non sono presenti posti letto residenziali da considerare equivalenti ai posti letto ospedalieri.

POSTI LETTO PER RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA

L'adeguamento allo standard nazionale dello 0,7 per mille abitanti (popolazione Istat al 01.01.2015), per i posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza consente alla Regione Abruzzo un incremento di 143 posti letto rispetto all'annualità 2015 distinti in riabilitazione e lungodegenza. In considerazione della prevalente distribuzione di posti letto di riabilitazione ospedaliera nel settore privato si prevede un potenziamento esclusivo del settore pubblico, anche a seguito del processo di riconversione dei P.O. a basso volume di attività. Per la disciplina di Recupero e riabilitazione funzionale, le soglie minime e massime verranno definite in conformità con il documento che verrà elaborato da apposito tavolo Ministero/Regioni. I dati della mobilità passiva, rilevati al 2013 e distinti nella tabella sottostante per codice disciplina, motivano la necessità di una riorganizzazione della rete riabilitativa a ciclo continuativo e ad alta intensità, sia per consentire ai pazienti residenti equità e accessibilità nel percorso post-ricovero e sia per un recupero del valore finanziario del saldo di mobilità passiva. L'obiettivo è in linea con il Piano Nazionale di indirizzo per la Riabilitazione, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 10 febbraio 2011, che ha stabilito che in ciascuna regione venga attivata un'organizzazione capillare

Tab 16a Ricoveri ordinari e day h. - Mobilità passiva extraregionale - Anno 2013

CODICE DISCIPLINA	Ricoveri ordinari fuori regione	Ricoveri day fuori regione	Totale Ricoveri fuori regione	Valorizzazione dei ricoveri fuori regione	Totale ricoveri dei Residenti effettuati dentro e fuori regione	% fuori regione (m.passiva)
28	29		29	€ 779.705,78	105	28%
56	1229	187	1416	€ 7.998.040,84	6840	21%
75	93	26	119	€ 3.008.894,94	119	100%
Totale	1351	213	1564	€ 11.776.641,56	7064	22%

Dall'analisi dei dati relativi all'andamento della Popolazione della Regione Abruzzo (Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo – Report 2013 ASR Abruzzo) si rileva che la percentuale di cittadini di età uguale o superiore a 65 anni è cresciuta in tutte le province, tra le quali la più "anziana" rimane Chieti (22,7%). Anche l'indice di vecchiaia / invecchiamento (N. di anziani / N. soggetti di età ≤14 anni) è cresciuto: se nel 2005, a livello regionale, era pari a 156, nel 2013 è passato a 170. In concreto, ciò significa che in Abruzzo vi sono 170 anziani ogni 100 giovani (179 in provincia de L'Aquila). Questo valore continua ad essere tra i più elevati sia rispetto alla media nazionale, che nel 2013 era pari a 151, sia rispetto alla media delle Regioni del Sud o del Centro Italia. In

virtù dei dati rilevati, la programmazione regionale, per fronteggiare in modo più appropriato il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, a sua volta strettamente connesso al fenomeno della cronicità, prevede di implementare la dotazione di lungodegenza di ulteriori 73 pl.

Prospetto Riepilogativo

Posti letto Acuti		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione al 2014	Situazione programmata
Ordinari	Numero	3301	3366	3369
	Per 1.000 ab.	2,48	2,53	2,53
Day Hospital	Numero	258	276	269
	Per 1.000 ab.	0,19	0,21	0,20
Day surgery	Numero	158	176	170
	Per 1.000 ab.	0,12	0,13	0,13
Totale Regionale	Numero	3717	3818	3808
	Per 1.000 ab.	2,79	2,87	2,86

Posti letto Riabilitazione		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione al 2014	Situazione programmata
Ordinari	Numero	473	486	540
	Per 1.000 ab.	0,36	0,36	0,41
Day Hospital	Numero	22	22	25
	Per 1.000 ab.	0,02	0,02	0,02
Totale Regionale	Numero	495	508	565
	Per 1.000 ab.	0,37	0,38	0,42

Posti letto Lungodegenza	Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione al 2014	Situazione programmata
Numero	179	177	250
Per 1.000 ab.	0,13	0,13	0,19

CONTESTO ATTUALE DELLA RETE OSPEDALIERA

Con Decreto del Commissario ad Acta n. 45 del 5 agosto 2010, la Regione Abruzzo ha determinato la riconversione in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) H24 con funzioni di punti di Primo Intervento (PPI) di 5 Presidi Ospedalieri (PO), i cui parametri non risultavano in linea con gli standard di sicurezza, efficienza e appropriatezza degli ospedali per acuti, nonché di corrispondenza all'effettivo fabbisogno della popolazione. Il processo di riconversione risulta completato per Casoli, Gissi, Pescara e Tagliacozzo ed è in fase conclusiva la riconversione di Guardiagrele, a seguito della recente conclusione del contenzioso amministrativo.

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 11/2013 del 20/02/2013 "Rete dell' Emergenza Urgenza della Regione Abruzzo e Reti IMA-STROKE-POLITRAUMA (Trauma Maggiore) Percorso Neurochirurgico", la Regione ha individuato 4 DEA di I livello nei Presidi Ospedalieri localizzati nei capoluoghi di provincia e 12 Presidi Ospedalieri sedi di Pronto Soccorso.

L'assetto della rete ospedaliera vedeva, a dicembre 2015, la presenza di un totale di 17 presidi sede di Pronto Soccorso (PS) e n° 4 Presidi Territoriali di Assistenza (PTA).

Presidi Ospedalieri Pubblici - Rete attuale

TIPOLOGIA STRUTTURE	NUMERO	SEDE
DIPARTIMENTI DI EMERGENZA-URGENZA DI I LIVELLO	4	Ospedale Civile-San Salvatore- L'Aquila ASL 201 Ospedali riuniti SS. Annunziata -Chieti ASL 202 Ospedale Civile dello Spirito Santo-Pescara ASL 203 Ospedale Civile Mazzini-Teramo ASL 204
PRESIDI OSPEDALIERI SEDI DI PRONTO SOCCORSO	12	Ospedale Civile Ss. Filippo E Nicola-Avezzano ASL 201 Ospedale Dell'Annunziata-Sulmona ASL 201 Ospedale Civile-Castel Di Sangro ASL 201 Ospedale San Pio da Pietrelcina Vasto ASL 202 Ospedale Civile Renzetti-Lanciano ASL 203 Ospedale Civile "Gaetano Bernabè"- Ortona ASL 202 Ospedale Civile-Atessa ASL 202 Ospedale Civile S.Massimo - Penne ASL 203 Ospedale Civile Ss. Trinita'-Popoli ASL 203 Ospedale Civile San Liberatore-Atri ASL 204 Ospedale Maria Ss. Madre Dello Splendore-Giulianova ASL 204 Ospedale "Val Vibrata"- Sant'omero ASL 204
PTA SEDI DI PUNTI DI PRIMO INTERVENTO	5	Guardiagrele ASL 202 Tagliacozzo ASL 201 Pescina ASL 201 Casoli ASL 202 Gissi ASL 202

Presidi Ospedalieri Pubblici - Rete attuale



NUOVA RETE OSPEDALIERA. APPLICAZIONE DEGLI STANDARD.

Nei precedenti cicli di programmazione, come delineato nel Programma Operativo 2010 concordato con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Regione Abruzzo aveva intrapreso una razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera, con una riduzione del fabbisogno dei posti letto, una razionalizzazione delle Unità Operative Complesse e Semplici e una riconversione di sei Presidi Ospedalieri (PO). Attualmente la Rete ospedaliera della Regione Abruzzo è organizzata con 12 Presidi sede di Pronto Soccorso e 4 PO sede di Dipartimento di Emergenza-Urgenza (DEA) di I livello, con 8 Case di Cura Private che non sono inserite nella Rete di Emergenza-urgenza in quanto nessuna di esse ha l'accreditamento per la Disciplina di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza.

La Regione Abruzzo ha inoltre provveduto a riorganizzare, con il Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.10 del 11/2/2015, la Rete dei Punti Nascita in attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 16/12/2010, con la disattivazione di quattro Punti Nascita e la messa in sicurezza dei restanti 8; con il DCA n.95/2015 ha riprogrammato la riqualificazione della intera Rete emergenziale delle postazioni territoriali (PTS) 118, anche con l'individuazione di due Centrali Operative 118 in sostituzione delle quattro esistenti e l'approvazione di un Protocollo Operativo sia per il servizio STAM e STEN e sia per il Trasporto Secondario Urgente (DCA n. 58 del 11/06/2015); infine con il DCA n. 96 del 28/11/2013 è stata definita la programmazione delle Strutture Trasfusionali.

L'intervenuta approvazione, con il DM n.70/2015, del Regolamento degli standard relativi all'assistenza ospedaliera richiede una nuova rimodulazione della rete di emergenza-urgenza e di quella ospedaliera in contestuale simmetria, nel rispetto dei criteri vincolanti in esso indicati.

In conformità al Regolamento, il Presidio Ospedaliero sede di Pronto Soccorso è la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità).

La funzione di Pronto Soccorso è prevista per:

- un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità;
- un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento
- un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti;

I Presidi che non presentano, anche dai dati delle annualità precedenti il 2014, il requisito del numero minimo di accessi (20.000) come da DM 70/2015 risultano i seguenti:

Presidio Ospedaliero di Castel di Sangro
Presidio Ospedale SS. Trinità di Popoli
Presidio Ospedaliero San Massimo di Penne
Presidio Ospedaliero San Camillo de Lellis di Atesa
Presidio Ospedaliero G. Bernabeo di Ortona

Questi 5 Presidi, non rispondenti agli standard di Ospedale sede di PS, sono stati pertanto oggetto di uno studio che ha preso in considerazione: il codice colore degli accessi stessi, i tempi di percorrenza al DEA di riferimento, la completa copertura assistenziale del bacino di riferimento connesso alla disattivazione del PS e una serie di indicatori di attività ospedaliera.

Il PO di Castel di Sangro e il PO di Penne, in conformità con il DM 70/2015, possono essere classificati come PO in zone particolarmente disagiate in quanto situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi. In questi Presidi Ospedalieri, con bacini di utenza distanti per periodi prolungati dell'anno più di 60 minuti dai Presidi di Pronto Soccorso, occorre garantire una attività di Pronto Soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto di attività di Medicina Interna e di Chirurgia Generale ridotta. Sono strutture a basso volume di attività che devono essere integrate nella rete ospedaliera di area disagiata.

Applicando i livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere (Paragrafo 2 allegato 1 del DM 70/2015), si è proceduto all'individuazione dei Presidi in possesso degli standard richiesti per la classificazione a DEA di I livello.

A tal fine sono stati analizzati sia il numero degli accessi al Pronto Soccorso con i rispettivi codici colore, sia le discipline presenti nei PO e sia alcuni indicatori significativi di attività della produzione ospedaliera.

La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di PS e svolge funzioni di accettazione in emergenza-urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza. Serve un bacino di utenza di almeno 150.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000.

Deve essere dotata delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete H24 i Servizi di Radiologia almeno con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

I Presidi Ospedalieri che rispondono ai requisiti descritti e che pertanto vengono classificati DEA di I livello sono i seguenti:

Presidio Ospedaliero Civile San Salvatore dell'Aquila
Presidio Ospedaliero Riuniti SS. Annunziata di Chieti
Presidio Ospedaliero Civile dello Spirito Santo di Pescara
Presidio Ospedaliero Civile Mazzini di Teramo
Presidio Ospedaliero SS. Filippo e Nicola di Avezzano
Presidio Ospedaliero F. Renzetti di Lanciano
Presidio Ospedaliero San Pio da Pietrelcina di Vasto

Nel modello di Rete Ospedaliera Integrata, per garantire da un lato equità ed omogeneità nell'accesso e dall'altro condizioni di autosufficienza degli ambiti territoriali, il rispetto dello standard riferito al numero minimo degli accessi al PS è considerato realistico in seguito alla redistribuzione degli accessi al PS, che si determinerà sia per la disattivazione di alcune sedi di Pronto Soccorso e sia per la riduzione dei Punti di Primo Intervento attualmente esistenti.

Inoltre, a completamento delle specialità presenti nei DEA I livello, si provvederà alla attivazione della disciplina di Psichiatria nel PO di Avezzano e della Disciplina di Otorinolaringoiatria nel PO di Lanciano.

Le specificità del territorio regionale, ad alta dispersione abitativa e ad alta percentuale di superficie montuosa (4° in Italia), richiedono in questa fase che la messa in sicurezza della rete ospedaliera abbia l'obiettivo da un lato di una copertura assistenziale in grado di garantire i territori più periferici, utilizzando i bacini minimi per le discipline quoad vitam; dall'altro di collocare le discipline complesse in strutture baricentriche di aree omogenee, raggiungibili equamente da tutta la popolazione. Infatti, in linea con quanto prescritto nel Regolamento, *"le discipline di alta specialità trovano posto in una o più strutture e possono essere dislocate nell'ottica di un'area di utenza maggiore della Regione"*.

L'articolazione della rete ospedaliera è organizzata, secondo il principio delle Reti cliniche integrate (modello Hub e Spoke), in:

- 7 Presidi sede di DEA di I livello, con i 2 presidi di Chieti e Pescara, in connessione funzionale, per le funzioni previste per un DEA di II LIVELLO
- 4 Ospedali sedi di Pronto Soccorso (PO di Sulmona, PO di Atri, PO di Giulianova e PO di S. Omero);
- -2 Presidi Ospedalieri in zone particolarmente disagiate (Penne e Castel di Sangro);
- -1 Polo Ospedaliero (Ortona) afferente al rispettivo presidio principale (Chieti) con attività sanitaria elettiva e programmata;
- -2 Riconversioni-riqualificazioni di presidi ospedalieri a bassi volumi di attività, con contestuale identificazione delle modalità e dei tempi di riconversione (Atessa e Popoli).

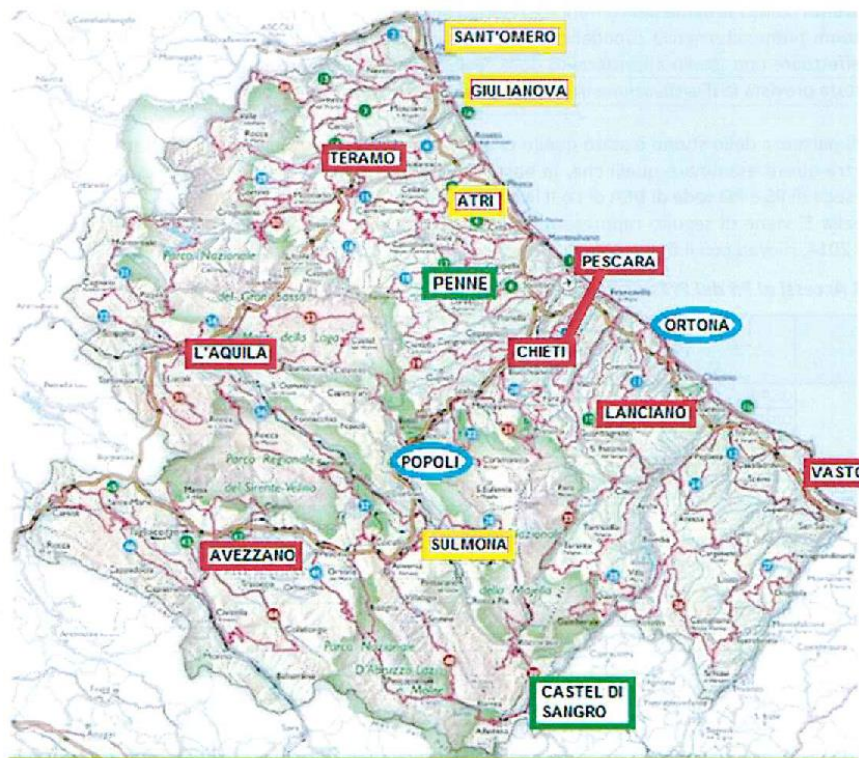
FUNZIONI DEI DEA

DENOMINAZIONE STRUTTURA	RETE CARDIOLOGICA	RETE STROKE	RETE TRAUMA	RETE NASCITA
OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE - L'AQUILA	UTIC + EMODINAMICA	II LIVELLO	CTZ	II LIVELLO
OSPEDALE RIUNITI SS.ANNUNZIATA - CHIETI	HUB CARDIOCHIRURGICO	I LIVELLO	CTZ	II LIVELLO
OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO - PESCARA	UTIC + EMODINAMICA	II LIVELLO	CTS	II LIVELLO
OSPEDALE MAZZINI - TERAMO	HUB CARDIOCHIRURGICO	I LIVELLO	CTZ	I LIVELLO
OSPEDALE SS.FILIPPO E NICOLA - AVEZZANO	UTIC + EMODINAMICA	I LIVELLO	PST	I LIVELLO
OSPEDALE RENZETTI - LANCIANO	UTIC	I LIVELLO	PST	I LIVELLO
OSPEDALE PROVINCIALE - VASTO	UTIC	I LIVELLO	PST	I LIVELLO

La identificazione del PO sede di DEA di II livello è conseguente al completamento dello studio di fattibilità.

GEOREFERENZIAZIONE

Riordino Rete Ospedaliera



RETE OSPEDALIERA DELL' EMERGENZA

La Regione Abruzzo, al fine di uniformare l'attuale Rete Ospedaliera agli standard previsti dal DM 70/2015, ha condotto una rigorosa analisi con riferimento ad alcuni parametri fondamentali quali:

1. Accessi al Pronto Soccorso con i rispettivi codici colore
2. Attività dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) anche attraverso il seguente set di indicatori derivanti sia dalla Letteratura che da esperienze di altre Regioni

Standard Appropriattezza attivazione OBI	
% di accessi di Pronto Soccorso per i quali viene attivata l'O.B.I.	<10%
% di dimissioni dopo O.B.I.	>70%
% di ricovero dopo O.B.I.	<30%

3. Discipline presenti nel PO, applicando il bacino per singola disciplina
4. Indicatori di attività ospedaliera
5. Bacini di utenza per presidio e tempi di percorrenza. La metodologia adottata identifica il bacino di utenza come l'insieme dei comuni e il relativo numero di residenti, che vedono la struttura ospedaliera come prima alternativa ospedaliera in termini di distanza temporale. Il criterio è stato utilizzato per effettuare uno studio approfondito della reale ed efficace copertura assistenziale nei territori in cui è stata prevista la disattivazione dell'attività del Pronto Soccorso.

Il punto di partenza dello studio è stato quello di individuare i PS che rispettano lo standard minimo dei 20.000 accessi e tra questi esaminare quelli che, in base a tutti i parametri sopra riportati, possono essere classificati come PO sede di PS e PO sede di DEA di I o II livello in conformità con il DM 70/2015.

Nella Tabella 1, viene di seguito rappresentato il numero degli accessi effettuati nei PS della Regione Abruzzo nell'anno 2014, rilevati con il flusso EMUR.

Tabella 1 Accessi ai PS dei Presidi Ospedalieri sede di PS - anno 2014

ASL	PRESIDIO	ACCESSI TOTALI	% Accessi residenti in Regione	% Accessi intra ASL
201	OSPEDALE CIVILE SAN SALVATORE-L'AQUILA	45.581	88,3%	96,6%
	OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA-SULMONA	22.974	92,8%	94,6%
	OSPEDALE CIVILE SS. FILIPPO E NICOLA-AVEZZANO	37.464	88,4%	98,5%
	OSPEDALE CIVILE-CASTEL DI SANGRO	8.998	58,8%	82,7%
	OSPEDALE CIVILE UMBERTO I-TAGLIACOZZO	7.565	76,2%	99,1%
202	OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA-CHIETI	65.571	93,9%	66,8%
	OSPEDALE CIVILE RENZETTI-LANCIANO	41.427	95,7%	98,7%
	PRESIDIO OSPEDALIERO-VASTO	32.951	85,0%	99,0%
	OSPEDALE CIVILE-ATESSA	10.426	96,7%	99,3%
	OSPEDALE MARIA SS. IMMACOLATA-GUARDIAGRELE	8.909	97,1%	97,7%
	OSPEDALE CIVILE "GAETANO BERNABEO"-ORTONA	18.482	94,4%	95,5%
203	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO-PESCARA	95.696	93,8%	87,0%
	OSPEDALE CIVILE S.MASSIMO-PENNE	14.415	98,1%	92,7%
	OSPEDALE CIVILE SS. TRINITA-POPOLI	11.718	98,0%	75,1%
204	OSPEDALE CIVILE MAZZINI-TERAMO	40.302	94,6%	97,8%
	OSPED. MARIA SS.MA DELLO SPLENDORE-GIULIANOVA	24.310	86,9%	95,9%
	OSPEDALE CIVILE SAN LIBERATORE-ATRI	28.547	91,5%	81,4%
	OSPEDALE "VAL VIBRATA"-SANTOMERO	26.833	88,7%	97,8%
TOTALE REGIONALE		542.149	91,3%	

Si precisa che per il Presidio Ospedaliero (PO) di L'Aquila gli accessi risultano comprensivi di quelli pediatrici (circa 9.000 accessi annui) cioè quelli che sono indirizzati verso il Pronto Soccorso pediatrico. Quest'ultimi nell'anno 2015 saranno assimilati al flusso EMUR.

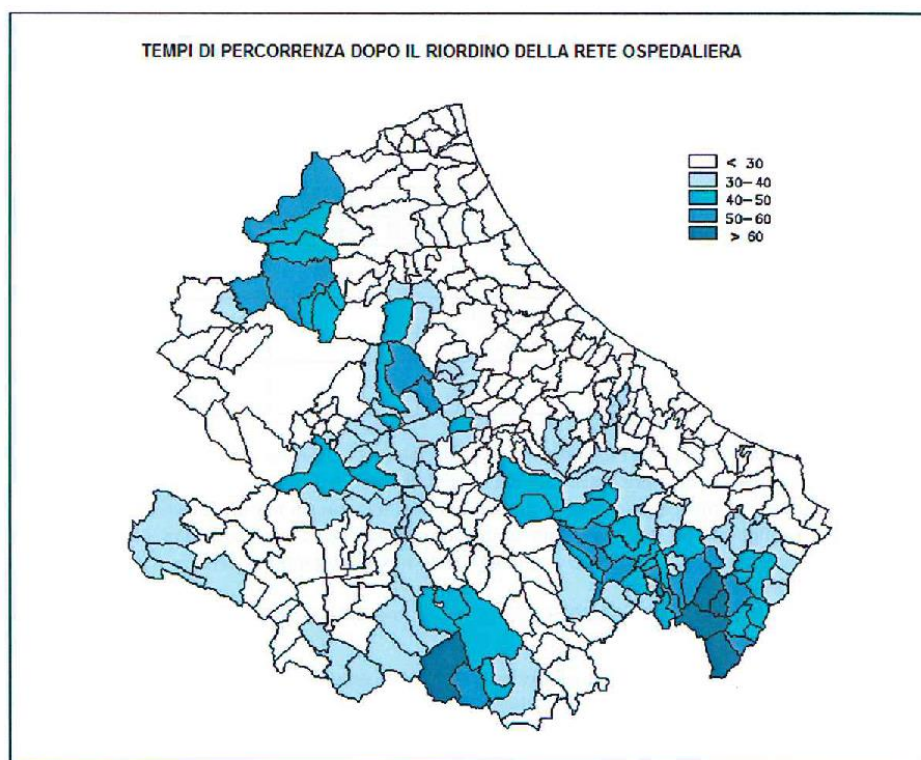
I Presidi Ospedalieri che presentano un numero di accessi superiore ai 20.000 sono i seguenti:

- Presidio Ospedaliero Civile San Salvatore dell'Aquila;

- Presidio Ospedaliero SS. Filippo e Nicola di Avezzano;
- Presidio Ospedaliero "Dell' Annunziata" di Sulmona;
- Presidio Ospedaliero Riuniti "SS. Annunziata" di Chieti;
- Presidio Ospedaliero "F. Renzetti" di Lanciano;
- Presidio Ospedaliero "San Pio da Pietrelcina" di Vasto;
- Presidio Ospedaliero Civile dello "Spirito Santo" di Pescara;
- Presidio Ospedaliero Civile "Mazzini" di Teramo;
- Presidio Ospedaliero "Maria SS.ma dello Splendore" di Giulianova;
- Presidio Ospedaliero "San Liberatore" di Atri;
- Presidio Ospedaliero "Val Vibrata" di Sant' Omero.

Gli stabilimenti ospedalieri che invece NON raggiungono lo standard minimo dei 20.000 accessi al PS, non rispettando in maniera appropriata gli obiettivi individuati nel DM 70/2015, sono i seguenti:

Presidio Ospedaliero di Castel di Sangro
Presidio Ospedaliero San Camillo de Lellis di Ateessa
Presidio Ospedaliero G. Bernabeo di Ortona
Presidio Ospedaliero San Massimo di Penne
Presidio Ospedaliero SS. Trinità di Popoli



D.E.A. II LIVELLO

Per il DM 70/2015 la struttura sede di DEA di II Livello serve un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000.

La struttura ospedaliera sede di DEA di II livello esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse. Le discipline ad alta complessità con funzioni connesse alle reti tempo dipendenti sono indicate nelle specifiche sezioni del documento.

Nell'attuale contesto, la Regione Abruzzo sconta alcune specifiche difficoltà e limiti connessi ad una logistica degli spazi. L'Ospedale clinicizzato del "SS. Annunziata" di Chieti è impegnato in interventi di consolidamento e adeguamento tecnico strutturale, con conseguente piano di svuotamento dei corpi di fabbrica "C" e "F" e l'attivazione del corpo "M" (Nuovo polo Cardiocirurgico) laddove troveranno allocazione le UO, come da delibera 809/2015 della Direzione Aziendale. Per quanto concerne la disciplina di Cardiocirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, si evidenzia che la Regione, a fronte di un investimento da 34,5 milioni di euro (20 da un finanziamento nazionale e 15 dalla Regione), ha attivato nella "palazzina M" dell'ospedale di Chieti il Dipartimento Cuore dotato dei più moderni e sofisticati sistemi tecnologici e di impiantistica e di un blocco operatorio dedicato. Con Delibera di Giunta Regionale n. 133 del 4/03/2016, è stata avviata l'istruttoria di riconoscimento di pubblico interesse per la concessione relativa alla progettazione ed esecuzione dei lavori dell'Ospedale clinicizzato di Chieti, anche per la sua incidenza correlata alle esigenze didattiche della Facoltà di Medicina di Chieti.

L'Ospedale San Salvatore di L'Aquila ha in corso, a seguito del grave sisma del 2009, giusta delibera Aziendale n.645/2016, lavori di ripristino strutturale e funzionale, Accordo di Programma ex.art.20 Legge 67/88.

Per le ragioni esposte, nel corso del 2016, verrà concluso uno studio di fattibilità che terrà conto del rispetto dei bacini di utenza e della conformazione delle aree omogenee e baricentriche di Chieti-Pescara e L'Aquila-Teramo. La struttura del DEA di II livello viene comunque identificata nella struttura ospedaliera con il maggior numero di funzioni di HUB nelle Reti tempo dipendenti.

CRONOPROGRAMMA:

Attività	2016	2017	
	II semestre	I trimestre	II trimestre
Studio di fattibilità e valutazione di impatto economico	31/12		
Definizione di dettaglio del processo di riqualificazione degli stabilimenti ospedalieri da convertire in DEA di II livello		31/3	
Provvedimenti attuativi di adeguamento			30/6

In questa fase programmatica, per il raggiungimento degli obiettivi di riordino della rete, le funzioni previste per un DEA di II livello possono essere assicurate dai Presidi di Chieti e Pescara con una efficace connessione funzionale. I due presidi si collocano in aree di assoluta contiguità, con un tempo di percorrenza di circa 15 minuti, tanto da configurarsi in un medesimo ambiente urbano (Area metropolitana Chieti e Pescara), consentendo che i due presidi si completino e si integrino in modo da garantire tutte le funzioni richieste di HUB per un DEA di II livello¹.

Con specifici atti programmatici (DCA 58/2015 e 95/2015), la Regione Abruzzo ha già avviato un cambiamento logistico in tale direzione:

- ha approvato il "Programma di Qualificazione della Rete emergenza –urgenza territoriale" con cui la Regione ha ridotto le 4 Centrali Operative 118 a due, localizzate una nel PO di L'Aquila e un'altra nell'area metropolitana Chieti-Pescara (coincidente con il DEA di II livello).
- ha decretato il Protocollo Operativo per il "Trasporto perinatale in emergenza (STAM e STEN)" con cui vengono definite le procedure di attivazione e utilizzo del trasporto perinatale, individuando nella organizzazione delle due TIN di Chieti e Pescara, con accordo interaziendale, una forma di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica.

¹ Metodologia Agenas-Monitor n. 27/2011

- con il DCA 95/2015 viene programmato un Coordinamento Regionale per le patologie tempo dipendenti che permette, attraverso un'implementazione del sistema informatico delle CO 118 con le Unità Operative coinvolte e con il Pronto soccorso, di ottenere informazioni in tempo reale, provvedendo alla realizzazione dell'uniformità tra i sistemi informatici dei diversi Pronto Soccorso, con la possibilità di trasmissione di immagini e dati dei pazienti presi in carico.

Il DEA di II livello che opera attraverso collegamenti funzionali comporta una organizzazione strutturata basata sulla applicazione di specifici protocolli operativi, condivisi tra i due presidi ospedalieri.

I protocolli operativi devono prevedere:

- la tipologia, i ruoli, la competenza e la responsabilità degli operatori sanitari delle due strutture ospedaliere;
- la modalità di trasporto e i tempi minimi di ciascuna modalità nonché del personale che accompagna il paziente nel trasferimento da un presidio all'altro.
- le modalità di comunicazione tra struttura inviante e struttura ricevente, in quanto è essenziale che i professionisti dell'unità inviante forniscano a quella ricevente tutti i dati clinici necessari a sviluppare un adeguato piano di trattamento che potrebbe prevedere ulteriori indagini
- la modalità per conoscere la disponibilità di posti letto
- un training specifico di addestramento del personale coinvolto in queste connessioni funzionali, al fine di una comune conoscenza di tutte le risorse e attrezzature in dotazione ai due presidi ospedalieri.

Tale attività sarà costantemente monitorata a livello regionale per verificare eventuali problematiche relative alla sicurezza e qualità, con le conseguenziali azioni di miglioramento.

PRESIDI OSPEDALIERI SEDE DI D.E.A. DI I LIVELLO

La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di PS e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza.

La struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza di almeno 150.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000.

Deve essere dotato delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Nella Regione Abruzzo, la peculiare conformazione territoriale consente di individuare due aree geografiche baricentriche. La prima coincidente con i territori di L'Aquila e Teramo (popolazione 617.804 abitanti) che può ospitare tre DEA di I Livello. La seconda con le province di Chieti e Pescara (popolazione 716.315 abitanti) che può ospitare quattro Dea di I livello.

I Presidi Ospedalieri che rispondono, oltre ai requisiti minimi specifici di PO sede di PS, anche a quelli previsti per il PO sede di DEA di I livello sono i seguenti:

Presidio Ospedaliero Civile San Salvatore dell'Aquila;
Presidio Ospedaliero SS. Filippo e Nicola di Avezzano;
Presidio Ospedaliero Riuniti SS. Annunziata di Chieti;
Presidio Ospedaliero F. Renzetti di Lanciano;
Presidio Ospedaliero San Pio da Pietrelcina di Vasto;
Presidio Ospedaliero Civile dello Spirito Santo di Pescara;
Presidio Ospedaliero Civile Mazzini di Teramo.

Nell'ambito dei Presidi sopra elencati si identificano, con complessità crescente, DEA di I livello con funzione di HUB per le Reti tempo dipendenti e patologie complesse e DEA di I livello con funzioni di Spoke nell'ambito delle stesse Reti.

Tale identificazione viene attribuita sulla base sia delle discipline a media diffusione attualmente presenti nei PO regionali e sia sulla nuova allocazione delle discipline a più alta complessità in uno specifico Presidio Ospedaliero, in applicazione dei bacini di utenza previsti dal DM70/2015.

L'obiettivo di programmazione, con il nuovo modello organizzativo, è il ridisegno di bacini di utenza in grado di garantire concentrazione di casistica, superamento della frammentarietà dei servizi, ma soprattutto la collocazione di discipline a media e alta complessità in strutture baricentriche, che possano essere il più equamente raggiungibili secondo l'analisi delle percorrenze.

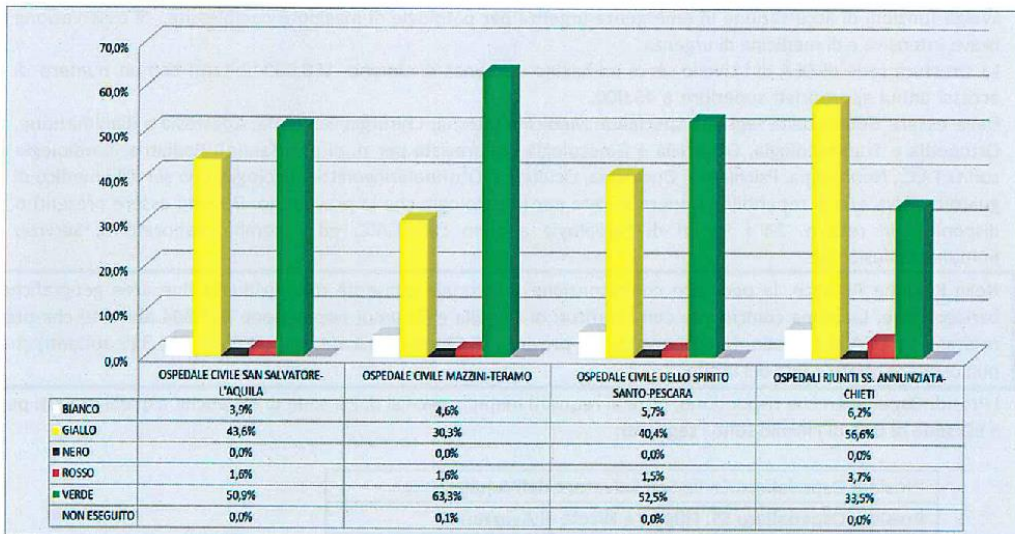
DEA DI I LIVELLO CON FUNZIONE DI HUB

L'articolazione nella rete emergenziale dell'offerta regionale pubblica in 11 Presidi Ospedalieri che operano in riferimento ai bacini di utenza, la classificazione degli stessi su livelli distinti di complessità in riferimento alle funzioni e alle specialità presenti, il modello di rete integrata "hub and spoke" che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub) che integrano e includono i centri periferici (spoke), consentono di identificare come DEA di I livello con funzione di HUB per le Reti tempo dipendenti e patologie complesse i seguenti presidi :

Presidio Ospedaliero Civile San Salvatore dell'Aquila;
Presidio Ospedaliero Riuniti SS. Annunziata di Chieti;
Presidio Ospedaliero Civile dello Spirito Santo di Pescara;
Presidio Ospedaliero Civile Mazzini di Teramo.

Di seguito si raffigura la distribuzione degli accessi al PS di PO sede di DEA di I livello con funzione di HUB distribuiti per codice colore.

Tabella 2 Percentuale di accessi distribuiti per codice colore dei DEA di I livello–anno 2014



Si fa presente che il livello di urgenza assegnato all'assistito, e quindi il livello di priorità della visita medica assegnata al paziente nei DEA di I livello con funzione di HUB, sia sostanzialmente uniforme tranne che in quello del PO di Chieti che presenta una percentuale di accessi di codice colore ROSSO più alta rispetto alle altre (3.7%) e una percentuale di codici VERDI più bassa (33.5%).

Si riportano nella tabella sottostante i dati relativi all'attivazione dei PL di OBI e alla performance dell'attività stessa riferiti ai PO in esame:

Tabella 3 Dati dell'attività dell'OBI del DEA di I livello con funzione di HUB-anno 2014

Presidio Ospedaliero	PL OBI attivi al 12/2014	Pazienti in OBI	Pazienti Dimessi da OBI	Pazienti ricoverati da OBI	Totale accessi Pronto soccorso	% dei Pz dimessi dall'OBI	% dei pz ricovera da OBI	% degli accessi in PS che vanno in OBI
OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE - L'AQUILA	6	1.303	1.076	227	35.141	82,6%	17,4%	3,7%
OSPEDALE RIUNITI SS.ANNUNZIATA - CHIETI	15	4.355	3.836	519	65.593	88,1%	11,9%	6,6%
OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO - PESCARA	10 (dal 18/12/2014)	94	86	8	3.827	91,5%	8,5%	2,5%
OSPEDALE MAZZINI - TERAMO	6	1.909	1.390	519	40.475	72,8%	27,2%	4,7%

I dati di performance dell'attività di OBI dimostrano un'appropriatezza nell'utilizzo di tale attività. Per il PO di Pescara i dati non sono rappresentativi in quanto l'attività relativa all'OBI è stata attivata solo dal mese di dicembre 2014.

In aggiunta alle discipline e alle strutture previste per l'Ospedale di I livello, i PO di L'Aquila, Chieti, Pescara e Teramo sono dotati, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza, di discipline a più alta complessità che presentano una equilibrata distribuzione anche in aree territoriali, tale da garantire da un lato la gestione ottimale del paziente in funzione delle patologie tempo dipendenti con l'identificazione specifica delle funzioni HUB e dall'altro la concentrazione della erogazione dell'assistenza in funzione dei volumi di attività e esiti delle cure che caratterizzano la specializzazione dei singoli Presidi.

Si è provveduto ad analizzare il fabbisogno emergenziale del territorio regionale utilizzando, a livello empirico, i ricoveri effettuati dai Presidi Ospedalieri con regime di ricovero URGENTE (cioè quelli relativi ai pazienti che accedono tramite il Pronto Soccorso).

Tabella 4: Dati dell'attività ospedaliera del DEA di I livello con funzione di HUB -anno 2014

Dati elaborati dal file ASDO 2014 sono stati esclusi i ricoveri con Onere di Degenza "4-Ricoveri senza oneri per il SSN"

DENOMINAZIONE_PO	COD_ASL	Numero Dimissioni	Dimissioni per Acuti	% Ricoveri Urgenti	Tasso di Occupazione Posti Letto	Indice di Rotazione	Intervallo di TurnOver	% Ricoveri di 0 gg	% Ricoveri di 1 gg	% Ricoveri inappropriati
OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE - L'AQUILA	130201	12.456	12.026	61,59	87,55	37,98	1,2	1,79	4,58	12,24
OSPEDALE RIUNITI SS.ANNUNZIATA - CHIETI	130202	14.916	14.916	61,34	87,28	42,74	1,09	2,04	6,56	10,53
OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO - PESCARA	130203	24.517	24.517	68,25	88,6	45,57	0,91	3,23	9,02	22,2
OSPEDALE MAZZINI - TERAMO	130204	13.887	13.432	58,86	80,01	33,22	2,2	1,75	5,14	19,39

Dai dati si evince che le percentuali dei ricoveri urgenti sul totale delle dimissioni, quindi quelli relativi ai pazienti che accedono al reparto tramite il Pronto Soccorso, sono al di sopra della media nazionale (56.1% anno 2014) soprattutto per quelli riferiti al PO di Pescara. I valori relativi ad indicatori quali la percentuale di ricoveri di 0 gg e 1gg mostrano che per i PO di cui sopra la quota dei ricoveri urgenti non è dovuta ad una inefficace attività dei PS.

DEA DI I LIVELLO CON FUNZIONI DI SPOKE

I presidi Ospedalieri che sono classificati come DEA di I livello con funzione di Spoke per le Reti tempo dipendenti e le patologie complesse sono:

Presidio Ospedaliero SS. Filippo e Nicola di Avezzano;
Presidio Ospedaliero F. Renzetti di Lanciano;
Presidio Ospedaliero San Pio da Pietrelcina di Vasto.

Tali PO, pur non essendo allineati in questa fase allo standard quantitativo di 45.000 accessi al PS, nella nuova programmazione regionale vengono riqualficati a DEA di I livello sulla base della messa in sicurezza assistenziale delle patologie tempo dipendenti, della gestione ottimale del paziente nei bacini di riferimento ed anche a seguito del prevedibile aumento degli accessi al PS. Infatti, essi diventano l'alternativa ospedaliera, in termini di distanza temporale, degli assistibili che afferiscono ai comuni dei bacini di riferimento dei PS la cui attività verrà disattivata a seguito dell'applicazione degli standard previsti dal DM70/2015.

Precisamente:

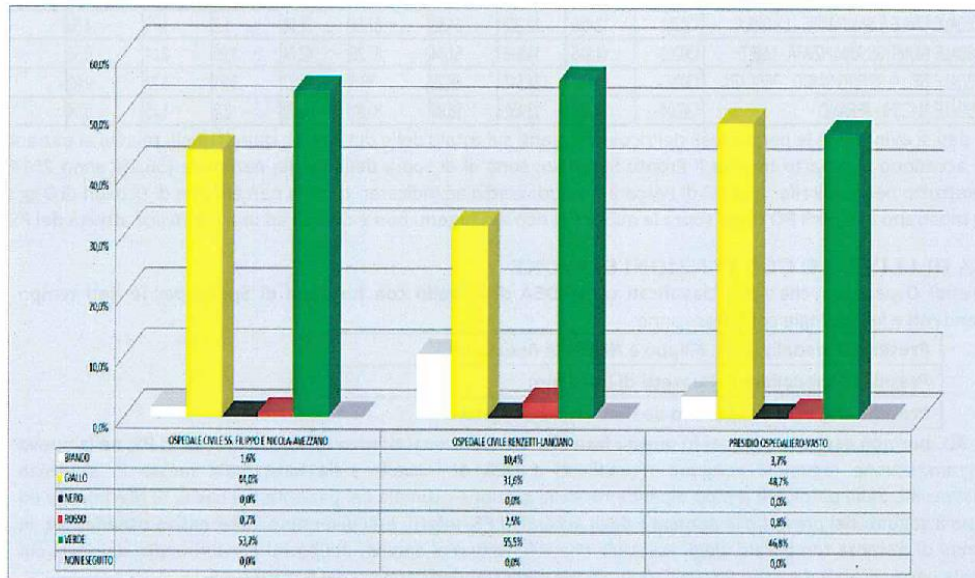
- Il Presidio Ospedaliero SS. Filippo e Nicola di Avezzano nel 2014 presenta un numero di accessi al PS pari a 37.464, a cui si devono aggiungere i potenziali accessi dell'area emergenziale di Tagliacozzo. Si

precisa che nell'anno 2014, la struttura di Tagliacozzo era ancora interessata dal contenzioso amministrativo e pertanto il pronto soccorso era ancora attivo e registrava 7.565 accessi (negli ultimi anni l'attività del PS di Tagliacozzo si era stabilizzata in un range tra 7.000 – 8.000). Infatti il PO di Avezzano rappresenta l'alternativa ospedaliera più vicina per il bacino di utenza del PTA di Tagliacozzo.

- Il **Presidio Ospedaliero F. Renzetti di Lanciano** nel 2014 ha registrato 41.427 accessi al PS, a cui si devono aggiungere gran parte degli accessi del PS di Atessa. Infatti il PO di Lanciano diventa una delle alternative ospedaliere più vicina per il bacino di utenza del PS di Atessa.
- Il **Presidio Ospedaliero San Pio da Pietrelcina di Vasto** nel 2014 ha registrato 32.951 accessi al Pronto Soccorso. Anche in questo caso si prevede realisticamente un aumento dell'attività di PS, sia pure di entità inferiore rispetto al caso precedente, a seguito della disattivazione del PS di Atessa. La programmazione regionale ritiene di elevare il PO di Vasto a DEA di I livello per una corretta garanzia dei tempi necessari per assicurare adeguata copertura alle reti tempo dipendenti. Infatti, dall'analisi dei tempi di percorrenza dei centri abitati del bacino di utenza del PO di Vasto sono emerse diverse criticità come: il comune di Castiglione Messer Marino dista dal PO di Vasto 1h 3min, dal PO di Lanciano 1h 11min e dal PO di Chieti 1h 42min, il comune di Schiavi di Abruzzo dista dal PO di Vasto 1h 4min, dal PO di Lanciano 1h 27min e dal PO di Chieti 1h 48min, il comune di Carunchio dista dal PO di Vasto 53min, dal PO di Lanciano 1h 12min e dal PO di Chieti 1h 35min e il comune di Celenza sul Trigno dista dal PO di Vasto 46min, dal PO di Lanciano 1h 8min e dal PO di Chieti 1h 30min. I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le caratteristiche orografiche e le condizioni della viabilità, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i primi 3 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

Al fine di identificare quale possa essere la domanda emergenziale dei bacini di utenza dei PO identificati come DEA di I livello con funzione di Spoke, si è proceduto all'analisi sia degli accessi distribuiti secondo il Codice colore del Triage sia dei ricoveri effettuati con regime di ricovero URGENTE (cioè quelli relativi ai pazienti che accedono alla struttura tramite il PS), utilizzandolo empiricamente come fabbisogno emergenziale. Nella tabella sottostante si riportano gli accessi per Triage riferiti all'anno 2014.

Tabella 5: Percentuale di accessi distribuiti per codice colore dei DEA di I livello con funzioni di Spoke – anno 2014



Gli accessi con codice colore ROSSO sono presenti in percentuale maggiore nel PO di Lanciano con il 2,5% anche rispetto alla media regionale (1,5%). Il PO di Vasto, invece, registra un numero maggiore di accessi con il

codice colore GIALLO 48.7%, mentre la media regionale è del 36.2%. Questi codici sono quelli che vengono attribuiti ai casi che necessitano di assistenza con priorità massima e intermedia.

Tabella 6: Dati dell'attività dell'OBI del DEA di I livello con funzioni di Spoke-anno 2014

Presidio Ospedaliero	PL OBI attivi al 12/2014	Pazienti in OBI	Pazienti Dimessi da OBI	Pazienti ricoverati da OBI	Totale accessi Pronto soccorso	% dei Pz dimessi dall'OBI	% dei pz ricoverati da OBI	% degli accessi in PS che vanno in OBI
OSPEDALE SS.FILIPPO E NICOLA - AVEZZANO	6	1.255	549	606	39.858	51,7%	48,3%	3,1%
OSPEDALE RENZETTI - LANCIANO	6	2.692	1.990	702	41.435	73,9%	26,1%	6,5%
OSPEDALE PROVINCIALE - VASTO	5	2.084	1.592	492	32.953	76,4%	23,6%	8,3%

La tabella sopra riportata evidenzia che i PL di Osservazione Breve sono stati attivati in maniera omogenea nei PO sedi di DEA di I livello con funzione di Spoke. A seguito dello studio sulla performance dell'attività dell'OBI, l'ASR, con l'attivazione di un gruppo tecnico regionale composto dai Responsabili di PS regionale, ha elaborato le Linee Guida sull'attività dell'OBI stessa, al fine di migliorare e uniformare l'assistenza attraverso, tra l'altro, l'individuazione delle patologie per le quali può essere attivato l'OBI e la definizione del percorso standardizzato del paziente in OBI.

Attualmente i PO in esame sono dotati di quasi tutte le specialità previste in un PO sede di DEA di I livello. Fa eccezione il PO di Avezzano per la Disciplina di Psichiatria e il PO di Lanciano per la Disciplina di Otorinolaringoiatria che saranno attivate nell'ambito della nuova programmazione regionale.

Nella tabella seguente viene riportata l'analisi dei ricoveri ordinari estratti dal file ASDO 2014 effettuati dai PO sedi di DEA di I livello con funzioni di Spoke e delle relative percentuali dei ricoveri urgenti e di alcuni indicatori di performance ospedaliera.

Tabella 7: Dati dell'attività ospedaliera del DEA di I livello con funzione di Spoke-anno 2014

Dati elaborati dal file ASDO 2014 sono stati esclusi i ricoveri con Onere di Degenza "A-Ricoveri senza oneri per il SSN"

DENOMINAZIONE_PO	COD_ASL	Numero Dimissioni	Dimissioni per Acuti	% Ricoveri Urgenti	Tasso di Occupazione Posti Letto	Indice di Rotazione	Intervallo di TurnOver	% Ricoveri di 0 gg	% Ricoveri di 1 gg	% Ricoveri inappropriati
OSPEDALE SS.FILIPPO E NICOLA - AVEZZANO	130201	10.071	9.600	60,31	82,87	47,28	1,32	2,95	4,45	12,01
OSPEDALE RENZETTI - LANCIANO	130202	6.974	6.782	75,52	80,39	39,85	1,8	2,75	5,53	7,39
OSPEDALE PROVINCIALE - VASTO	130202	8.252	8.229	67,77	82,94	51,58	1,21	2,17	4,8	7,41

I dati confermano che in tutti e tre i PO è presente un'alta percentuale di ricoveri urgenti rispetto alla media nazionale (56.1% anno 2014) con indicatori di appropriatezza che dimostrano che questo fenomeno non è dovuto ad una inefficacia del PS. Dai dati degli studi sopra esposti si conclude che i PO di Avezzano, Lanciano e Vasto presentano ciascuno un bacino di utenza con un fabbisogno emergenziale considerevole rispetto ai valori regionali e nazionali. Pertanto, la programmazione regionale intende identificare questi presidi quali sedi di DEA di I livello, nel rispetto del Decreto 70/2015, al fine di poter rispondere in maniera appropriata, efficace ed efficiente ai bisogni dei cittadini residenti nei territori di riferimento. L'emanazione di Linee Guida Regionali sull'attività dell'OBI e del Protocollo Unico Regionale del Triage implementeranno il monitoraggio degli indicatori di attività dei PS.

PRESIDI OSPEDALIERI (PO) SEDE DI PRONTO SOCCORSO (PS)

In conformità con il Decreto n.70 del 2 aprile 2015, il Presidio Ospedaliero sede di Pronto Soccorso è la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità). La funzione di Pronto Soccorso è prevista per:

- un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità;
- un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento;
- un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti.

Deve essere inoltre dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

Devono essere presenti le discipline di: Medicina interna, Chirurgia generale, Anestesia, Ortopedia e Servizi di supporto gestiti in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H/24 di Radiologia, Laboratorio d'Urgenza, Emoteca, anche mediante la telemedicina.

Tra i PO che presentano un numero di accessi annuo superiore a 20.000 unità, i Presidi Ospedalieri che rispondono ai requisiti minimi specifici di PO sede di PS sono:

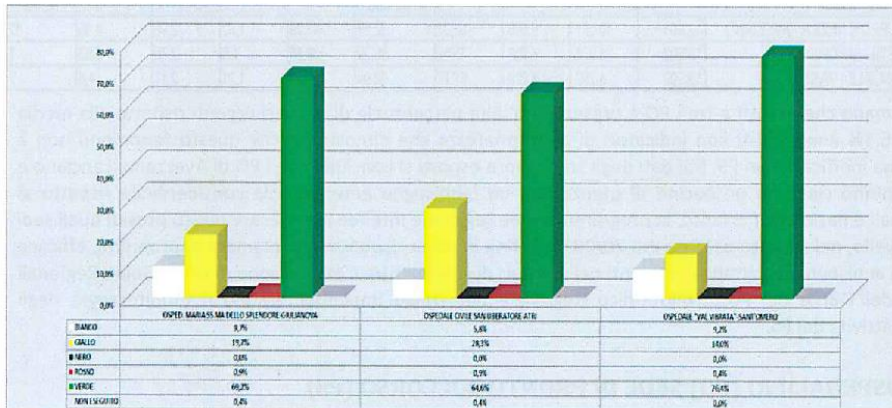
- Presidio Ospedaliero "Dell' Annunziata" di Sulmona
- Presidio Ospedaliero "Maria SS.ma dello Splendore" di Giulianova;
- Presidio Ospedaliero "San Liberatore" di Atri;
- Presidio Ospedaliero "Val Vibrata" di Sant' Omero;

In particolare, l'obiettivo programmatico di individuare come PO sede di PS i Presidi di Giulianova, di S. Omero e di Atri, tutti afferenti alla Provincia di Teramo, deriva, oltre che dal possesso dei requisiti specifici previsti dal DM70/2015, anche dalla necessità di preservare il criterio fondamentale, posto alla base della ripartizione dei Posti letto, dell'omogeneità di assistenza tra i vari territori regionali, in quanto in tale Provincia manca del tutto l'offerta ospedaliera da parte del privato accreditato. A questo si aggiunge che una diversa classificazione di tali Presidi sede di PS rispondenti ai requisiti, non apporterebbe significativi miglioramenti né alla sostenibilità del sistema emergenziale né a quella economico-finanziaria.

Nella tabella seguente si riportano i dati relativi al monitoraggio degli accessi al PS, riferiti all'anno 2014, suddivisi per codice colore. Dai dati del monitoraggio dell'attività dei PS si è evidenziata una disomogeneità della distribuzione dei codici colore tra i diversi PO, dovuta anche a criteri difformi di attribuzione del codice di priorità. Pertanto l'Agenzia Sanitaria Regionale, attraverso l'attivazione di un gruppo tecnico regionale con i responsabili dei PS regionali, ha elaborato il Protocollo Unico Regionale del TRIAGE al fine di uniformare l'assegnazione della priorità di accesso al PS. Questa programmazione regionale adottata si conforma perfettamente con la riqualificazione della nuova rimodulazione della rete ospedaliera di emergenza-urgenza.

Si precisa che il PO di Sulmona nell'anno 2014 non ha applicato il Triage di accesso al Pronto Soccorso e pertanto non è stato possibile inserire i relativi dati nella tabella.

Tabella 8: Percentuale di accessi distribuiti per codice colore dei PO sede di PS – anno 2014



Dai dati analizzati si evince come la percentuale dei codici rossi dei PO di Giulianova e di Atri è in linea con la media nazionale (1,02% anno 2013). I PO di Sant'Omero e di Atri sono in linea con la media nazionale dei codici gialli (16,2% anno 2013) mentre il PO di Atri evidenzia una percentuale di codici gialli quasi doppio di quella nazionale.

Tabella 9: Dati dell'attività dell'OBI dei PO sede di PS-anno 2014

Presidio Ospedaliero	PL OBI attivi al 12/2014	Pazienti in OBI	Pazienti Dimessi da OBI	Pazienti ricoverati da OBI	Totale accessi Pronto soccorso	% dei Pz dimessi dall'OBI	% dei pz ricovera da OBI	% degli accessi in PS che vanno in OBI
OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA - SULMONA	2	997	814	183	22.977	81,6%	18,4%	4,3%
OSPEDALE MARIA SS.SPLENDORE - GIULIANOVA	2	824	400	224	24.451	64,1%	35,9%	2,5%
OSPEDALE S.LIBERATORE - ATRI	2	437	386	51	28.759	89,3%	11,7%	1,5%
OSPEDALE PROVINCIALE - S.OMERO	2	92	64	28	25.938	69,6%	30,4%	0,3%

Dallo studio dell'attività dell'OBI si rileva che in tutti i PO individuati come sede di PS l'assistenza erogata in Osservazione Breve è sostanzialmente appropriata e si prevede un utilizzo di tale attività più efficace in seguito all'emanazione delle Linee Guida Regionali dell'OBI.

Si evidenzia che tutte le discipline contemplate dal DM 70/2015 che deve avere un PO sede di PS sono attualmente presenti nei PO di Sulmona, Giulianova, Atri e Sant'Omero.

Nella tabella seguente viene riportata l'analisi dei ricoveri ordinari estratti dal file ASDO 2014 effettuati dai PO sedi di PS e le relative percentuali dei ricoveri urgenti e di alcuni indicatori di performance ospedaliera.

Tabella 10: Dati dell'attività ospedaliera dei PO sede di PS-anno 2014

Dati elaborati dal file ASDO 2014 sono stati esclusi i ricoveri con Onere di Degenza "4-Ricoveri senza oneri per il SSN"

DENOMINAZIONE_PO	COD_ASL	Numero Dimissioni	Dimissioni per Acuti	% Ricoveri Urgenti	Tasso di Occupazione Posti Letto	Indice di Rotazione	Intervallo di TurnOver	% Ricoveri di 0 gg	% Ricoveri di 1 gg	% Ricoveri inappropriati
OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA - SULMONA	130201	4.615	4.615	78,11	63,88	32,73	4,03	3,06	6,93	20,89
OSPEDALE MARIA SS.SPLENDORE - GIULIANOVA	130204	3.811	3.642	85,8	80,18	29,09	1,23	1,86	3,86	21,25
OSPEDALE S.LIBERATORE - ATRI	130204	4.771	4.423	88,98	73,64	34,32	2,8	1,15	3,46	18,77
OSPEDALE PROVINCIALE - S.OMERO	130204	4.985	4.796	65,4	85,79	41,89	1,24	2,81	9,49	20,1

Dai dati sopra riportati emerge che le percentuali dei ricoveri urgenti sul totale delle dimissioni, quindi quelli relativi ai pazienti che accedono al reparto tramite il Pronto Soccorso, sono al di sopra della media nazionale (56,1% anno 2014.) I valori relativi ad indicatori quali la percentuale di ricoveri di 0 gg e 1gg mostrano che per i PO di cui sopra la quota dei ricoveri urgenti non è dovuta ad una inefficacia del PS.

CRITICITÀ E ANALISI DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

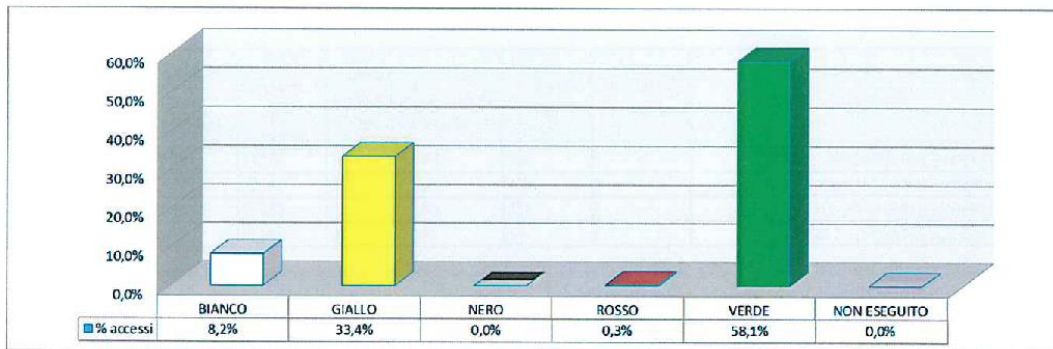
PRESIDIO OSPEDALIERO G. BERNABEO (ORTONA)

Il PO di Ortona ha sede nel Bacino di riferimento² che è composto da 11 comuni con circa 71.000 abitanti e presenta 3 sedi distrettuali: Ortona, Tollo e Francavilla al Mare.

Nel suo territorio vi è anche la presenza di 2 PTS 118, Ortona medicalizzata attiva 7 giorni su 7 H24 e Francavilla al mare medicalizzata attiva 7 giorni su 7 H24 nel periodo estivo, H14 nel periodo dicembre-aprile.

Dall'analisi del flusso EMUR 2014, il PS di Ortona ha registrato 18.462 accessi distribuiti secondo il codice colore come illustrato nella tabella seguente:

² Inteso come l'insieme dei comuni e il relativo numero di residenti (quindi assistibili) che vedono la struttura ospedaliera come prima alternativa ospedaliera in termini di distanza temporale date le attuali vie di comunicazione.



Si evidenzia che il 58,1% degli accessi è rappresentato dal codice colore VERDE di cui il 28,7% risulta a rischio di inappropriata secondo l'indicatore che viene utilizzato nel monitoraggio dell'attività dei PS attivato dalla Regione Abruzzo. Si nota inoltre come all'8,2% degli accessi è stato attribuito un codice colore BIANCO più alto della media regionale che è di circa il 6%. Di questi accessi il 7,9% risulta a rischio di inappropriata secondo l'indicatore utilizzato dalla Regione nel monitoraggio dell'attività dei PS.

Numeratore

Accessi in PS che soddisfano almeno una delle seguenti condizioni:

- triage bianco ed esito:

- "a domicilio"
- "il paziente abbandona il PS prima della visita medica"
- "il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura del referto"

Denominatore

Totale degli accessi in PS in cui è stato effettuato il triage

L'analisi degli accessi a rischio di inappropriata permette di:

- valutare la quota di attività che potrebbe essere svolta nei servizi di assistenza territoriale e quindi potenzialmente filtrabile per diminuire il carico di lavoro dei PS
- stimare la domanda insoddisfatta di prestazioni di assistenza territoriale
- ridurre i tempi di attesa nel PS

Si riportano di seguito gli accessi al Pronto Soccorso riferiti alle annualità precedenti il 2014 del PS di Ortona:

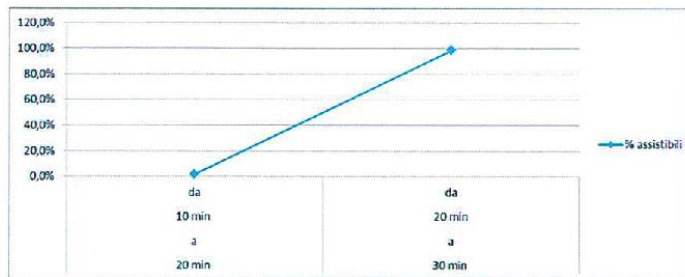
PS di Ortona	
ANNO	N° Accessi al PS
2013	17.040
2011	19.008
2010	20.057

Analizzando la residenza dei pazienti che si sono recati al PS di Ortona risulta che il 44% è riferito ai residenti nel comune di Ortona stesso, seguiti dal 13% che rappresenta quelli residenti nel comune di Francavilla al Mare e dal 6% residenti nel comune di Tollo fino ad arrivare a percentuali irrilevanti.

Tutti i comuni sopra riportati distano meno di 60 min dal PS di Chieti che, a seguito della nuova organizzazione regionale, diventa il PS di riferimento.

Dallo studio dei tempi di percorrenza del bacino di riferimento del PO di Ortona si evidenzia quanto segue:

tempi di percorrenza (min)		Abitanti	%
da 0.10.00	a 0.20.00	879	1,4%
da 0.20.00	a 0.30.00	63.507	98,6%
totale		64.386	100,0%



Dai dati si evince che più del 99 % della popolazione residente nel Bacino di riferimento del PO di Ortona dista meno di 30 min da una struttura ospedaliera della propria o di un'altra ASL.

Nella tabella successiva vengono riportati gli indicatori di attività del PO di Ortona:

Dati elaborati dal file ASDO 2014 sono stati esclusi i ricoveri con Onere di Degenza "4-Ricoveri senza oneri per il SSN"

OSPEDALE	DISCIPLINE	Numero di Posti Letti	Numero Dimissioni per Acuti	% Ricoveri Urgenti	% Ricoveri non ASL	% Ricoveri fuori Regione	Presenza a media per (acc. ecc. pl)	Tasso di Occupazione Posti Letti	Indice di Rotazione	Intervallo di TurnOver	Degenza Media	Degenza media att.	Peso Medio Ministeriale (ex DM 57)	% Dig. CC (su Copie omologate)	% Ricoveri > 0 gg	% Ricoveri di 1 gg	% Ricoveri di 2 gg	% Ricoveri di 3-99	% Ricoveri in pronto soccorso	% Dig. Chirurgici su totale (med+ch)	% Ricoveri ripetuti	MEAN AGE		
OSPEDALE S.SERVIZIO-ORTONA	CHIRURGIA GENERALE	14	1028	1028	22,11	24,43	0,52	14	65,52	77,74	0,21	4,43	4,34	1,29	47,38	0,73	3,95	47,75	47,57	0,33	74,38	4,78	63	
	GERIATRIA	18	842	842	95,9	2,33	1,54	10	62,03	34,25	4,09	6,6	6,63	1,01	57,28	2,37	4,01	11,13	82,48	10,04	0,81	8,21	84	
	MEDICINA GENERALE	13	997	997	92,12	0,72	4,71	18	15,08	78,63	-1,48	6,24	6,23	0,38	54,66	1,4	3,91	13,74	81,34	12,24	1,5	7,33	73	
	INDO		74	74	33,76	5,41						3,6	3,65	0,28					100	2,7		38,65	3	
	ORTOPEDIA E TRAMATOLOGIA	8																						
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12	735	735	53,95	15,21	3,91	8	82,81	61,26	2,22	3,74	3,65	0,53	7,07	0,14	0,41	5,59	93,33	0,27	42,31	0,82	34	
OTORINOLARINGOIATRIA	2	12	12	25	25		1	2,03	6	59,58	1,25	0,63	0,1	16,67	52	25	8,33	25	54	0	54	4		
PEDIATRIA	10	763	763	65,38	7,38	4,33	10	64,38	76,3	0,27	4,51	4,27	0,55	27,84	2,43	2,16	3,52	88,07	0,25		30,07	3		
TOTALE		78	4218	4218	67,5	12,52	4,24	59	77,45	56,24	1,45	5,03		0,91	38,03	1,35	3,05	19,21	75,29	0,18	27,19	11,33	50	

Dalla tabella si evince che:

- il tasso di occupazione dei PL del PO è di circa il 77% con un intervallo di turnover (periodo di tempo intercorrente tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un altro paziente) di 1,46 giorni;
- il tasso di Occupazione della Chirurgia Generale è 95,52% e il relativo intervallo di turnover è di 0,21 giorni;
- il peso medio ministeriale della Chirurgia Generale è del 1,29 superiore a quella regionale del 1,25;
- la percentuale dei ricoveri urgenti (pazienti che accedono al reparto tramite il Pronto Soccorso) è del 29,11% inferiore a quella regionale rappresentata dal 37,47%.

Uno studio effettuato dalla ASR Abruzzo sulle patologie trattate nel reparto di Chirurgia generale evidenzia che esse sono rappresentate principalmente dai Tumori maligni della mammella (della donna), calcolosi della colecisti, ed ernia inguinale (patologie i cui interventi hanno un rischio di tempi di attesa lunghi).

Da quanto sopra esposto, la programmazione regionale intende qualificare il PO di Ortona come Polo Ospedaliero del PO di Chieti, esclusivamente e specificamente dedicato all'attività ospedaliera in elezione/programmata, con la disattivazione del pronto soccorso e la previsione di un Punto di Primo Intervento.

Il Polo Ospedaliero di Ortona, nella nuova programmazione, rappresenta una articolazione organizzativa e funzionale del PO di Chieti con unica direzione sanitaria e amministrativa, rivolta all'attività di produzione ed erogazione di specifiche prestazioni assistenziali nei ricoveri programmati/in elezione. Nell'assetto organizzativo unitario, l'articolazione di Ortona sarà dotata di discipline esclusivamente presenti nel Polo di Ortona come la Dermatologia e la Lungodegenza e di attività specifiche, che, nel rispetto degli standard di riferimento previste dal Comitato LEA, operano su base dipartimentale con interscambio, flessibilità e utilizzo ottimale delle risorse umane con il PO di Chieti.

L'obiettivo è quello di assicurare continuità dei processi assistenziali, eliminando costi aggiuntivi e di garantire la diversificazione di attività, secondo criteri di efficienza ed efficacia clinica gestionale, con una gestione comune di spazi strutturali a supporto dei PO di Chieti.

Il report SDO 2014 del Ministero della Salute riporta anche che la Regione Abruzzo ha dei tempi di attesa più lunghi rispetto a quelli nazionali per le procedure in regime ordinario relative al tumore della mammella (29,3 giorni) e al tumore all'utero (27,8 giorni). Infatti il tempo di attesa nazionale per le procedure del tumore della mammella è 24,7 giorni mentre quello per le procedure del tumore all'utero è 23,4 giorni.

In coerenza con il DM 70/15 che prevede specifici percorsi di integrazione terapeutico-assistenziali attraverso le unità mammarie interdisciplinari (Breast Unit), e in ottemperanza al rapporto volumi ed esiti che indica in 150 primi interventi annui per il Carcinoma della Mammella il valore soglia, gli indicatori di attività confermano attualmente il Centro di Senologia del Polo di Ortona rispondente (insieme a quello del PO dell'Aquila) ai requisiti specifici.

Lo studio sulla mobilità passiva regionale relativa all'anno 2013 ha inoltre evidenziato che i DRG che determinano maggiormente flusso di residenti abruzzesi che si rivolgono a strutture extra regionali sono: 1) Interventi sul piede, 2) Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia, 3) Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC, 4) Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori, 5) Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione.

Pertanto il PO di Ortona dovrà contribuire, con specifiche attività assistenziali di discipline organizzate su base dipartimentale (a titolo di esempio la Breast Unit, la oncologia chirurgica ginecologica, la ortopedia protesica), anche all'attuazione dell'obiettivo regionale del contenimento delle liste di attesa, del recupero della mobilità passiva e della non congestione di ricoveri, soprattutto nell'area chirurgica, del PO di Chieti e del PO di Lanciano che nel 2014 presentano rispettivamente un tasso di occupazione della Chirurgia generale del 80,19% e del 160,96%.

La programmazione regionale intende sviluppare, inoltre, modelli organizzativi e gestionali innovativi del tipo Week Hospital, individuando nel Polo di Ortona un presidio vocato esclusivamente ad eseguire interventi programmati e percorsi clinici standardizzati e in elezione, in grado di garantire una gestione positiva delle Liste di Attesa, una valorizzazione delle risorse professionali, tecnologiche e strutturali e, nello specifico, una valorizzazione delle piattaforme logistiche già esistenti su cui sono stati indirizzati negli anni passati investimenti economici (in primo luogo le sale operatorie), finalizzati al miglioramento della qualità delle cure.

In coerenza con il DM 70/2015 (par. 1.2), che prevede che l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica anche di gestione di attività programmabili, il PO di Chieti costituisce con il Presidio di Ortona un sistema integrato di assistenza sanitaria.

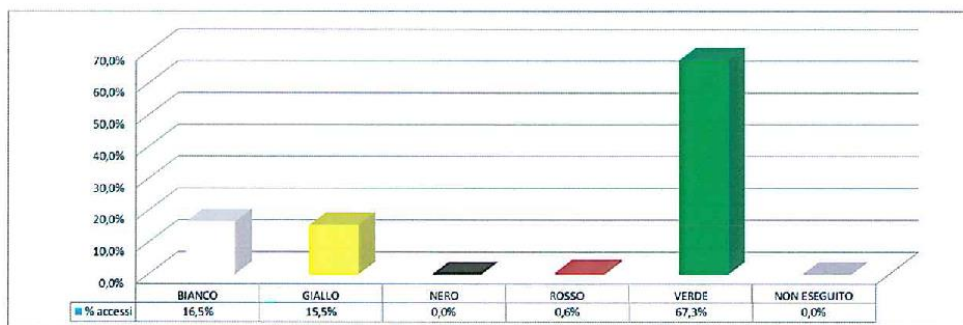
PRESIDIO OSPEDALE SS. TRINITÀ (POPOLI)

Il Presidio Ospedaliero di Popoli ha un Bacino di riferimento³ composto da 35 Comuni in cui risiedono circa 31.000 abitanti.

Questo Bacino di riferimento presenta tre sedi distrettuali (anche di ambiti aziendali diversi): Castelvechio Subequo, Torre De Passeri, e Popoli.

Nel suo territorio vi è anche la presenza di 3 postazioni territoriali del sistema (PTS) 118: Castelvechio Subequo INDIA attiva 7 giorni su 7 H12 diurno, Navelli attiva 7 giorni su 7 H24 (Diurno Medicalizzata/ Notturmo INDIA) e Popoli medicalizzata attiva 7 giorni su 7 H24.

Dall'analisi del flusso EMUR 2014, il PS di Popoli ha registrato 11.708 accessi distribuiti secondo il codice colore come illustrato nella tabella seguente:



Si evidenzia che il 63,3% degli accessi è rappresentato dal codice colore VERDE di cui il 22,4% risulta a rischio di inappropriately secondo l'indicatore che viene utilizzato nel monitoraggio dell'attività dei PS attivato dalla Regione Abruzzo. Si nota inoltre come al 16,5% degli accessi è stato attribuito un codice colore BIANCO più alto della media regionale che è di circa il 6%. Di questi accessi il 15,9% (percentuale più elevata dei PS regionali) risulta a rischio di inappropriately secondo l'indicatore utilizzato dalla Regione nel monitoraggio dell'attività dei PS.

Numeratore

Accessi in PS che soddisfano almeno una delle seguenti condizioni:

- triage bianco ed esito:

- a) "a domicilio"
- b) "il paziente abbandona il PS prima della visita medica"
- c) "il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura del referto"

Denominatore

Totale degli accessi in PS in cui è stato effettuato il triage

L'analisi degli accessi a rischio di inappropriately permette di:

- valutare la quota di attività che potrebbe essere svolta nei servizi di assistenza territoriale e quindi potenzialmente filtrabile per diminuire il carico di lavoro dei PS;
- stimare la domanda insoddisfatta di prestazioni di assistenza territoriale;
- ridurre i tempi di attesa nel PS.

Si riportano di seguito gli accessi al Pronto Soccorso riferiti alle annualità precedenti il 2014 del PS di Popoli:

PS di Popoli	
ANNO	N° Accessi al PS
2013	11.010
2011	10.275
2010	11.817

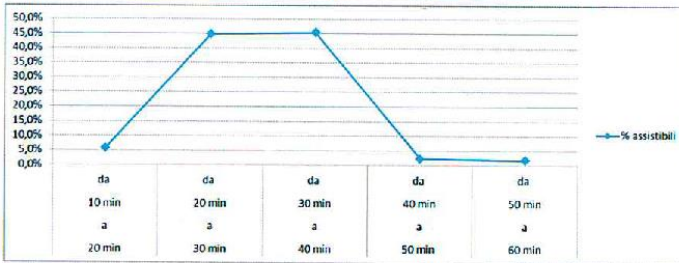
³ Inteso come l'insieme dei comuni e il relativo numero di residenti (quindi assistibili) che vedono la struttura ospedaliera come prima alternativa ospedaliera in termini di distanza temporale dalle attuali vie di comunicazione.

Analizzando la residenza dei pazienti che si sono recati al PS di Popoli, risulta che il 17% è riferito ai residenti nel comune di Popoli stesso, seguiti dal 7% che rappresenta quelli residenti nel comune di Bussi e dal 6% residenti nel comune di Tocco da Casauria fino ad arrivare a percentuali irrilevanti.

I comuni di Popoli e Bussi distano meno di 30 min dal PS di Sulmona che, a seguito della nuova organizzazione regionale, diventa il PS di riferimento e il comune di Tocco da Casauria dista meno di 30 min dal PS di Chieti che, a seguito della nuova organizzazione regionale, diventa il PS di riferimento.

Dallo studio dei tempi di percorrenza del bacino di riferimento del PO di Popoli si evidenzia quanto segue:

tempi di percorrenza (min)			Abitanti	%	
da	0.10.00	a	0.20.00	1.777	5,7%
da	0.20.00	a	0.30.00	13.850	44,8%
da	0.30.00	a	0.40.00	14.044	45,4%
da	0.40.00	a	0.50.00	705	2,3%
da	0.50.00	a	0.60.00	557	1,8%
totale			30.933	100,0%	



Dai dati si evince che circa il 50% della popolazione residente nel Bacino di riferimento del PO di Popoli dista meno di 30 min da una struttura ospedaliera della propria o di un'altra ASL e che solo il 1,8% della popolazione ha tempi di percorrenza tra 50 e 60 min.

Di seguito vengono riportati gli indicatori di attività del PO di Popoli:

Dati elaborati dal file ASDO 2014 sono stati esclusi i ricoveri con Onere di Degenza "4-Ricoveri senza oneri per il SSN":

OSPEDIALE	DISCIPLINE	Numero di Posti Letti Attivi	Numero Dimissioni	% Ricoveri per Acuti	% Ricoveri Urgenti	% Ricoveri fuori ASL	% Ricoveri fuori Regione	Presenza media occ (ppa occ)	Tasso d'Occupazione Posti Letti	Indice di Rotazione	Intervallo di TurnOver	Degenza Media	Degenza media std	Peso Ministeriale (ex DM 07)	% Org. CC (ex Coppie oncologiche)	% Ricoveri di 0 gg	% Ricoveri di 1 gg	% Ricoveri di 2-3 gg	% Ricoveri di >= 3 gg	% Ricoveri inaccoppiati	% Drg su totale (tratt-ch)	% Ricoveri i ripetuti	VEANL AGE
OSPEDIALE SS TRINITA' POPOLI	CHIRURGIA GENERALE	9	599	999	41,46%	27,3	3,84	17	109,41%	109,85	4,31	3,63	4,3	1,02	21,03	5,84	27,2	23,38	45,6	37,83	51,15	6,1	63
	MEDICINA GENERALE	18	218	816	98,45%	17,45	1,34	19	95,68%	45,44	0,25	7,78	7,62	0,99	66,26	2,44	4,65	5,51	87,41	20,78	0,24	8,15	78
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	9	501	501	88,52%	21,99	5,39	9	52,53%	55,67	2,65	3,31	5,11	1,19	23,74	4,59	34,13	14,07	45,31	30,02	80,04	4,32	61
	TERAPIA INTENSIVA		45	45	92,48%	26,09	2,17					17,54	24,75	4,67	100	5,52	8,7	5,52	78,26		52	2,17	72
	RECUPERO E RIABILITAZIONE	26	265		12,83%	7,22	13	13	77,34	13,23	6,3	21,25	13,7	0,88	45,45	0,38	0,75	1,13	97,74		0,33	1,13	73
TOTALE		58	2.619	2.384	54,79%	21,73	3,74	51	89,6	46,77	0,8	7,01	13,7	1,09	23,76	3,25	16,43	13,63	64,84	31,61	35,62	6,95	68

Dai dati sopra riportati si evidenzia che:

- il totale dei ricoveri effettuati dal PO di Popoli nel 2014 risulta essere 2.619;
- i ricoveri urgenti rappresentano il 54,79%, percentuale inferiore alla media nazionale (56,1% anno 2014);
- la Chirurgia Generale presenta una percentuale di ricoveri urgenti del 41,46% con un tasso di occupazione del 109,41%, una degenza media di 3,63 giorni e con patologie trattate rappresentate principalmente da calcolosi della colecisti, ernia inguinale e tumori benigni del colon (patologie i cui interventi hanno un rischio di tempi di attesa lunghi).

Nel riordino della Rete Ospedaliera, la programmazione regionale avverte fortemente la necessità di avviare una profonda azione di riqualificazione dell'offerta riabilitativa assistenziale anche per le criticità rilevate di una insufficienza di posti letto e di uno squilibrio sia territoriale che pubblico-privato. Si precisa che nel corso degli anni la programmazione aziendale ha già avviato, con il trasferimento dei posti letto di Riabilitazione del PO di San Valentino, un percorso per individuare il PO di Popoli come un Centro qualificato di riabilitazione. Infatti, con il DCA n.97 del 11 dicembre 2013, è stato approvato l'atto aziendale della ASL di Pescara in cui viene attribuito al PO di Popoli, a valenza regionale, attività di Riabilitazione cardiopolmonare, Riabilitazione motoria codice 56 e codice 75 (UCGA).

La struttura di Popoli provvederà ad erogare attività di Riabilitazione intensiva in regime di ricovero ospedaliero, in stretta integrazione e connessione funzionale (Piano di indirizzo per la Riabilitazione CSR del 10 febbraio 2011) con le strutture di degenza per acuti del Sistema ospedaliero (DEA di I livello del PO di Pescara – tempo di percorrenza 31 min) e con le strutture territoriali. L'assetto organizzativo del Presidio di Popoli, a seguito del processo di riconversione, risulterà costituito dalla Unità di Riabilitazione intensiva – codice 56 – dedicata al trattamento specifico di postumi di patologie cardiologiche, respiratorie e ortopediche post-chirurgiche e riabilitazione nutrizionale e dall'unità post-acuzie di alta specialità per gravi cerebrolesioni acquisite (UCGA-cod.75). In continuità con la precedente programmazione aziendale, i posti letto programmati e assegnati nella disciplina Riabilitativa saranno pari ad un numero non inferiore a 70.

In coerenza con il documento tecnico approvato in Conferenza unificata del 5 maggio 2011, l'Unità operativa di Riabilitazione post-acuta (UCGA-cod.75), valorizzando il layout del Presidio di Popoli risponderà ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi in stretto raccordo e connessione, secondo protocolli condivisi con le strutture ospedaliere afferenti al SIAT e al DEA di riferimento del PO di Pescara⁴.

Inoltre l'obiettivo programmatico di superare la carenza assistenziale emersa dalla analisi della mobilità passiva e del fabbisogno regionale insoddisfatto trova nel Presidio di Popoli una opportuna localizzazione anche di natura territoriale, in riferimento ad una collocazione baricentrica rispetto ad bacino di utenza di tre ambiti provinciali.

In linea con il Piano Nazionale di indirizzo per la Riabilitazione, che prevede interventi riabilitativi gestiti in contiguità alle specialità e alle dotazioni strumentali e tecnologiche dell'acuzie, all'interno della nuova struttura potranno essere conservate alcune attività assistenziali organizzate su base dipartimentale e riferite all'area medico-chirurgica dedicata all'attività ospedaliera in elezione/programmata. Con tale scelta l'erogazione di servizi ospedalieri, prestazioni specialistiche e indagini strumentali, funzionali alle attività di riabilitazione, verrà garantita con un modello organizzativo flessibile che consentirà il razionale utilizzo delle risorse, il pieno impiego delle piattaforme logistiche dello stabilimento di Popoli e l'attuazione dell'obiettivo di contenimento delle liste di attesa (vedi tabelle riassuntive).

Una rete dell'offerta sanitaria, costruita sulla integrazione tra i servizi ospedalieri e sulla definizione di uno specifico ruolo per singolo presidio, consente alla programmazione regionale di qualificare il PO di Popoli come Centro di Riabilitazione a valenza regionale con attività di ricovero in elezione.

PRESIDIO OSPEDALIERO SAN CAMILLO DE LELLIS (ATESSA)

Il Presidio Ospedaliero di Atessa ha un Bacino di utenza⁵ composto da 31 Comuni in cui risiedono circa 49.000 abitanti.

Questo Bacino di riferimento presenta cinque sedi distrettuali: Villa S. Maria, Atessa, Casoli, Lama dei Peligni e Torricella Peligna.

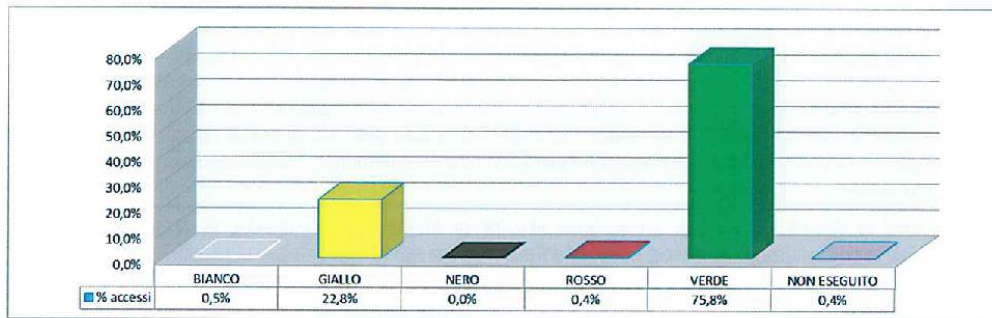
Nel suo territorio vi è anche la presenza del PTA/Ospedale di Comunità di Casoli e 5 postazioni territoriali del sistema (PTS) 118 medicalizzate e attive 7 giorni su 7 H24.

Le PTS 118 sono localizzate a Casoli, Lama dei peligni, Torricella peligna, Atessa e Villa S. Maria.

Dall'analisi del flusso EMUR 2014, il PS di Atessa ha registrato 10.426 accessi distribuiti secondo il codice colore come illustrato nella tabella seguente:

⁴ Consensus Conference sulle gravi cerebro-lesioni acquisite di Modena e di Verona. Studio italiano multicentrico GRACER-Linee guida per l'accreditamento della Regione Emilia Romagna.

⁵ Inteso come l'insieme dei comuni e il relativo numero di residenti (quindi assistibili) che vedono la struttura ospedaliera come prima alternativa ospedaliera in termini di distanza temporale date le attuali vie di comunicazione.



Si evidenzia che il 75,8% degli accessi è rappresentato dal codice colore VERDE (Poco critico. Priorità bassa, prestazione differibile) di cui il 40,1% risulta a rischio di inapproprietezza secondo l' indicatore che viene utilizzato nel monitoraggio dell'attività dei PS attivato dalla Regione Abruzzo.

Numeratore

Accessi in PS che soddisfano almeno una delle seguenti condizioni:

- triage verde ed esito "a domicilio" con unica prestazione visita generale
- invio diverso da
 - a) MMG
 - b) pediatra di libera scelta,
 - c) specialista,
 - d) medico della continuità assistenziale,
 - e) operatore di mezzo di soccorso 118

Denominatore

Totale degli accessi in PS in cui è stato effettuato il triage

L'analisi degli accessi a rischio di inapproprietezza permette di:

- valutare la quota di attività che potrebbe essere svolta nei servizi di assistenza territoriale e quindi potenzialmente filtrabile per diminuire il carico di lavoro dei PS
- stimare la domanda insoddisfatta di prestazioni di assistenza territoriale
- ridurre i tempi di attesa nel PS.

Si riportano di seguito gli accessi al Pronto Soccorso riferiti alle annualità precedenti il 2014 del PS di Atessa:

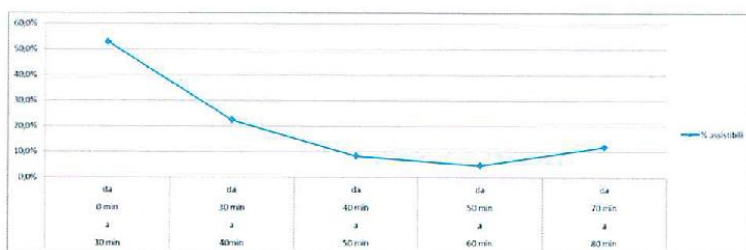
PS di Atessa	
ANNO	N° Accessi al PS
2013	10.518
2011	12.084
2010	11.906

Analizzando la residenza dei pazienti che si sono recati al PS di Atessa risulta che il 40% è riferito ai residenti nel comune di Atessa stesso, seguiti dal 9% che rappresenta quelli residenti nel comune di Paglieta e dal 5% residenti nel comune di Tornareccio fino ad arrivare a percentuali irrilevanti.

Tutti i comuni sopra riportati distano meno di 60 min dal PS di Lanciano che, a seguito della nuova organizzazione regionale, diventa il PS di riferimento.

Dallo studio dei tempi di percorrenza del bacino di riferimento del PO di Atessa si evidenzia quanto segue:

tempi di percorrenza (min)				Abitanti	%
da	0.00.00	a	0.30.00	19.774	52,8%
da	0.30.00	a	0.40.00	8.391	22,4%
da	0.40.00	a	0.50.00	3.110	8,3%
da	0.50.00	a	0.60.00	1.728	4,6%
da	0.70.00	a	0.80.00	4.419	11,8%
totale				37.422	100,0%



Dallo studio dettagliato dei tempi di percorrenza si evidenzia che il 52,8% della popolazione residente nel Bacino di riferimento del PO di Atessa dista meno di 30 min da una struttura ospedaliera della propria o di un'altra ASL e che solo il 11,8 % della popolazione ha tempi di percorrenza tra 70 e 80 min. Approfondendo l'analisi sulla quota del 11,8% degli assistibili, è emerso che di questa percentuale solo l'11% circa ha effettuato dei ricoveri nel PO di Atessa nell'anno 2014. Inoltre i comuni che costituiscono la percentuale del 11,8% (Castiglione Messer Marino, Fraine, Roccaspinaveti e Schiavi di Abruzzo) sono situati in una zona di confine con la Regione Molise e presentano comunque una distanza temporale in media di 30 min circa rispetto alla prima alternativa ospedaliera.

Di seguito vengono riportati gli indicatori di attività del PO di Atessa:

Dati elaborati dal file ASDO 2014 sono stati esclusi i ricoveri con Onere di Degenza "4-Ricoveri senza oneri per il SSN"

OSPEDALE	DISCIPLINE	Numero di Posti Letti Attivi	Numero Dimissioni	Dimissioni per Acuti	% Ricoveri Urgenti	% Ricoveri Locali ASL	% Ricoveri fuori Regione (ecc. p)	Presenza a media (app. re. P.le) Letto	Tasso di Occupazione	Indice di Rotazione	Intervallo di TurnOver	Degenza Medie	Degenza medie sst	Peso Medio Ministeriale (ex DM 67)	% Deg. OC (su Copie) ortopediche	% Ricoveri di 0 gg	% Ricoveri di 1 gg	% Ricoveri di 2 gg	% Ricoveri di 3+ gg	% Ricoveri inappropriati	% Deg. su totale (med+ch)	% Ricoveri ripetuti	MEAN AGE
OSPEDALE VITTORIO EVANUELE-ATESSA	CHIRURGIA GENERALE	12	70	70	1,28	2,58	1	5,32	7,8	44,31	2,42	2,6	1,03	28,67	10,25	38,46	51,28	17,96	58,72	0	58		
	MEDICINA GENERALE	27	758	758	99,47	0,13	1,32	17	89,42	37,9	1,6	8,02	7,78	1,04	78,16	0,52	2,24	2,11	25,12	3,62	1,58	6,73	82
OSPEDALE VITTORIO EVANUELE-ATESSA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	184	184	6,52	1,01	3,32	2	12,27	19,9	16,22	2,22	2,28	1,29	47,5	1,91	32,7	21,11	37,25	32,68	36,42	3,02	58
	RECUPERO E RIABILITAZIONE	15	372			4,02	18	99,02	23,28	0,42	18,32	18,36	0,78	75	0,29	0,31	33,52					0,54	77
OSPEDALE VITTORIO EVANUELE-ATESSA	LUNGO SOGGIORNI	15	222		5,41		1,5	9	47,65	12,33	15,52	14,07	14,41	1,07	37,5	0,9	0,2	2,25	35,52		0,6	4,02	84
	TOTALE	74	1824	1034	47,82	0,28	2,07	43	87,91	22,01	6,38	9,6	1,03	63,47	0,55	6,57	5,38	36,52	18,24	16,8	4,17	73	

Dalla tabella si evince che il tasso di occupazione dei PL del PO è di circa il 58%, con punte minime del 5,32% in Chirurgia con un intervallo di turnover (periodo di tempo intercorrente tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un altro paziente) di 44,31 giorni. Nessun ricovero effettuato in chirurgia è di tipo urgente (relativo ai pazienti che accedono al reparto tramite il Pronto Soccorso). Per quanto concerne la Medicina Generale si nota che l'età media dei ricoverati è di 80 anni con una percentuale dei ricoveri urgenti pari a quasi il 100%.

Pertanto, si rileva che i bisogni espressi dalla popolazione di riferimento del PO di Atessa riguardano soprattutto le patologie croniche dei pazienti anziani. Infatti, dallo studio della diagnosi principale dei ricoveri effettuati in Medicina emerge che sono soprattutto patologie quali Scompenso Cardiaco e Insufficienza respiratoria.

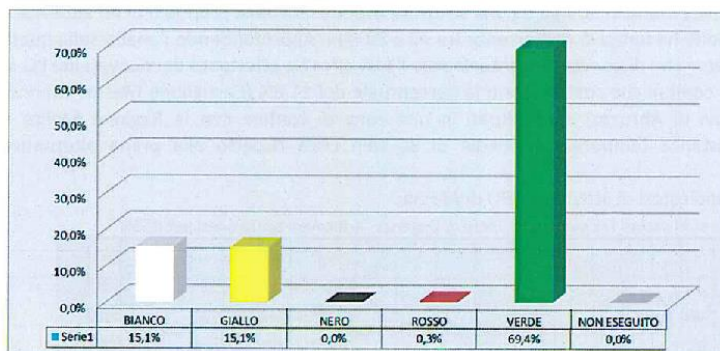
La Regione, quindi, programma la riconversione del Presidio di Atessa in Ospedale di Comunità, con Punto di Primo Intervento, finalizzata ad una organizzazione assistenziale più appropriata rispetto ai bisogni della popolazione. Relativamente al setting anziani non autosufficienti, in virtù di un fabbisogno aziendale non ancora pienamente soddisfatto, è possibile programmare l'attribuzione di almeno 20 posti letto per ciascuno dei due setting assistenziali: RSA (Residenze Sanitarie Assistite) Anziani, Semiresidenze anziani

PRESIDIO OSPEDALIERO M.SS.IMMACOLATA (GUARDIAGRELE)

Il Presidio Ospedaliero di Guardiagrele è situato nel bacino di riferimento⁶ composto da 22 comuni in cui risiedono circa 43.000 abitanti.

Nel Bacino di riferimento vi è anche la presenza di 4 sedi distrettuali: Casoli, Guardiagrele, Lama dei Peligni e Orsogna e di 3 PTS 118 medicalizzate attive 7 giorni su 7 H24, localizzate a Casoli, Guardiagrele e Lama dei Peligni.

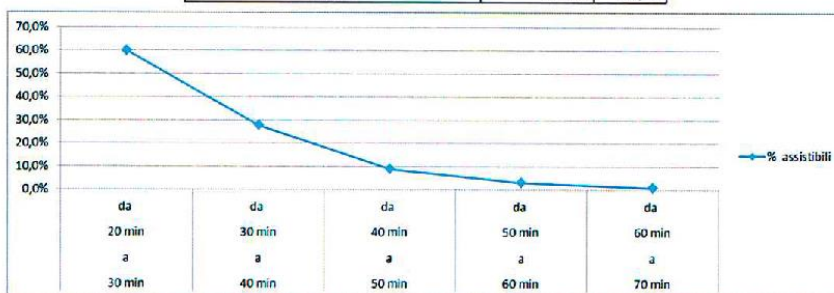
Dall'analisi del flusso EMUR 2014, il PS di Guardiagrele ha registrato 8.909 accessi distribuiti secondo il codice colore come illustrato nella tabella seguente :



Si evidenzia che il 69,4 % degli accessi è rappresentato dal codice colore VERDE di cui il 33,1 % (superiore alla media regionale del 30,2%) risulta a rischio di inappropriata secondo l'indicatore utilizzato dall'ASR Abruzzo nel monitoraggio dell'attività dei PS. I codici ROSSI rappresentano solo lo 0,3% inferiore alla media regionale pari all'1,5%.

Dall'analisi dei tempi di percorrenza del bacino del PO di Guardiagrele è emerso quanto segue:

tempi di percorrenza (min)				Abitanti	%
da	0.20.00	a	0.30.00	25622	59,7%
da	0.30.00	a	0.40.00	11870	27,6%
da	0.40.00	a	0.50.00	3.770	8,8%
da	0.50.00	a	0.60.00	1.298	3,0%
da	0.60.00	a	0.70.00	378	0,9%
totale				42.938	100,0%



Dai dati si evince che circa il 60% degli assistibili ha un tempo di percorrenza verso la struttura ospedaliera (prima alternativa ospedaliera) compreso tra 20 e 30 min e che solo circa l' 1%, rappresentato dai residenti del comune di Taranta Peligna che hanno come nuova struttura ospedaliera di riferimento il PO Renzetti di Lanciano, ha un tempo di percorrenza tra 60 e 70 min.

⁶ Inteso come l'insieme dei comuni e il relativo numero di residenti (quindi assistibili) che vedono la struttura ospedaliera come prima alternativa ospedaliera in termini di distanza temporale date le attuali vie di comunicazione.

Di seguito vengono riportati gli indicatori di attività del PO di Guardiagrele:

Dati elaborati dal file ASDO 2014 sono stati esclusi i ricoveri con Onere di Degenza "4-Ricoveri senza oneri per il SSN"

OSPEDALE	DISCIPLINE	Numero di Posti Letti Attuali	Numero Dimissioni	Dimissioni per Adulti	% Ricoveri Urgenti	% Ricoveri fuori ASL	% Ricoveri fuori Regione	Presenza media oraria (appiccoppo)	Tasso di Occupazione Post. Letto	Indice di Rotazione	Intervallo di TurnOver	Degenza Media	Degenza media st	Peso Medio Ministeriale (ex DM 97)	% Dg_OC (su Coppia orologia)	% Ricoveri di 0 gg	% Ricoveri di 1 gg	% Ricoveri di 2 gg	% Ricoveri di 3 gg	% Ricoveri inappropriati	% Ricoveri ripetuti	MEAN AGE
OSPEDALE MARIA SS. IMMACOLATA - GUARDIAGRELE	GERIATRIA	12	293	293	99,66	1,71	1,71	12	94,47	24,42	0,83	14,12	14,01	0,95	59,03	2,03	4,1	2,39	21,47	13,99	4,1	83
	MEDICINA GENERALE	18	671	671	100	1,79	0,85	18	96,15	37,28	0,38	9,41	10,29	0,82	58,92	2,68	5,51	5,96	55,84	15,82	8,05	74
	PSICHIATRIA	13	361	361	84,43	7,89	4,73	13	86,23	24,07	2,09	13,09	13,4	0,74	13,64	1,11	1,34	3,32	33,63	3,05	13,85	45
	LUNGO DEGENZI	12	96	96	1,04	2,09	9	71,8	8	12,86	32,75	50,54	0,95	65	1,24	1,04	97,92				5,21	85
TOTALE		57	1421	1325	89,3	3,24	1,83	51	88,07	24,93	1,75	12,89		0,87	57,08	1,97	4,01	4,22	49,8	13,95	8,52	77

Dalla tabella si evince che il tasso di occupazione dei PL del PO è di circa l' 88% con punte massime del 96,15% in Medicina Generale con un intervallo di turnover (periodo di tempo intercorrente tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un altro paziente) di 0,38 giorni. L'età media dei ricoverati in medicina è di 74 anni. Da uno studio condotto dall'ASR Abruzzo sulle diagnosi principali dei ricoveri effettuati in medicina emerge che sono soprattutto patologie quali Scompenso Cardiaco, Disordini di liquidi ed elettroliti e Insufficienza respiratoria.

La Regione, dall'analisi dei dati sopra riportati, programma la riconversione in Ospedale di Comunità, con Punto di Primo Intervento, che risulta la struttura più appropriata rispetto ai bisogni della popolazione.

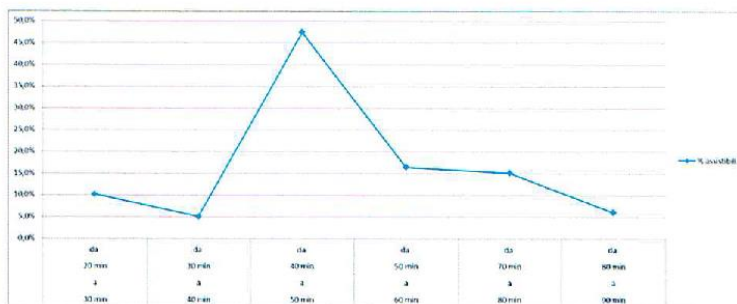
PRESIDIO OSPEDALIERO (CASTEL DI SANGRO)

Il Presidio Ospedaliero di Castel di Sangro ha sede nel Bacino di riferimento⁷ che è composto da 24 comuni con circa 23.000 abitanti.

Nel suo territorio vi è la presenza di 3 sedi distrettuali: Castel di Sangro, Pescasseroli e Pescocostanzo e di 2 PTS 118, Castel di Sangro medicalizzata attiva 7 giorni su 7 H24 e Pescasseroli attiva 7 giorni su 7 H24 (Diurno Medicalizzata /Notturmo INDIA).

Il PO di Castel di Sangro presenta, ai sensi del Decreto 70/15, le caratteristiche di un PO in zona particolarmente disagiata; infatti dallo studio dei tempi di percorrenza del Bacino di riferimento si evidenzia quanto segue:

tempi di percorrenza (min)		Abitanti		%	
da	0.20.00	a	0.30.00	2334	10,1%
da	0.30.00	a	0.40.00	1147	5,0%
da	0.40.00	a	0.50.00	10.951	47,4%
da	0.50.00	a	0.60.00	3.793	16,4%
da	0.70.00	a	0.80.00	3.484	15,1%
da	0.80.00	a	0.90.00	1381	6,0%
totale				23.090	100,0%



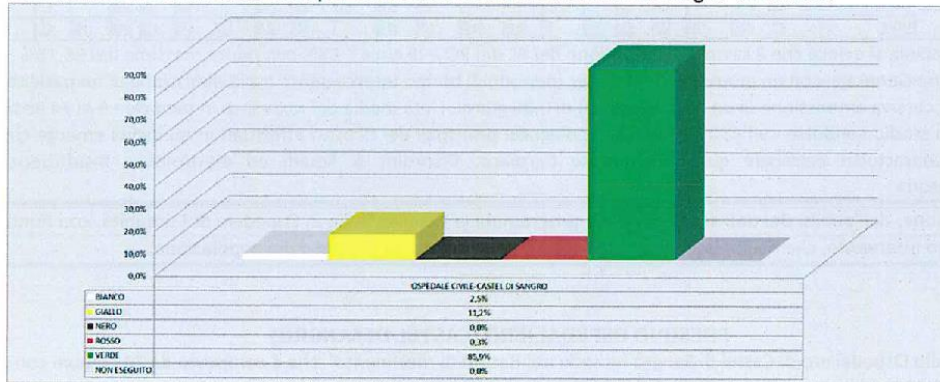
⁷ Inteso come l'insieme dei comuni e il relativo numero di residenti (quindi assistibili) che vedono la struttura ospedaliera come prima alternativa ospedaliera in termini di distanza temporale date le attuali vie di comunicazione.

Sulla base di oggettive tecniche di misurazione, deve essere tuttavia evidenziato che il tempo calcolato non considera affatto i fattori ambientali e le avversità meteorologiche che durante periodi prolungati dell'anno comportano elevati disagi e oggettive criticità, che metterebbero a rischio anche la piena fruibilità del servizio di elisoccorso⁸. Infatti risulta significativo segnalare anche che il PO di Castel di Sangro si trova in una zona altimetrica classificata come Montagna interna, in una zona climatica F e che nel tragitto stradale da percorrere per arrivare allo Spoke di riferimento per il 54% degli assistibili (Sulmona) si raggiunge un'altitudine massima di 1.236 m s.l.m.

Si precisa, inoltre, che l'escursione altimetrica della rete viaria del bacino di riferimento del PO di Castel di Sangro raggiunge 2268 m s.l.m.

Nella tabella successiva, sono riportati i dati del monitoraggio del PS di Castel di Sangro per Triage di ingresso.

Percentuale di accessi distribuiti per codice colore del PO di Castel di Sangro–anno 2014



Si evidenzia che gli accessi con attribuzione del codice colore VERDE rappresentano circa l'86% del totale. Questo dimostra quanto sia indispensabile il ruolo dell'assistenza territoriale e come il suo conseguente potenziamento serva a determinare un effettivo miglioramento dell'appropriatezza dell'attività del PS.

Nella tabella seguente vengono riportati i dati dell'attività dell'OBI del PO di Castel di Sangro dai quali emerge come la performance dell'attività sia appropriata rispetto al set di indicatori individuati sia dalla Letteratura che da esperienze di altre Regioni.

Dati dell'attività dell'OBI del PO di Castel di Sangro-anno 2014

Presidio Ospedaliero	PL OBI attivi al 12/2014	Pazienti in OBI	Pazienti Dimessi da OBI	Pazienti ricoverati da OBI	Totale accessi Pronto soccorso	% dei Pz dimessi dall'OBI	% dei pz ricovera da OBI	% degli accessi in PS che vanno in OBI
OSPEDALE PROVINCIALE - CASTEL DI SANGRO	4	1.015	748	260	10.258	73,7%	25,6%	9,9%

In conformità a quanto suggerito dal Ministero della Salute e più precisamente in merito all'attivazione di posti letto OBI esclusivamente nei PO con PS i cui accessi risultino superiori a 20.000, i Posti Letto dell'OBI del PO di Castel di Sangro saranno utilizzati come posti letto tecnici per altre forme assistenziali.

Dall'analisi dei ricoveri ordinari estratti dal file ASDO 2014 effettuati dal PO, delle relative percentuali dei ricoveri urgenti e di alcuni indicatori di performance ospedaliera riportati nella tabella sottostante, si evince che le percentuali dei ricoveri urgenti sul totale delle dimissioni, quindi quelli relativi ai pazienti che accedono al reparto tramite il Pronto Soccorso, sono al di sopra della media nazionale (56.1% anno 2014). I valori relativi ad indicatori quali la percentuale di ricoveri di 0 gg e 1gg mostrano che la quota dei ricoveri urgenti non è dovuta ad una inefficacia del PS.

Di seguito vengono illustrati gli indicatori di attività ospedaliera del PO di Castel di Sangro riferiti al file ASDO 2014.

⁸ L'Agenzia Europea per la Sicurezza Aerea (o EASA, sigla di **European Aviation Safety Agency**), organo di controllo del settore aeronautico dell'Unione Europea, definisce dei parametri di sicurezza del volo il cui rispetto è messo a rischio da condizioni meteorologiche avverse (vento, pioggia, neve, nebbia ...).

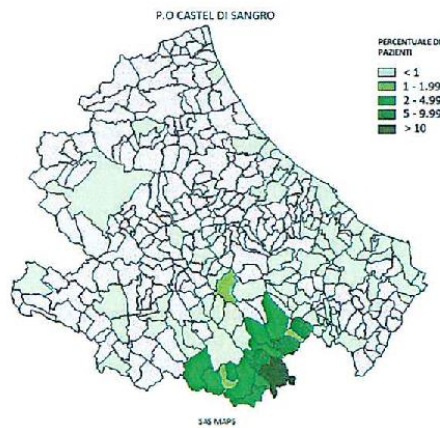
Dati dell'attività ospedaliera del PO di Castel di Sangro-anno 2014

Dati elaborati dal file ASDO 2014 sono stati esclusi i ricoveri con Onere di Degenza "4-Ricoveri senza oneri per il SSN"

OSPEDALE	DISCIPLINE	Numero di Posti Letto Attivi	Numero Dimissioni	Dimissioni per Acut.	% Ricoveri Urgenti	% Ricoveri fuori ASL	% Ricoveri fuori Regione	Presidio a media (per acc. di)	Tasso di Occupazione Posti	Indice di Rotazione	Intervallo di TurnOver	Degenza Media	Degenza media stit	Peso Medio Ministeriale (ex DM 97)	% Dig. OC (su Doppie omologhe)	% Ricoveri di 0 gg	% Ricoveri di 1 gg	% Ricoveri di 2 gg	% Ricoveri di 3- 99	% Ricoveri rapportati	% Dig. Chirugi di su totale (med-c)	% Ricoveri reporti	MEAN_AGE
OSPEDALE PROVINCIALE CASTEL DI SANGRO	CHIRURGIA GENERALE	11	293	293	60,75	12,57	38,23	6	49,59	25,84	6,91	6,8	5,75	0,54	14,72	4,78	15,7	14,68	64,85	31,05	32,42	2,29	65
	MEDICINA GENERALE	15	594	594	95,83	13,3	27,51	17	66,82	31,25	1,54	10,14	9,69	1,05	66,02	0,84	2,69	4,38	92,09	7,07	1,18	12,79	77
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	7	451	451	49,0	17,29	51	8	111,95	61,43	-9,65	5,34	8,2	1,09	9,95	1,55	14,41	30,15	53,88	38,47	71,63	2,27	59
TOTALE		37	1338	1338	71,38	14,57	37,82	30	80,51	35,15	1,97	8,13	1,04	30,1	1,84	9,49	15,32	73,24	23,24	31,76	9,12	69	

Dai dati esposti si evidenzia che i ricoveri urgenti rappresentano il 71,38% dei ricoveri totali una quota molto più alta rispetto a quella nazionale che è del 56,1% e che arriva al 99,83% per la Medicina Generale. Il Tasso di occupazione è dell' 80,51% con un peso medio dei ricoveri del 1,04.

Di seguito si rappresenta la distribuzione percentuale dei pazienti ricoverati nel PO di Castel di Sangro, nell'anno 2014, per comune di residenza.



Dai dati esposti, per il PO di Castel Di Sangro vengono rispettati tutti i requisiti previsti dal Regolamento (par. 9.2.2 dell'Allegato1) per il Presidio in zona particolarmente disagiata: area geograficamente e meteorologicamente ostile, ambiente montano, collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi).

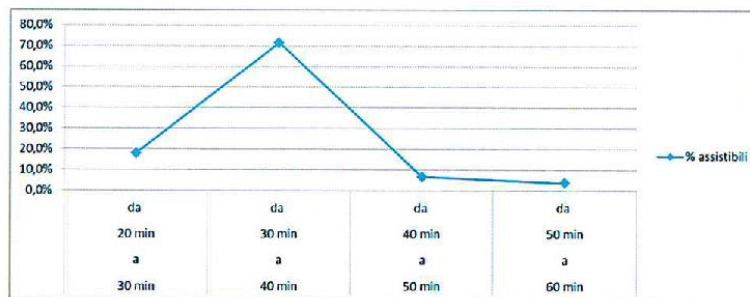
PRESIDIO OSPEDALIERO SAN MASSIMO (PENNE)

Il Presidio Ospedaliero di Penne è situato nel bacino di riferimento⁹ composto da 14 comuni in cui risiedono circa 42.000 abitanti.

Nel Bacino di riferimento vi è anche la presenza di 3 sedi distrettuali: Penne, Civitella Casanova e Loreto Aprutino e di 1 PTS 118 a Penne medicalizzata attiva 7 giorni su 7 H24.

Dall'analisi dei tempi di percorrenza del bacino del PO di Penne è emerso quanto segue:

tempi di percorrenza (min)				Abitanti	%
da	0.20.00	a	0.30.00	7.525	18,0%
da	0.30.00	a	0.40.00	29.987	71,6%
da	0.40.00	a	0.50.00	2.833	6,8%
da	0.50.00	a	0.60.00	1.548	3,7%
totale				41.893	100,0%



Dai dati si evince che circa il 4% degli assistibili ha un tempo di percorrenza verso la struttura ospedaliera (prima alternativa ospedaliera) compreso tra 50 e 60 min, che circa il 7% degli assistibili ha un tempo di percorrenza tra 40 e 50 min mentre solo il 18% ha un tempo inferiore ai 30min.

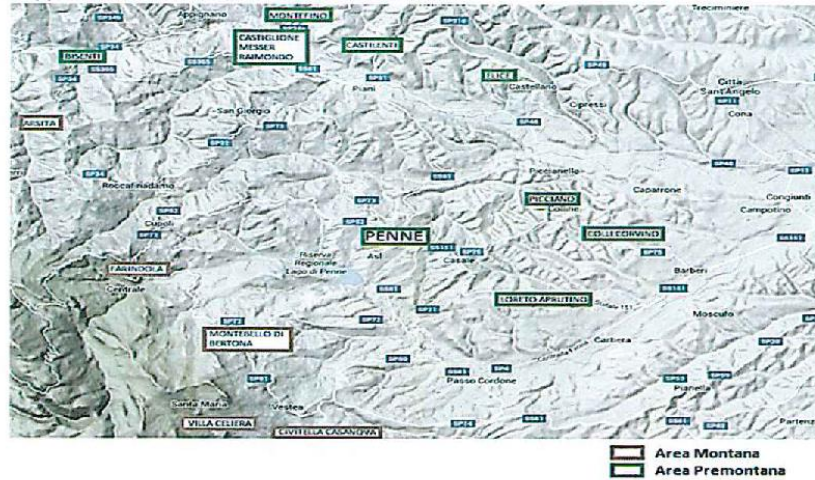
I tempi indicati possono subire aumenti in rapporto a condizioni meteorologicamente ostili e tali situazioni clima-orografiche rendono in casi codificati il trasporto dell'elisoccorso potenzialmente inattivabile.

Il Regolamento prevede la possibilità di presidi in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi.

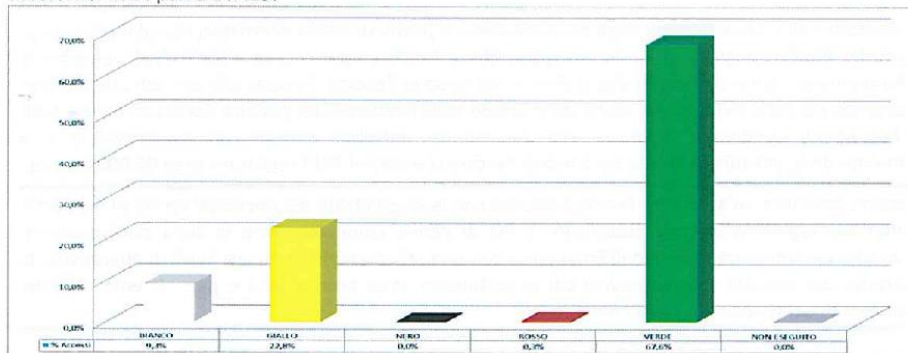
Da uno studio effettuato sul bacino di utenza di Penne, è emerso che il 96,87% della superficie territoriale dei 14 comuni afferenti al bacino è classificato come Area montana e premontana; in particolare il 64,82% rappresenta l'area premontana con una estensione territoriale di 324,95 kmq e il 32,05% quella montana con una estensione territoriale di 144,99 kmq su una superficie totale di 452,33 kmq. Inoltre l'escursione altimetrica della rete viaria è compresa tra 1.054 e 2.036 m.s.l.m. e la popolazione che, nel tragitto per raggiungere l'ospedale più vicino, percorre un tragitto stradale superiore ai 1.000 m.s.l.m. è di 5.924 abitanti su un totale di 41.893 abitanti afferenti ai comuni del bacino di utenza.

⁹ Inteso come l'insieme dei comuni e il relativo numero di residenti (quindi assistibili) che vedono la struttura ospedaliera come prima alternativa ospedaliera in termini di distanza temporale date le attuali vie di comunicazione

Mapa altimetrica del bacino di utenza di Penne



Nella tabella successiva sono riportati i dati del monitoraggio del PS di Penne per codice colore, su un totale di accessi nel 2014 pari a 14.415:



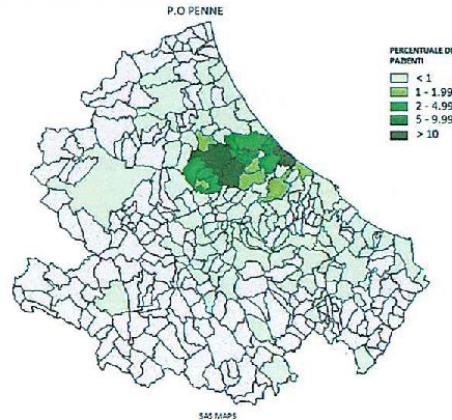
Si evidenzia che il 67,6% del totale degli accessi è rappresentato dal codice colore VERDE di cui il 20,1% risulta a rischio di inappropriately secondo l'indicatore utilizzato nel monitoraggio dell'attività dei PS attivato dalla Regione Abruzzo (media regionale 30,2%). Si fa notare che la percentuale dei codici GIALLI risulta essere del 22,8% e che la media regionale è rappresentata dal 36,2%.

Di seguito vengono descritti gli indicatori di attività ospedaliera del PO di Penne:

Dati elaborati dal file ASDO 2014 sono stati esclusi i ricoveri con Onere di Degenza "4-Ricoveri senza oneri per il SSN"

OSPEDALE	DISCIPLINE	Numero di Posti Letti Attivati	Numero Dimissioni	Dimissioni per Aziti	% Ricoveri Urgenti	% Ricoveri Non ASL	% Ricoveri Non Regione	Presenza mese acc (per acc)	Tasso di Occupazione Post. Letto	Indice di Rotazione	Intervallo di TurnOver	Degenza Media	Degenza media età	Peso Medio Mensilare (per DM 97)	% Dg. DD (su Copie omologhe)	% Ricoveri < 0,00	% Ricoveri < 1,00	% Ricoveri < 2,00	% Ricoveri < 3,00	% Ricoveri >= 3,00	% Ricoveri inappropriati	% Dg Chirur. o su totale (metico)	% Ricoveri ripetuti	MEAN AGE
OSPEDALE S.MASSIMO-PENNE	CARDIOLOGIA	6	212	212	98,56	8,45	3,76	4	81,13	35,8	8,02	5,26	5,50	0,58	84,95	3,75	3,25	6,57	66,35	5,1	0,94	5,63	71	
	CHIRURGIA GENERALE	10	426	426	47,5	3,51	3,51	8	58,74	4,8	3,14	4,47	4,47	1,04	16	2,75	33,33	27	44,35	35,21	67,05	6,25	60	
	GERIATRIA	10	916	916	99,68	6,1	1,71	22	112,72	49,32	-0,96	3,52	3,45	1,36	80,97	2,07	3,95	5,13	69,22	10,95	1,45	6,71	65	
	MEDICINA GENERALE	10	728	728	92,54	5,71	2,72	16	107	4,8	-0,53	3,14	3,14	0,52	50,24	2,85	6,35	11,33	79,43	28,29	1,65	8,96	62	
	NEFROLOGIA		16	16	67,5							3,75	15,25	1,25	50	6,25			6,25	87,5	12,5	25	6,25	72
	NEO		226	226	44,5	15,14	0,40					3,06	3,50	0,46	130	13,65	4,31	1,44	80,35	0,46		0,46		0
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8	471	471	61,78	12,62	1,31	6	71,85	59,88	1,74	4,46	5,29	1,05	14,55	1,49	25,05	23,95	50,11	51,17	71,75	3,82	62	
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5	698	698	54,24	17,53	2,23	7	123,62	137,2	-0,63	3,29	3,3	0,7	5,05	8,89	9,15	7,43	74,95	17,35	65,5	4,69	38	
	OTORINOLARINGOIATRIA	3	134	134	31,34	11,19	2,24	2	40,97	4,67	4,86	3,29	3,23	0,79	15,79	3,73	5,22	23,97	65,67	61,15	55,97	2,24	40	
	TERAPIA INTENSIVA	8	8	8	75							3,25	3,58	3,71	130	12,3			8,7	91,3	75	0	83	
	ULTRASUONI	10	46	46	2,17	10,67		3	20,25	4,3	63,28	15,07	15,22	1,3	130				8,7	91,3	2,17	0	83	
	TOTALE		77	3845	3803	72,27	10,36	2,3	66	64,42	51,29	1,11	5,61		0,53	33,94	4,19	11,30	11,30	73,23	24,06	31,62	6,19	59

Dai dati sopra riportati si evince che il PO di Penne nell' anno 2014 ha registrato un volume di ricoveri pari a 3.949, di questi 72,27 % è stato effettuato in regime di ricovero di urgenza. Il Tasso di occupazione del PO di Penne è di circa 84% con un intervallo di turnover del 1,11 giorni. Si nota come le percentuali più alte dei ricoveri urgenti sono stati effettuati dalle UO afferenti all'AFO medica (Geriatria 99,89%, Cardiologia 98,58% e Medicina generale 88,54%). Nella figura successiva è rappresentata la distribuzione percentuale dei pazienti ricoverati nel PO di Penne, nell'anno 2014, per comune di residenza



Una analisi condotta sulla redistribuzione degli assistibili verso la prima struttura alternativa ospedaliera, nel caso della chiusura del Pronto Soccorso di Penne, dimostra che a livello empirico circa il 36 % degli assistibili del bacino di riferimento di Penne si rivolgerebbe al Pronto Soccorso di Pescara. Tuttavia tale percentuale potrebbe subire un aumento notevole evidenziato anche dallo studio sulla residenza dei pazienti ricoverati nel PO Santo Spirito di Pescara. Il combinato delle variabili considerate potrebbe causare un overcrowding e un congestionamento delle attività del Pronto Soccorso di Pescara che già nel 2014 registrava circa 96.000 accessi.

Pertanto, occorre garantire un'attività di Pronto Soccorso con la disponibilità dei necessari servizi di supporto e la programmazione regionale intende classificare il PO di Penne come Ospedale di zona particolarmente disagiata, non solo per integrare la Rete dell'Emergenza con una articolazione su diversi livelli di operatività, ma per la sussistenza dei requisiti tecnici previsti dal Regolamento: area premontana e parzialmente montana, meteorologicamente ostile con rete viaria complessa.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La concreta applicazione della rete ospedaliera ha la sua articolazione in Hub e Spoke, con la allocazione delle discipline necessarie per l'Emergenza-Urgenza, secondo i livelli decrescenti di specializzazione e complessità delle strutture.

I due centri Hub cardiocirurgici sono costituiti presso il SS. Annunziata di Chieti e l'Ospedale Mazzini di Teramo. Sono previsti due centri Hub neurochirurgici presso il PO dello Spirito Santo di Pescara e il San Salvatore dell'Aquila.

Sono quattro i sistemi integrati di assistenza ai pazienti traumatizzati in tutta la Regione, identificati per area provinciale nei Centri Trauma dei DEA di I livello, con il CTS individuato nel Presidio di Pescara, struttura regionale con il maggior numero di ricoveri per traumi.

I centri Hub per la Terapia Intensiva Neonatale sono presso il Spirito Santo di Pescara, in accordo interaziendale con il SS Annunziata di Chieti, e presso il San Salvatore de L'Aquila.

Considerate le peculiari caratteristiche del territorio abruzzese, la rimodulazione deve orientarsi verso una copertura finalizzata a garantire i territori periferici utilizzando i parametri necessari riferiti ai bacini di utenza per singola disciplina.

La Rete di Emergenza (Hub e Spoke) è stata parametrata tenendo conto dei tempi di percorrenza e della complessità orografica, su bacini di riferimento di aree baricentriche, tali da individuare:

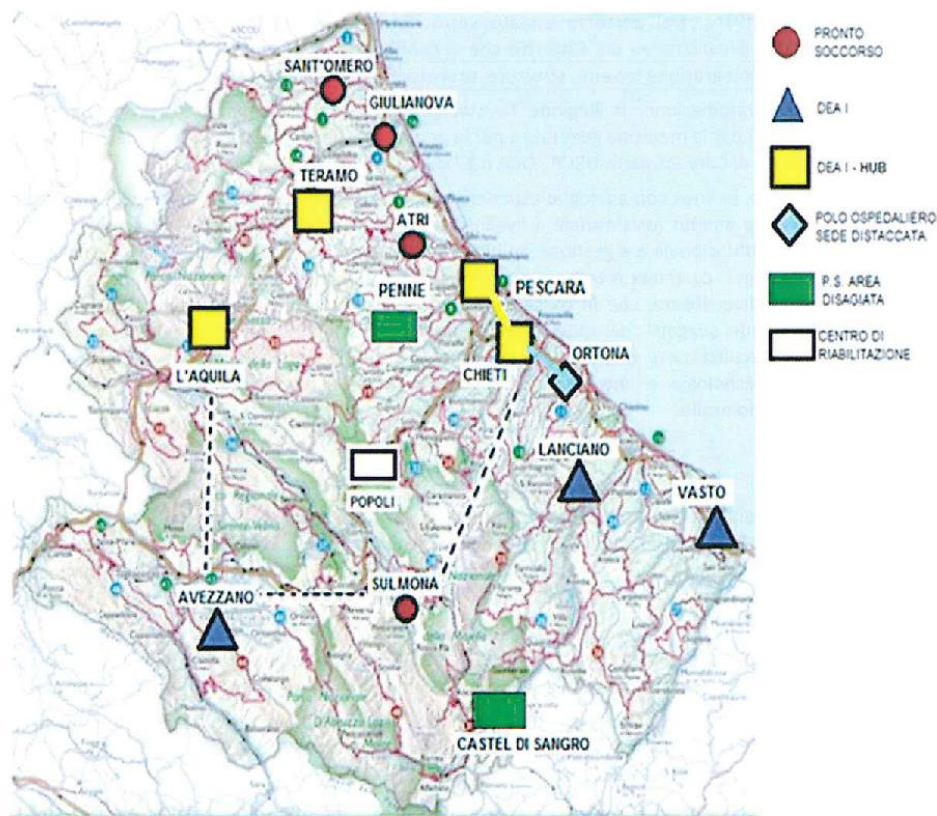
- 7 Presidi sede di DEA di I livello, con i 2 presidi di Chieti e Pescara, in connessione funzionale, per le funzioni previste per un DEA di II LIVELLO
- 4 Ospedali sedi di Pronto Soccorso (PO di Sulmona, PO di Atri, PO di Giulianova e PO di S. Omero).

A questi si aggiungono 2 Pronto Soccorso di Area Disagiata al fine di tutelare le aree territoriali con tempi di percorrenza superiori ai tempi previsti dal regolamento per un servizio di emergenza efficace.

Rispetto al precedente assetto organizzativo di 16 presidi, viene prevista la riconversione di tre ospedali per acuti.

Inoltre, è stato programmato un adeguato e coerente rafforzamento della rete 118 e della attivazione delle elisuperfici ad uso notturno, in modo di garantire l'accesso dei cittadini alla rete dell'emergenza ospedaliera secondo una modalità sempre più corretta e tempestiva.

ASSETTO GEOGRAFICO RETE OSPEDALIERA



CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO

La riorganizzazione della Rete Ospedaliera Abruzzese deve seguire di pari passo il potenziamento delle strutture territoriali, "la cui carenza o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale". Il DM 70/2015, nello specifico punto 10 – "Continuità ospedale territorio", rafforza l'ottica della gestione integrata del paziente, in particolare del paziente cronico, in grado di assicurare le presa in carico e la continuità delle cure attraverso il superamento di barriere organizzative, professionali ed operative.

La Regione Abruzzo ritiene indispensabile fornire risposte di assistenza ad una popolazione con fragilità che vede innalzata l'età media con un aumento dell'indice di vecchiaia da 147 nel 2002 a 176,1 nel 2015 e la prevalenza di malattie croniche, che sono ancora responsabili di ricoveri inappropriati in ambito ospedaliero.

Dal Programma Nazionale Esiti si evidenzia che, nell'anno 2014, la Regione Abruzzo presenta un tasso di ospedalizzazione per Broncopneumopatia cronica ostruttiva più alto rispetto al valore nazionale (2,08‰) in particolare per i pazienti residenti nella provincia di Chieti(2,11‰), di Pescara (2,98‰) e di Teramo (2,12‰). Anche per lo Scompenso cardiaco il tasso di ospedalizzazione risulta più alto rispetto a quello nazionale (3,75‰) per i pazienti residenti in tutte le province abruzzesi.

Con il DCA 45/2010, si è proceduto ad identificare strutture sanitarie intermedie, per assicurare assistenza ai pazienti cronici e/o fragili, in seguito alla disattivazione di 5 ospedali per acuti e riconversione in Presidi territoriali di Assistenza (PTA). Nel percorso avviato verrà riservato un impegno in termini di risorse e progettualità sul modello organizzativo del Distretto che si configura come la macrostruttura sanitaria con il ruolo di coordinamento e integrazione tra enti, strutture, professioni e discipline.

Nell'attuale ciclo di programmazione, la Regione ha stabilito gli indirizzi regionali sia per le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta (DCA n.16 del 08/03/2016) sia per le Unità Complesse di Cure Primarie-UCCP (DCA n.17 del 08/03/2016).

Inoltre la Regione Abruzzo, in linea con analoghe esperienze di altre Regioni, potrà attivare in via sperimentale l'introduzione di un nuovo ambito assistenziale a livello distrettuale. I presidi territoriali di prossimità (PTP), strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale con particolare valorizzazione della figura dell'infermiere case manager, destinate a trattare persone affette da patologie cronico – degenerative in fase non acuta con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera. Il PTP garantisce l'assistenza di quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti da riacutizzazioni di patologie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica ad elevata tecnologia e che non possono, per motivi di natura clinica e/o sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio.

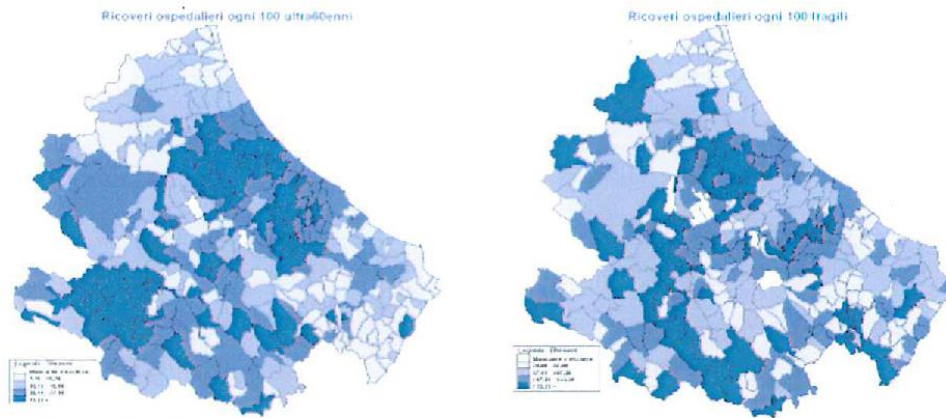
OSPEDALE DI COMUNITÀ

Nel rispetto delle indicazioni del DM 70/2015 che prevede che la sede fisica dell'Ospedale di Comunità può essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali e attuando gli standard di personale, posti letto (15-20) e degenza media (15-20 giorni), la programmazione regionale ha individuato le strutture per le quali attività e casistica rendano appropriata l'identificazione di Ospedale di Comunità.

Infatti, come previsto dal Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, il potenziamento della rete assistenziale territoriale si deve avvalere anche dell'attivazione di posti letto sanitari territoriali negli Ospedali di Comunità.

Nella nostra Regione l'identificazione di strutture sanitarie intermedie ha visto l'avvio e l'attivazione sperimentale nel corso degli anni di Ospedali di Comunità in presidi oggetto di riconversione, come il PO di Gissi, Casoli, Pescina e Tagliacozzo.

Da una analisi epidemiologica, condotta in Abruzzo dalla ASR Abruzzo, è emerso che la distribuzione dei soggetti ultrasessantenni con una patologia cronica (35,9% della popolazione) è omogenea nelle 4 province con una maggiore prevalenza a Chieti (37,8%). Anche il numero degli ultrasessantenni che hanno due o più patologie croniche (10,8%) è distribuito uniformemente con un picco a Chieti (12,4%). I tassi di prevalenza su 100 abitanti del diabete, bronco pneumopatia cronica e demenze è omogeneo nel territorio, mentre le malattie cardiovascolari, che comprendono le malattie del cuore e cerebrovascolari, vedono una maggiore prevalenza a Chieti (19,6%) e una più bassa prevalenza a l'Aquila (13,9%).



Tasso di ospedalizzazione

Il numero di ricoveri ospedalieri ogni 100 abitanti ultrasessantenni (tasso di ospedalizzazione) definisce il bisogno sanitario di una popolazione. L'indicatore non è omogeneo per tutte le comunità locali e, come si vede dalla mappa di sinistra, sussiste una maggiore concentrazione nelle aree geografiche dove sono presenti gli ospedali. A destra la mappa del sottoinsieme di ricoveri dei soggetti definiti fragili, il 32,8% di tutti i ricoveri (gli ultra60enni fragili sono il 6,2%) che evidenzia dei comuni distanti da gli ospedali che presentano un più alto tasso di ricoveri di pazienti fragili.

L'analisi della domanda del territorio, che ha evidenziato fabbisogni non completamente soddisfatti, ha quindi tenuto conto, da un lato, di esperienze già realizzate e dello stato di avanzamento di positivi progetti avviati a livello aziendale, e dall'altro della necessità di sviluppare i setting assistenziali alternativi al ricovero ospedaliero e quindi ridurre l'inappropriatezza dell'utilizzo dei posti letto per acuti attraverso la riconversione in Ospedali di Comunità dei due presidi di Atessa e di Guardiagrele.

Da quanto sopra esposto la Rete Regionale degli Ospedali di Comunità è articolata come riportata in tabella :

• Ospedale di Comunità di Pescara
• Ospedale di Comunità di Tagliacozzo
• Ospedale di Comunità di Casoli
• Ospedale di Comunità di Atessa
• Ospedale di Comunità di Gissi
• Ospedale di Comunità di Guardiagrele

Con il DCA 20/2016 del 8 marzo 2016 "Indirizzi preliminari per l'attivazione, in via sperimentale del modello organizzativo ospedale di Comunità" la Regione Abruzzo ha fornito alle ASL gli indirizzi preliminari per l'attivazione in via sperimentale del modello organizzativo Ospedale di Comunità allo scopo di valutarne concretamente l'efficienza in termini assistenziali, individuandone, correlativamente, gli effettivi costi gestionali e organizzativi.



La Regione Abruzzo provvederà a istituire uno specifico flusso informativo regionale al fine di garantire un monitoraggio univoco della attività assistenziale e della sua rispondenza a quanto previsto dalla normativa. In ottemperanza al Paragrafo 9.1.5 dell'Allegato 1 del DM 70/15, si ritiene necessario, in questa fase di transizione organizzativa, e per un periodo di tempo definito, prevedere il mantenimento di un Punto di Primo Intervento nella sede di ogni Ospedale di Comunità, con un monitoraggio continuo sulle attività dei PPI al fine di stabilire, secondo protocolli di appropriatezza, la fase di transizione.

LA RIPROGETTAZIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE NELLA RETE OSPEDALIERA

Il processo di riprogettazione delle Unità Operative regionali è stato condotto sulla base di una serie di parametri attraverso i quali è stato possibile individuare il numero di Unità Operative necessarie per ciascuna disciplina sul territorio regionale ai sensi del DM 70/2015. Sulla scorta delle indicazioni rappresentate nel citato Decreto, è stato calcolato il numero di strutture complesse per singola disciplina in coerenza con l'indicazione che le Regioni dovranno utilizzare i bacini minimi in presenza di territori a bassa densità abitativa e quelli massimi in caso opposto. La Regione Abruzzo presenta una popolazione pari a 1.331.574 abitanti con una densità abitativa bassa, pari a 123 abitanti per chilometro quadrato, che la colloca al 14° posto tra le Regioni per livello di intensità di popolazione a fronte di un livello nazionale medio di 201 abitanti per chilometro quadrato. Occorre inoltre segnalare che vi è uno squilibrio nella distribuzione della popolazione tra le diverse province con un livello minimo di 60 abitanti /km² per la provincia dell'Aquila, a cui segue la provincia di Chieti con 151 abitanti /km² (Tabella 15).

Tabella 11: Distribuzione della popolazione abruzzese

Provincia	Popolazione	Superficie	Densità	Numero
	residenti	km ²	abitanti/km ²	Comuni
L'AQUILA	304.884	5.047,55	60	108
CHIETI	392.763	2.599,56	151	104
PESCARA	322.759	1.230,33	262	46
TERAMO	311.168	1.954,38	159	47
REGIONE	1.331.574	10.831,84	123	305

La programmazione regionale, pur potendo utilizzare i bacini minimi delle singole discipline per la pianificazione delle Unità operative complesse, sul dato oggettivo di una densità abitativa inferiore al valore medio nazionale, indica quale parametro di riferimento per l'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi, l'applicazione dei bacini di utenza minimi per le discipline afferenti al sistema emergenza urgenza e per quelle afferenti alla rete oncologica (oncologia, radiologia, radioterapia e medicina nucleare); le restanti discipline sono dimensionate nel rispetto degli standard dei bacini di utenza del DM 70/2015, comunque in grado di garantire sia la qualità in termini di risultati (tasso di occupazione tendenziale al 90%, casistica trattata, appropriatezza delle prestazioni) e sia un utilizzo razionale delle risorse.

Come indicato al punto 3.1 del Regolamento, il disegno della Rete Ospedaliera (pubblica e privata) parte dai presidi e dalle specialità necessarie a garantire la Rete di emergenza-urgenza che nella Regione Abruzzo resta ad esclusiva e diretta gestione del sistema pubblico.

In esito ai risultati dello studio di gruppi regionali di lavoro si è programmato di assegnare in via prioritaria le discipline afferenti al sistema emergenza urgenza sulla base dei livelli decrescenti di complessità dei presidi, ovvero: DEA di I livello con funzioni di HUB per le Reti tempo dipendenti e patologie complesse, DEA di I livello sede di Spoke per le Reti tempo dipendenti, Ospedali di Base.

Sui nodi della Rete dell'emergenza (Hub, Spoke e Ospedali di Base con Pronto Soccorso), si implementano le specialità di elezione dimensionate anch'esse in base ai bacini di utenza ed a volumi di attività, tenendo conto della complessità tecnologica e delle professionalità garantite dalla struttura già organizzata per rispondere alle urgenze. Di conseguenza le discipline vengono attribuite progressivamente ai nodi della Rete partendo dagli ospedali caratterizzati dalla maggior complessità in modo che quelle ad alta specializzazione siano collocate principalmente negli Hub (ad es. neurochirurgia, cardiocirurgia, etc.), quelle a media diffusione negli Hub e in alcuni Spoke e quelle ad ampia diffusione negli Hub e negli Spoke.

Inoltre, la distribuzione delle discipline connesse alle reti Ciniche non tempo-dipendenti elaborata attraverso il confronto specifico con le Aziende sanitarie, avviene sulla base della analisi dei dati, relativi ai Flussi Informativi regionali ASDO e HSP anno 2014, che ha tenuto conto dei seguenti indicatori:

1. per l'area chirurgica: numero di dimissioni effettuate in regime di ricovero ordinario, numero di posti letto attivi, tasso di occupazione dei posti letto, peso medio ministeriale dei DRG, percentuale di DRG di tipo chirurgico sul totale dei DRG, percentuale di ricoveri inappropriati.
2. per l'area medica: numero di dimissioni effettuate in regime di ricovero ordinario, numero di posti letto attivi, tasso di occupazione dei posti letto, peso medio ministeriale dei DRG, percentuale di ricoveri inappropriati.

Con DCA n. 92/2015 è demandata ai Direttori Generali delle ASL l'adozione dei provvedimenti connessi alla riorganizzazione dei Punti Nascita, in conformità ai contenuti di cui al documento tecnico allegato al DCA n.10/2015, che procede alla razionalizzazione dei punti nascita da 12 a 8. Le ASL riordinano le attività di ginecologia e di pediatria, come conseguenza della disattivazione dei punti nascita precedentemente operativi, al fine di garantire, tra l'altro, secondo le strategie definite in autonomia delle aziende, l'efficace utilizzo delle risorse umane e tecnologiche rese disponibili.

Standard minimi e massimi di Struttura Complessa per Disciplina

Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli FISP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Bacino Massimo	Bacino Minimo	N° Strutture MINIMO	N° Strutture MASSIMO	N° UOC PUBBLICI secondo Programmazione Regionale
Cardiologia	07	1,20	0,80	1	2	2
Cardiologia	08	0,30	0,15	4	9	9
Chirurgia Generale	09	0,20	0,10	7	13	11
Chirurgia Maxillo-Facciale	10	2,00	1,00	1	1	1
Chirurgia Pediatrica	11	2,50	1,50	1	1	1
Chirurgia Plastica	12	2,00	1,00	1	1	1
Chirurgia Toracica	13	1,50	0,80	1	2	2
Chirurgia Vascolare	14	0,80	0,40	2	3	3
Dermatologia	52	1,20	0,60	1	2	2
Ematologia	18	1,20	0,60	1	2	1
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia	57	4,00	2,00	0	1	
Gastroenterologia	58	0,80	0,40	2	3	3
Geriatrics	21	0,80	0,40	2	3	3
Malattie endocrine, nutrizione e ricambi	19	1,20	0,60	1	2	2
Malattie Infettive e Tropicali	24	1,20	0,60	1	2	2
Medicina del Lavoro	25	2,00	1,00	1	1	
Medicina e chirurgia d'assistenza e d'urgenza	51	0,30	0,15	4	9	7
Medicina Generale	26	0,15	0,08	9	17	14
Medicina Nucleare (con posti letto)	61	4,00	2,00	0	1	1
Nefrologia	29	1,20	0,60	1	2	2
Nefrologia (abilitata al Trapianto Rene)	48	4,00	2,00	0	1	1
Neonatalogia	62	1,20	0,60	1	2	
Neurochirurgia	30	1,20	0,60	1	2	2
Neurologia	32	0,30	0,15	4	9	7
Neuropsichiatria Infantile	33	4,00	2,00	0	1	
Oculistica	34	0,30	0,15	4	9	4
Odontoiatria e Stomatologia	35	0,80	0,40	2	3	1
Oncematologia Pediatrica	65	4,00	2,00	0	1	
Oncologia (con posti letto)	64	0,60	0,30	2	4	4
Ortopedia e Traumatologia	36	0,20	0,10	7	13	10
Osteiatria e Ginecologia	37	0,30	0,15	4	9	8
Otorinolaringoiatria	38	0,30	0,15	4	9	4
Pediatria	39	0,30	0,15	4	9	6
Pneumologia	68	0,80	0,40	2	3	3
Psichiatria	40	0,30	0,15	4	9	4
Reumatologia	71	1,20	0,60	1	2	2
Terapia del dolore (con posti letto)	95	4,00	2,50	0	1	
Terapia intensiva	40	0,30	0,15	4	9	8
Terapia Intensiva Neonatale	73	1,20	0,60	1	2	2
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	0,30	0,15	4	9	
Urologia	43	0,30	0,15	4	9	4
Lungodipendenti	60	0,15	0,08	9	17	5
Recupero e Riabilitazione funzionale	55	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	
Neuro-Riabilitazione	75	1,20	0,60	1	2	
Allergologia	01	2,00	1,00	1	1	1
Anatomia e istologia patologica	03	0,30	0,15	4	9	5
Immunologia e centro trapianti	20	4,00	2,00	0	1	1
Radiologia	69	0,30	0,15	4	9	6
Radioterapia oncologica	74	1,20	0,60	1	2	2
Emodialisi	64	0,60	0,30	2	4	1
Dietetica/Dietologia		1,20	0,60	1	2	
Direzione Sanitaria di presidio		0,30	0,15	4	9	5
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)		0,60	0,30	2	4	
Farmacia ospedaliera		0,30	0,15	4	9	4
Fisica sanitaria		1,20	0,60	1	2	
Genetica medica		4,00	2,00	0	1	
Laboratorio d'analisi		0,30	0,15	4	9	5
Medicina nucleare (senza posti letto)		1,20	0,60	1	2	2
Microbiologia e Virologia		1,20	0,60	1	2	1
Neuroradiologia		2,00	1,00	1	1	1
Oncologia (senza posti letto)		0,30	0,15	4	9	2
Servizio trasfusionale		0,30	0,15	4	9	4
Terapia del dolore (senza posti letto)		0,60	0,30	3	4	
Unità mammaria Interdisciplinare (Breast Unit)		N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	1

La programmazione regionale, in applicazione degli standard quantitativi previsti dal Regolamento, indica la distribuzione delle Strutture Complesse sia rispetto ai bacini di riferimento, finalizzati ad una autosufficienza e ad un riequilibrio territoriale, sia rispetto alla eliminazione di duplicazioni non motivate dal tasso di occupazione programmato. Infatti, applicando i parametri indicati dal par.3.2 del DM 70/2015, le discipline di alta specialità vengono dislocate nell'ottica di un'area di utenza maggiore della Regione (Area L'Aquila- Teramo con 617.000 abitanti e l'area di Pescara- Chieti con 716.135 residenti), le discipline di media diffusione nell'ambito di ciascuna area geografica su base provinciale e le discipline ad alta e altissima diffusione rappresentano l'offerta base di ogni PO pubblico.

Al fine, poi, di supportare il modello di Rete "Hub and Spoke" e l'attivazione delle Reti cliniche, si è proceduto alla integrazione delle attività con l'istituzione di Unità Operative Semplici (UOS) e Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD), nel rispetto del parametro di riferimento fissato dal Comitato LEA (Rapporto 1,31).

In relazione all'allocazione delle discipline del sistema di Emergenza-Urgenza, si è provveduto ad includere uno studio sui tempi di percorrenza al fine di assicurare la massima copertura regionale.

Per quanto attiene le Unità Operative di Ginecologia ed Ostetricia, si è necessariamente tenuto conto dell'attuazione del Decreto Commissariale n.10/2015, che ha programmato in ottemperanza al Piano Nazionale la razionalizzazione/riduzione dei Punti Nascita Regionali da 12 a 8.

Le Unità Operative di UTIC con posti letto dedicati, sono funzionalmente aggregate a quelle di Cardiologia. Limitatamente ai servizi senza posti letto di Anatomia ed Istologia Patologica, Direzione Sanitaria, Farmacia Ospedaliera e Laboratorio Analisi, il processo di allocazione su base dipartimentale, deve essere programmato privilegiando il criterio del P.O. sede di Dea di I livello con funzioni di HUB e con maggiori volumi di attività, in considerazione della presenza di tali discipline come standard per le strutture di I livello. L'UOC di Nefrologia abilitata al trapianto di Rene, con accordo interregionale, resta ubicata nel PO di L'Aquila che sarà sede anche di un servizio di Emodialisi.

Per la programmazione delle UOC di Malattie Infettive e delle UOC di Reumatologia sono stati utilizzati i bacini di utenza minimi al fine di garantire in modo più efficace le nuove emergenze infettivologiche e la maggiore incidenza rilevata di patologie reumatologiche sul territorio regionale. La neuroradiologia come UOC specifica è istituita nel PO di L'Aquila. La Neuroradiologia come specifica competenza è ricompresa nell'UOC di Radiologia del PO di Pescara. Infine, per i servizi senza posti letto di Microbiologia e Virologia, di Immunologia e centro trapianti, tenendo conto del fabbisogno limitato ad un singolo servizio su base regionale, si è ritenuto di confermare le stesse all'interno di Presidi ospedalieri già sede di dette Unità Operative.

La Programmazione della Rete Ospedaliera Pubblica, nella Regione Abruzzo, raggiunge l'obiettivo a regime di una riduzione quantitativa delle UOC per acuti attualmente operanti con conseguente riparametrazione del numero delle strutture semplici per acuti. In una rilevazione effettuata dall'ASR Abruzzo al 31/12/2015 risultano attive nella Regione 219 unità complesse per acuti ospedaliere; la dotazione di strutture complesse per acuti assegnata dalla nuova programmazione regionale è di 178 con una riduzione dell'ordine di circa il 19%, in linea con le indicazioni Agenas.

STRUTTURE COMPLESSE PER ACUTI ATTIVE	STRUTTURE COMPLESSE PER ACUTI ATTIVE	% RIDUZIONE
219	178	18,7%
STRUTTURE SEMPLICI PER ACUTI ATTIVE	STRUTTURE SEMPLICI PER ACUTI ATTIVE	% RIDUZIONE
268	229	14,6%

Sul piano metodologico, lo studio effettuato per singole discipline a livello regionale per l'anno 2014 viene sintetizzato nella tabella sottostante in riferimento all'indice di occupazione, presenza media giornaliera, indici di turnover e di rotazione, il peso medio del DRG e la percentuale di DRG chirurgici (solo per le discipline chirurgiche).

RICOVERI ORDINARI – ANNO 2014 – ANALISI INDICATORI SU BASE REGIONALE PER SINGOLA DISCIPLINA

CODICE DISCIPLINA	DISCIPLINA	Posti letto attivati	Presenza media	Tasso di Occupazione Posti Letto	Indice di Rotazione	Intervallo di TurnOver	Degenza Media	Peso Medio Ministeriale (ex DM 97)	% Dig Chirurgici su totale
07	CARDIOCHIRURGIA	42	43	100,98	18,50	-0,19	19,92	3,72	87,8
08	CARDIOLOGIA	139	147	105,66	53,09	-0,39	7,26	1,34	
09	CHIRURGIA GENERALE	350	285	81,29	43,63	1,50	6,50	1,25	65,8
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	12	8	58,61	45,67	3,31	4,68	1,30	79,6
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	18	11	61,00	18,56	2,93	4,59	0,80	64,5
12	CHIRURGIA PLASTICA	6	2	30,91	33,67	7,49	3,35	1,17	90,1
13	CHIRURGIA TORACICA	26	22	82,71	28,35	2,23	10,65	1,85	75,4
14	CHIRURGIA VASCOLARE	56	44	77,01	10,64	2,07	6,92	1,77	91,0
18	EMATOLOGIA	53	41	75,16	17,79	4,89	15,62	2,85	
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE						28,00	0,50	
21	GERIATRIA	157	169	107,48	43,74	0,60	8,58	1,05	
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	72	75	102,94	31,92	-0,34	11,77	1,35	
26	MEDICINA GENERALE	492	513	104,14	39,77	-0,38	9,56	1,00	
29	NEFROLOGIA	22	24	105,62	38,36	-0,53	10,05	1,21	
30	NEUROCHIRURGIA	70	63	89,30	26,86	1,45	12,14	2,07	61,0
31	NEUROLOGIA	61	19	30,61	31,64	8,00	3,53	0,42	
32	NEUROLOGIA	82	74	89,61	35,93	1,05	9,10	1,13	
34	OCULISTICA	17	8	43,56	47,59	1,33	3,34	0,74	78,9
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	286	200	69,60	35,61	3,12	7,13	1,38	80,3
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	232	164	70,43	69,43	1,55	3,70	0,51	40,4
38	OTORINOLARINGOIATRIA	51	32	61,33	55,61	2,54	4,03	0,94	75,5
39	PEDIATRIA	113	97	82,49	78,38	0,68	3,98	0,46	
40	PSICHIATRIA	79	74	92,89	29,37	0,88	11,55	0,74	
43	UROLOGIA	101	73	71,47	40,77	2,55	6,40	1,05	78,0
49	TERAPIA INTENSIVA	92	52	55,74	12,52	12,90	16,25	4,52	
50	UNITA' CORONARICA	81	29	34,75	31,85	7,48	3,98	1,70	
55	RECUPERO E RIABILITAZIONE	119	97	81,48	16,76	4,16	18,20	0,80	
58	GASTROENTEROLOGIA	9	8	88,74	48,00	0,86	6,75	1,09	
60	LUNGODEGENTI	130	83	63,56	13,98	9,52	16,60	1,07	
61	MEDICINA NUCLEARE						2,03	0,57	
62	NEONATOLOGIA	32	35	112,40	46,88	-0,97	8,75	1,47	
64	ONCOLOGIA	41	41	97,83	37,59	0,21	9,50	1,18	
68	PNEUMOLOGIA	55	51	97,59	31,64	0,78	11,26	1,28	
71	REUMATOLOGIA	12	11	87,85	34,42	1,29	9,32	0,94	
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	25	7	27,92	5,09	52,62	20,38	1,78	
97	DELENTI	4	1	2,60	3,00	118,50	3,17	0,92	

In relazione agli stessi parametri e indicatori, e in particolare il tasso di occupazione e la degenza media come indicato dal DM70/15, si è proceduto all'analisi dei dati delle Discipline nelle singole realtà ospedaliere al fine di verificare gli ambiti di riorganizzazione e di riallineamento ai livelli medi regionali, secondo programmazione.

RICOVERI ORDINARI – ANNO 2014- TASSO DI OCCUPAZIONE PL PER SINGOLA DISCIPLINA E SINGOLO PO

DISCIPLINA	OSPEDALE CIVILE S. SALVATO RE - L'AQUILA	OSPEDALE DELL'ANNO NZIATA - SULMONA	OSPEDALE OGLIO SPIRITO SANTO - PESCARA	OSPEDALE MARIA SS. S. PLENDO RE - GIULIANOVA	OSPEDALE MAZZINI - TERAMO	OSPEDALE PROVINCIA LE - S. OMERO	OSPEDALE PROVINCIA LE - VASTO	OSPEDALE RINZETTI - LANCIANO	OSPEDALE RIUNITI SS. ANNUNZIATA - CHIETI	OSPEDALE S. LIBERATO RE - ATRI	OSPEDALE SS. PIPIPO ENOCOLA - AVEZZANO	TASSO DI OCCUPAZIONE NE PL SU BASE REGIONALE
CARDIOCHIRURGIA				95,3					107,3			101,0
CARDIOLOGIA	126,8	107,7	113,1	122,1	66,4	119,5	100,8	123,8	115,2	116,0	120,7	105,7
CHIRURGIA GENERALE	88,4	81,0	76,3	89,8	93,0	65,3	76,3	101,0	80,2	52,9	112,6	81,2
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	120,3							33,7				53,6
CHIRURGIA PEDIATRICA			61,0									61,0
CHIRURGIA PLASTICA			30,9									30,9
CHIRURGIA TORACICA			89,0		61,8							62,1
CHIRURGIA VASCOLARE	77,2		62,4		85,7				51,9		95,1	77,0
DELENTI		5,2										2,6
EMATOLOGIA			74,8								181,6	75,2
GASTROENTEROLOGIA							94,9					88,7
GERIATRIA	112,3		112,0				112,0	107,3				107,5
LUNGODEGENTI	93,6			87,3	185,2		33,0	84,5		75,4	58,0	63,6
MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE												
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	115,0		125,8		95,9		75,6		83,3		105,3	102,0
MEDICINA GENERALE	102,4	119,3	145,9	107,8	80,3	118,1	94,8	96,3	109,8	100,6	105,5	104,1
MEDICINA NUCLEARE												
NEFROLOGIA			87,5				99,5		88,7			108,6
NEONATOLOGIA	102,7	20,0	129,8		117,8			152,4			33,0	112,4
NEUROCHIRURGIA	81,0		107,9		90,0						33,8	89,2
NEUROLOGIA	98,1				80,3		88,3	83,6	104,1		224,1	89,6
NIDO	3,8	3,0						19,9			1,3	30,6
OCULISTICA	35,3	10,1	42,3		29,6			25,9	74,0			43,6
ORTOPEDIA	113,0		88,6		108,6						111,9	97,8
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	84,1	66,5	56,2	80,2	60,3	70,0	77,5	86,1	76,5	54,2	90,8	68,6
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	105,1	30,6	74,2		55,6	60,8	72,4	58,3	102,1	42,3	77,4	70,4
OTORINOLARINGOIATRIA	49,5	8,5	88,7		78,2		84,1		54,9		75,1	61,3
PEDIATRIA	89,0	40,4	118,7		62,2	62,7	65,0	75,3	91,0	95,9	143,8	85,5
PNEUMOLOGIA	115,7		33,1		98,6				104,1			97,0
PSICHIATRIA	76,0		148,9	89,8	77,4				94,0			92,9
RECUPERO E RIABILITAZIONE	87,8				81,3	72,3				120,2		81,5
REUMATOLOGIA	66,0		98,8									87,9
TERAPIA INTENSIVA	56,1	60,6	48,1	60,3	42,8	75,1	89,1	61,1	56,3	55,1	27,5	55,7
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	100,9		7,8						13,2			27,3
UNITA' CORONARICA	4,2	14,0	82,5	7,1	71,2		3,2	22,2	11,3	9,5	17,5	34,8
UROLOGIA	78,9	42,1	86,0		63,0		81,2	55,6	91,1		88,3	71,5

RICOVERI ORDINARI – ANNO 2014-DEGENZA MEDIA PER SINGOLA DISCIPLINA E SINGOLO PO

DISCIPLINA	OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE E-L'AQUILA	OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA-SULMONA	OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO-PESCARA	OSPEDALE MARIA SS.SPILENDORE-GIULIANOVA	OSPEDALE MAZZINI-TERAMO	OSPEDALE PROVINCIALE E-SOMERO	OSPEDALE PROVINCIALE E-VASTO	OSPEDALE RENZETTI-LANCIANO	OSPEDALE RIUNITI S.S. ANNUNZIATA-CHIETI	OSPEDALE S.LIBERATORE E-ATRI	OSPEDALE S.S. FILIPPO E NICOLA-AVEZZANO	DEGENZA MEDIA SU BASE REGIONALE	
CARDIOCHIRURGIA					17				23,95			19,92	
CARDIOLOGIA	6,95	7,29	7,65	7,8	6,19	6,61	7,07	7,22	8,13	8,87	6,47	7,26	
CHIRURGIA GENERALE	6,06	6,96	6,01	9,07	7,22	5,69	6,09	7,15	7,9	8,37	7,82	6,50	
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	5,29											4,68	
CHIRURGIA PEDIATRICA			4,59									4,99	
CHIRURGIA PLASTICA			3,35									3,35	
CHIRURGIA TORACICA			10,8		10,35							10,65	
CHIRURGIA VASCOLARE	8,17		5,4		12,68				3,95		6,5	6,92	
DIETETICI		3,17										3,17	
EMATOLOGIA			15,75								13,11	15,62	
GASTROENTEROLOGIA			6,92				6,71					6,75	
GERIATRIA	11,31		6,32				8,28	10,09			6,23	8,58	
LUNGODEGENTI	19,07			21,52	11,71		10,48	25,7		18,36	8,95	16,88	
MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	29											28,08	
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	12,05		14,11		15,35		7,95		10,95		10,7	11,77	
MEDICINA GENERALE	10,17	11,51		7,82	12,83	10,62	14	7,99	10,91	9,02	10,14	7,55	9,58
MEDICINA NUCLEARE			2,03									2,03	
NEFROLOGIA	11,63		10,69	21,44			9,49					10,05	
NEONATOLOGIA	10,55	3,55	9,83		5,94				9,31		3,51	8,75	
NEUROCHIRURGIA	11,66		13,66		12,07			4,59				7,43	12,14
NEUROLOGIA	9,27				9,61		8,55	9,2	6,59			7,5	9,10
NIDO	2,95	3,21	3,16		3,53	3,95	4	4,04	2,51	3,08	2,63	3,53	
OCULISTICA	5,86	4,11	2,42		3,89							4,39	3,34
ONCOLOGIA	9,24		8,59		12,67							7,69	9,58
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8,51	6,2	8,43	10,28	9,3	9,74	6,94	7,7	5,12	5,24	8,41	7,13	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3,91	3,24	3,84		3,92	3,29	3,94	3,95	3,97	3,6	3,11	3,70	
OTORINOLARINGOIATRIA	3,15	2,58	4,15		4,13		2,09					7,63	4,03
PEDIATRIA	3,11	3,54	4,41		4,2	3,65	3,07	3,19	4,59	4,51	3,15	3,99	
PNEUMOLOGIA	10,04		8,42		10,97				13,49			11,28	
PSICHIATRIA	9,05		12,6	10,06	15,47				10,27			11,55	
RECUPERO E RIABILITAZIONE	29,5				10,59	13,95				11,18		16,29	
REUMATOLOGIA	7,35		10,23									9,32	
TERAPIA INTENSIVA	15,75	14,99	13,91	16,13	21,59	23,49	19,19	13,38	15,37	17,33	12,81	16,25	
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	22,72		12,67						18,46			20,38	
UNITA' CORONARICA	2,37	3,9	3,05	2,64	6,8		2,19	5,65	6,23	3,94	3,95	3,99	
UROLOGIA	6,11	6,43	6,41		9,49		4,21	4,12	7,29		7,3	6,49	

In sede di adozione dei provvedimenti aziendali, verrà confermato il rispetto dei parametri standard per l'individuazione delle strutture complesse e semplici, come approvato dal Comitato LEA nella seduta del 2 agosto 2011.

TIPO DI STRUTTURA	INDICATORE	STANDARD
Strutture Complesse (SC) Previste Ospedaliere	PL Acuti Pubblici della Regione / SC per Acuti Ospedaliere Regione	17,5 PL per struttura
Regione Abruzzo	3255 / 178	18,3

TIPO DI STRUTTURA	INDICATORE	STANDARD
Strutture Semplici Totali Previste	Strutture Semplici per Acuti Totali / SC per Acuti Totali	1,31 Strutture semplici per struttura complessa
Regione Abruzzo		233,18

La programmazione delle strutture semplici per acuti totali rispetterà lo standard di 1,31 per struttura complessa per acuti con una previsione su base regionale di un totale di 228 unità.

Volume e Esiti

I dati del Programma nazionale esiti (PNE) di Age.n.a.s. 2015, riferiti al 2014, consentono una analisi delle strutture, sulla base dei volumi e degli esiti, in riferimento a quanto previsto al punto 4 dell' Allegato 1 del DM 70/2015. Questi risultati sono stati utilizzati dalla programmazione regionale nei tavoli di studio realizzati con le Direzioni Aziendali per l'individuazione delle UOC regionali.

La definizione della nuova rete ospedaliera con il modello di rete "Hub and Spoke", con l'attivazione delle reti cliniche (infarto miocardico acuto (IMA), ictus, oncologia, breast-unit, etc.), con l'identificazione di alcuni centri di specialità e le relative dotazioni di posti letto, ha l'obiettivo di diversificare le strutture per livello di complessità e per casistica trattata e tali individuazioni verranno sottoposti ad un progressivo monitoraggio sui volumi e sugli esiti dei casi trattati dalle singole strutture della rete.

Pertanto, la programmazione regionale ha previsto una attività di monitoraggio delle Unità Operative Complesse, individuate nella nuova Rete Ospedaliera, sulla base dei volumi e degli esiti, al fine di confermare o meno le strutture che possono svolgere le funzioni assistenziali previste dal punto 4.2 dell'Allegato 1 del Dm 70/2015.

DISTRIBUZIONE DELLE UO E DEI SERVIZI NEI SINGOLI PO

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

In considerazione dell'esistenza di protocolli d'intesa con due Università, al fine di garantire l'attività didattica e la ricerca deve essere favorita l'integrazione tra le strutture, per permettere una razionalizzazione dei Posti letto senza penalizzare la ricerca e la didattica.

Riordino Strutture Complesse Rete Ospedaliera Pubblica Regionale

Disciplina	P.O. L'Aquila	P.O. Teramo	P.O. Pescara	P.O. Chieti	Rele Operativa di Ortona	P.O. Avezzano	P.O. Lanciano	P.O. Vasto	P.O. Sant'Ermo	P.O. Ascoli	P.O. Sulmona	P.O. Giulianova	P.O. Campli di Sangro	PO Pescara	N° LOCATI FINITE NELLA RETE PUBBLICA
Allergologia		*													1
Cardiochirurgia		*		*											2
Cardiologia o UTIC	*	*	*	*		*	*	*			*	*			9
Ematologia			*												1
Malattie endocrine				*						*					2
Geriatrica			*	*		*									3
Malattie infettive e tropicali	*	*	*												2
Medicina generale	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	14
Nefrologia			*	*											2
Neurologia	*	*	*	*		*	*	*			*	*	*	*	7
Nefrologia (abilitato al trapianto renale)	*														1
Reumatologia	*				*										2
Gastroenterologia		*	*	*				*							3
Oncologia	*	*	*	*			*	*							6
Pneumologia	*	*	*	*			*	*							3
Radioterapia oncologica		*	*	*											2
Reumatologia	*	*	*	*											2
Emodolia		*													1
Diorizzia e Stomatologia				*											1
Chirurgia generale	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Chirurgia maxillo-facciale	*														1
Chirurgia pediatrica			*												1
Chirurgia plastica			*												1
Chirurgia toracica		*	*	*											2
Chirurgia vascolare		*	*	*		*									3
Neurochirurgia	*		*												2
Oculistica		*	*	*		*									4
Ortopedia e traumatologia	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Otorinolaringoiatria		*	*	*		*									4
Urologia	*	*	*	*											4
Chirurgia e ginecologia	*	*	*	*		*	*	*	*						8
Pediatria	*	*	*	*		*	*								6
Neonatalogia e TIN	*	*	*	*											2
Terapia intensiva/Anestesia	*	*	*	*		*	*	*							8
Medicina e chirurgia d'urto/accettazione e d'ingresso	*	*	*	*		*	*	*	*						7
Psichiatria	*	*	*	*											4
Anatomia e istologia patologica	*	*	*	*		*									5
Medicina nucleare	*	*	*	*											3
Radiologia	*	*	*	*		*	*	*							6
Neuroradiologia	*														1
Divisione sanitaria di presidio	*	*	*	*		*									5
Pronto Soccorso ospedaliero	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Laboratorio analisi	*	*	*	*		*									5
Microbiologia e virologia		*	*	*											1
Servizio trasfusionale	*	*	*	*											4
Immunologia e Centro Trapianti	*														1
Unità mammaria Interdisciplinare (Ultrasuoni)					*										1
TOTALE UOC PL ACUTI	29	29	35	29	2	16	11	11	4	4	4	2	1	1	178
Lungopopolonia	*				*			*			*	*			5

* Vedi dettaglio per Presidio Ospedaliero

Legenda:

	DISCIPLINE SENZA POSTI LETTO
	DISCIPLINE CON POSTI LETTO

Per la disciplina di Recupero e Riabilitazione funzionale, entro il limite di 0,5 posti letto per mille abitanti, la programmazione regionale conferma l'attribuzione dei PL al pubblico e privato (par. 2.6 all.1), in coerenza con la classificazione dei presidi e in attesa della definizione delle soglie minime e massime che verranno indicate dal documento tecnico Ministero/Regioni (par. 3.1 all.1).

Nelle tabelle seguenti viene indicata per singola ASL e per singolo Presidio Ospedaliero, la distribuzione dei Posti Letto, delle Strutture Complesse, Semplici e Semplici-Dipartimentali e dei Servizi.

ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA

TOTALE UOC AZIENDALE	52
TOTALE UOSD/UOS AZIENDALE	58
TOTALE POSTI LETTO ACUTI AZIENDALE	741
TOTALE POSTI LETTO LUNGO/DEGENZA AZIENDALE	63

Discipline	P.O. L'AQUILA					P.O. AVEZZANO					P.O. SULMONA					P.O. CASTEL DI SANGRO						
	UOC	UOSD	UOS	SERVIZI	POSTI LETTO	UOC	UOSD	UOS	SERVIZI	POSTI LETTO	UOC	UOSD	UOS	SERVIZI	POSTI LETTO	UOC	UOSD	UOS	SERVIZI	POSTI LETTO		
					ORD	DI				ORD	DI				ORD	DI				ORD	DI	
Allergologia	1				2		1			2												
Cardiologia (UIC)	1				20	1	1			15	1	1			18	1						
<i>Zoonosi</i>									1													
Endocrinologia	1				2	2		1		1	1											
Malattie infettive	1													1								
<i>Malattie infettive</i>																						
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1				12					20												
Neurologia (Malattie infettive e tropicali)	1				17	2		1		10												
Neurologia	1				2										2							
Neurologia generale	1				28	1	1			22	1	1			22	1	1				24	4
<i>Unità di Pronto Soccorso e Pronto Soccorso</i>																						
Neurologia e Psichiatria	1				10	1																
Neurologia e Psichiatria	1				4	1																
Neurologia E STRONG UNIT	1				12	1	1			12	1				9	1						
<i>Neurologia</i>																						
Neurofisiologia Infantile	1				4																	
Neurologia Rene - Neurologia ad Indirizzo chirurgico	1				6	1																
Neurologia Generale ed Oncologia	1				1																	
Neurooncologia	1				4	1																
Neurologia	1				5	10		1		1	1		1		1	1						
Neurologia e MRI	1				12	1			1													
Neurologia e Psichiatria	1																					
Neurologia	1				4	2																
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					
Neurologia	1																					

ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI

TOTALE UOCC AZIENDALI	55
TOTALE UOS/UDOS AZIENDALI	76
TOTALE POSTI LETTO AZIENDALI	977
TOTALE POSTI LETTO LUNGO DEGENZA AZIENDALI	48

DESCRIZIONE	P.O. CHIETI					STABILIMENTO ORTONA						P.O. LANGIANO				P.O. VASTO				
	UOCC	UOSO	UDOS	SERVIZI	POSTI LETTO		UOCC	UOSO	UDOS	SERVIZI	POSTI LETTO		UOCC	UOSO	UDOS	SERVIZI	POSTI LETTO			
					ORD	DH					ORD	DH					ORD	DH		
Allergologia		1																		
Cardiochirurgia	1				20	0														
Cardiologia					22	2														
U.T.I.C.	1		1		10					1			1				10	1		
<i>Emodinamica Diagnostica ed interventiva</i>		1																		
<i>Servizio di Cardiologia</i>		1																		
Geriatria	1				20	2														
Malattie Infettive		1			11	2														
Medicina Generale 1	1		2		64	5				1		2						8		
<i>Medicina ad indirizzo embriologico</i>			1															28		
<i>Diagnostica Ecografica</i>		1																		
Medicina Generale 2	1				22	2														
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	1												1					1		
Pneumologia		1			20	2														
Nefrologia	1				10	1														
Neumologia	1				18	2				1								17		
Dermatologia							1				5									
Dietetica/Dietologia				1														1		
Gastroenterologia																		11		
<i>Endoscopia Digestiva</i>		1																		
Oncologia	1				0	4					1									
Radioterapia	1				0	3														
Reumatologia																				
Terapia del Dolore		1			0	2														
Chirurgia Generale Oncologica	1				22	3			1		12	3								
<i>Endoscopia Intraoperatoria</i>																				
Chirurgia Generale	1				22	3												21		
<i>Chirurgia dell'obesità ed endocrina</i>		1																		
Chirurgia Maxillo Facciale		1			4	1														
Chirurgia Pediatrica																				
Chirurgia Plastica																				
Chirurgia Toracica																				
Chirurgia Vascolare		1			10	2														
Neurochirurgia																				
Oculistica	1				5	6						1						2		
Otorinolaringoiatria e Stomatologia	1																			
Ottopedia	1				20	2			1		9	2	1					21		
Otorinolaringoiatria	1		1		8	1												5		
Urologia	1				17	2												15		
<i>Centro Calcolosi Urinario</i>		1				2														
Ostetricia Ginecologia	1	1			30	4												21		
<i>Prevenzione Medica Assbituta</i>									1		0	4								
<i>Ginecologia Oncologica</i>											9	2								
Pediatria	1	1			25	3												8		
<i>Poliambulatorio ad indirizzo reumatologico</i>		1																		
Neonatalogia e Tin					20	1														
Terapia Intensiva/Anestesia	1	2			14	0				1		2						6		
<i>Terapia Intensiva Cardiochirurgica</i>		1			8															
<i>Medicina perioperatoria in week / day-surgery</i>																				
Medicina e Chirurgia di Accettazione d'Urgenza	1	1																		
Psichiatria	1				15	4												0		
Lungodegenza							1											24		
Anatomia e Istologia Patologica	1	1																		
<i>Citodiagnostica</i>																				
Medicina Nucleare	1																			
Radiologia	1	2																		
Direzione Sanitaria di Presidio	1	2																		
Farmacia Ospedaliera	1	1																		
Fisica Sanitaria		1																		
Laboratorio Analisi	1																			
Servizio Trasfusionale	1																			
Breast Center*							1	1	1		0	2								
TOTALE UOCC	29	15	17	1	437	61	3	5	6	2	63	18	11	8	8	2	134	24		
																		12		
																		6		
																		11		
																		2		
																		203		
																		25		

* Breast center: 1 UOSO di Radiologia Senologica dedicata e 1 UOS di Oncologia

NOTE PER LO STABILIMENTO DI ORTONA: In seguito alla riconversione del PO di ATESSA I PL del Cod. 56 "Recupero e Riabilitazione funzionale" vengono trasferiti nello Stabilimento Ospedaliero di Ortona



ASL TERAMO

TOTALE UOC AZIENDALE	40
TOTALE UOS/DO/US AZIENDALE	52
TOTALE POSTILETTO ACUTI AZIENDALE	836
TOTALE POSTILETTO LUNGODEGENZA AZIENDALE	47

Discipline	P.O. TERAMO				P.O. SANTOMERO				P.O. ATRI				P.O. GIULIANOVA											
	UOC	UOS	DO	SERVIZI	UOC	UOS	DO	SERVIZI	UOC	UOS	DO	SERVIZI	UOC	UOS	DO	SERVIZI								
Allergologia	1																							
Cardiologia	1			25																				
Cardiologia e UTIC (solo su PC di Teramo e Giulianova)	1			47	1			8	2			8	2	1		16								
EMODIEMICA			1																					
CARDIOLOGIA AMBULATORIALE			1																					
ARITMOLOGIA E CARDIOSTIMOLAZIONE			1																					
Malattie endocrine									1															
Malattie metaboliche e diabetologia			1						1															
Malattie metaboliche ed epatologia																								
Dietetica/Dietologia			1																					
Genetica															1									
Malattie infettive e tropicali	1	1		10	2																			
Medicina generale	1			73	2	1		36	1	1		41	1	1		45								
Riumatologia			1																					
Ematologia			1																					
Nefrologia				4	1																			
Neurologia	1			18	2																			
Neurologia (abilitato al trapianto rene)																								
Dermatologia			1																					
Gastroenterologia	1			4						1														
Oncologia	1			10	13			1						1		4								
Pneumologia	1			18	2					1														
Rad. terapia oncologica	1									1														
Emodialisi	1									1														
Terapia del dolore			1																					
Chirurgia generale	1			35	5	1		16	2	1		18	2	1		15								
CHIRURGIA SENOLOGICA			1																					
CHIRURGIA PROCTOLOGICA						1																		
CHIRURGIA LAPAROSCOPICA										1														
Chirurgia maxillo-facciale			1																					
Chirurgia pediatrica																								
Chirurgia plastica																								
Chirurgia toracica	1			15	2																			
ENDOSCOPIA BRONCHIALE E CHIRURGIA ENDOSCOPICA DELLE VIE RESPIRATORIE						1																		
Chirurgia vascolare	1			16	2																			
Neurochirurgia	*	1		20	2																			
Oculistica	1			2	2					1			2											
CENTRO DI TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA						1																		
Odonoiatria e stomatologia				1								1												
Ortopedia e traumatologia	1			21	4	1		16	2	1		18	2	1		15								
Otorinolaringoiatria	1			14	3						1				1									
Urologia	1			18	2					1				5										
Ostetricia e ginecologia	1			23	4	1		18	2		1			6										
Pediatria	1			15	2		1	9	1															
PEDIATRIA ED AUSCLOGIA PEDIATRICA										1			6	2										
CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE FIBROSI CISTICA										1														
Neonatalogia e TIN			1																					
Terapia intensiva/Anestesia	1			9		1		4		1		5		1		4								
Terapia intensiva Cardiocirurgica	1			8																				
ANESTESIA			1																					
RIANIMAZIONE			1																					
Medicina e chirurgia d'acutizzazione e d'urgenza	1					1				1				1										
Psichiatria	1			15											1	5								
Lungodegenza			1				1	13		1		17		1		17								
Anatomia e istologia patologica	1									1														
Medicina nucleare	1	1																						
Radiovia	1					1				1						1								
RADIOLOGIA VASCOLARE E INTERVENTISTICA				1																				
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE				1												1								
ECOGRAFIA				1																				
Neurofisiologia																								
Direzione sanitaria di presidio	1						1			1						1								
Farmacia ospedaliera	1						1			1						1								
Programma di controllo di distribuzione dieta del farnese				1																				
Fisica sanitaria			1																					
Laboratorio analisi	1							1				1				1								
Servizio trasfusionale	1							1								1								
TOTALE	29	5	7	14	421	57	4	8	2	3	120	10	4	11	5	8	115	30	3	8	6	4	117	13

*L'incarico di Unità Complessa a termine in coincidenza 1° semestre 2019, allorché l'armonizzazione dei diversi dipartimenti si è strutturalmente definita.

MODELLO DIPARTIMENTALE

I Presidi Ospedalieri devono avvalersi del Dipartimento quale modello ordinario di gestione (D.lgs 502/92), che rappresenta l'articolazione organizzativa e la struttura di coordinamento per lo svolgimento delle attività, ottimizzando e condividendo le risorse finalizzate ad uno stesso obiettivo, secondo criteri di efficienza ed economicità.

In aderenza al Documento del Ministero della Salute dell'ottobre 2007¹⁰, la programmazione regionale individua nel Dipartimento un'organizzazione integrata di UO omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute. In sede di riordino della rete ospedaliera regionale, gli obiettivi che verranno perseguiti nell'organizzazione dipartimentale a livello aziendale e interaziendale, sono prioritariamente i seguenti:

1. l'integrazione, l'interscambio e il coordinamento delle diverse professionalità. I dipartimenti operano per tutta l'Azienda garantendo la qualità delle prestazioni e ruotando il personale anche su più presidi;
2. la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane sia a carattere aziendale che interaziendale,
3. l'ottimizzazione nell'uso delle risorse. La gestione comune di personale, spazi ed apparecchiature facilita l'acquisizione e la più alta fruizione di tecnologie sofisticate e costose e favorisce l'utilizzo flessibile del personale, consentendo soluzioni assistenziali altrimenti non praticabili;
4. la sicurezza dei pazienti, con la progettazione di strutture e percorsi integrati.

I dipartimenti sono strutturali o funzionali, la loro istituzione deve essere giustificata attraverso l'individuazione di parametri dimensionali e funzionali:

1. Dipartimenti strutturali sono caratterizzati dall'omogeneità, sotto il profilo delle attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate, delle unità organizzative di appartenenza. Il termine strutturale viene inteso come aggregazione funzionale e fisica coinvolgendo unità con collocazione nella stessa area ospedaliera; ciò favorisce la gestione comune delle risorse umane, degli spazi delle risorse tecnico-strumentali ed economie assegnate.
2. Dipartimenti funzionali possono aggregare unità operative non omogenee, interdisciplinari semplici e/o complesse, appartenenti contemporaneamente anche a dipartimenti diversi, basati soprattutto sulla condivisione di procedure operative e percorsi terapeutici assistenziali.

La programmazione regionale, con l'obiettivo di realizzare una efficace assistenza, economie di gestione e rendere fattivo e non meramente nominalistico il modello dipartimentale, indirizza le ASL a costituire prioritariamente Dipartimenti strutturali all'interno di un singolo Presidio ospedaliero al fine poter utilizzare in maniera razionale sia le risorse umane che tecnologiche. Tutto ciò dovrebbe condurre, all'interno di una organizzazione dipartimentale, alla ristrutturazione delle aree di degenza al fine di creare dei veri spazi dipartimentali nei quali effettuare le attività di ricovero delle UU.OO. incluse nel dipartimento.

Viene anche incentivata, nell'ottica della Continuità Ospedale-Territorio, la costituzione di Dipartimenti transmurali in cui è prevista a titolo di esempio l'aggregazione delle UU.OO. di Geriatria e di Lungodegenza e della residenzialità territorialmente competente al fine di facilitare il percorso del paziente dall'ospedale al territorio in garanzia della continuità assistenziale.

Nella specificità del contesto regionale, modelli dipartimentali da attivarsi, con relativo monitoraggio del rapporto volumi-esiti, sono rappresentati, a titolo di esempio, dal dipartimento Neurochirurgico (PO di L'Aquila e Teramo), dal Dipartimento di Terapia Intensiva Neonatale (PO di Pescara e Chieti) e dal Dipartimento di Chirurgia Vascolare. Il modello dipartimentale per le discipline ad elevata complessità viene ribadito dal documento della Commissione di Urgenza-Emergenza del Ministero della Salute, dove tale forma di integrazione sottintende un'organizzazione tra le strutture che erogano diversi livelli di assistenza con protocolli condivisi e formazione specifica dei professionisti.

Il percorso del modello dipartimentale, con l'individuazione delle UOC, deve con criteri oggettivi e condivisi interessare anche gli ambiti delle specialità senza dotazione di posti letto.

Nella riorganizzazione dei servizi di medicina di laboratorio, la programmazione regionale persegue il duplice obiettivo: il mantenimento presso il Presidio Ospedaliero della funzione di risposta rapida e dall'altro la

¹⁰ «I Dipartimenti ospedalieri nel Servizio Sanitario Nazionale. Rapporto sull'indagine nazionale»

concentrazione su bacini di utenza, almeno provinciali, di esami di complessità medio-alta, di metodiche a basso volume e/o ad elevata specificità tecnologica.

Fatto salvo specifiche e motivate situazioni, per la costituzione di un Dipartimento devono essere almeno previste l'aggregazione di 3 strutture complesse o di 2 strutture complesse ed una semplice dipartimentale.

La programmazione regionale, riconoscendo l'autonomia strategica dei Direttori Generali delle ASL connessa alla riorganizzazione della rete ospedaliera, demanda alle Asl, qualora se ne evidenziasse la necessità, la proposta di riorganizzazione delle UOS e UOSD e della dotazione dei PL delle UUOO della stessa AFO nel rispetto del numero totale assegnato.

Le strutture complesse di ruolo sanitario che in seguito al provvedimento relativo al riordino della rete ospedaliera non sono più tali, vengono trasformate in Unità Operative semplici a valenza dipartimentale fino alla scadenza dei contratti dei responsabili delle strutture complesse riconvertite.

Rimane nella disponibilità degli organi titolari della programmazione sanitaria, nel rispetto degli adempimenti previsti dal DM 70/2015, la possibilità di autorizzare, su richiesta delle singole Aziende, soluzioni diverse dettate da comprovate esigenze assistenziali o organizzative.

STRUTTURE OSPEDALIERE PRIVATE STATO ATTUALE

La programmazione regionale conferma per il privato accreditato l'attuale dotazione massima complessiva di posti letto per acuti, fatto salvo che ai fini dell'efficientamento della rete, la Regione promuove processi di riconversione e/o di fusione, secondo il cronoprogramma prescritto dal Regolamento, in modo da consentirne la piena operatività dal 1° gennaio 2017. La nuova configurazione della rete ospedaliera, inoltre, riconferma che siano sede di Pronto Soccorso solo le strutture pubbliche, affidando solo a queste un ruolo all'interno del sistema dell'Emergenza-Urgenza.

Il Regolamento stabilisce una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche. Nella Tabella successiva è riassunto l'elenco delle Strutture private accreditate, con i relativi DCA, per le discipline per acuti con i rispettivi posti letto assegnati dal DCA 25/2012 (posti letto coincidono con quelli presenti nel flusso HSP13 2015). All'interno della rete ospedaliera privata accreditata a dicembre 2015 tre strutture presentano una soglia inferiore a 60 posti letto accreditati per acuti.

STRUTTURE OSPEDALIERE PRIVATE	DISCIPLINE	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DIURNI	TOTALE POSTI LETTO	
CASA DI CURA VILLA SERENA - PESCARA DCA 79 DEL 09/10/2013	09 - Chirurgia Generale	10	7		
	21 - Geriatria	10			
	26 - Medicina Generale	12			
	32 - Neurologia	23			
	36 - Ortopedia e Traumatologia	15			
	40 - Psichiatria	24			
	49 - Terapia Intensiva	3			
	60 - Lungodegenti	37			
	TOTALE	134			
	TOTALE	7			141
CASA DI CURA PIERANGELI - PESCARA DCA 80 DEL 9/10/2013	08 - Cardiologia	12	8		
	09 - Chirurgia Generale	20			
	14 - Chirurgia Vascolare	10			
	26 - Medicina Generale	24			
	34 - Oculistica	4			
	36 - Ortopedia e Traumatologia	12			
	37 - Ostetricia e ginecologia*	5			
	43 - Urologia	8			
	49 - Terapia Intensiva	3			
	TOTALE	98			
TOTALE	8	106			
CASA DI CURA SPATOCCO - CHIETI DCA 89 DEL 24/10/2013	08 - Cardiologia	5	5		
	09 - Chirurgia Generale	22			
	21 - Geriatria	8			
	26 - Medicina Generale	13			
	36 - Ortopedia e Traumatologia	11			
	37 - Ostetricia e ginecologia*	5			
	49 - Terapia Intensiva	3			
	TOTALE	67			
	TOTALE	5			72
	CASA DI CURA DI LORENZO - AVEZZANO DCA 81 DEL 09/06/2014	08 - Cardiologia			8
09 - Chirurgia Generale		10			
26 - Medicina Generale		18			
32 - Neurologia		8			
36 - Ortopedia e Traumatologia		8			
37 - Ostetricia e ginecologia*		5			
38 - Otorinolaringoiatria		5			
49 - Terapia Intensiva		3			
TOTALE		65			
TOTALE		5	70		
CASA DI CURA L'IMMACOLATA - CELANO DCA 127 DEL 20/10/2014	08 - Cardiologia	5	3		
	09 - Chirurgia Generale	21			
	26 - Medicina Generale	10			
	37 - Ostetricia e ginecologia*	11			
	43 - Urologia	5			
	68 - Pneumologia	5			
	60 - Lungodegenti	10			
	TOTALE	67			
	TOTALE	3			70
	CASA DI CURA VILLA PINI - CHIETI	09 - Chirurgia Generale			19
26 - Medicina Generale		12			
32 - Neurologia		18			
49 - Terapia Intensiva		5			
TOTALE		54			
TOTALE	5	59			
CASA DI CURA VILLA LETIZIA - L'AQUILA DCA 88 DEL 24/10/2013	26 - Medicina Generale	10	5		
	08 - Cardiologia	5			
	09 - Chirurgia Generale	14			
	36 - Ortopedia e Traumatologia	23			
	TOTALE	52			
TOTALE	5	57			
CASA DI CURA INI CANISTRO - CANISTRO DCA 128 DEL	26 - Medicina Generale	10	2		
	36 - Ortopedia e Traumatologia	6			
	43 - Urologia	7			
	TOTALE	23			
TOTALE	2	25			

* senza Punto Nascita

Con il DCA n 4 del 11 gennaio 2016, la Regione Abruzzo ha preso atto della cessione del ramo di azienda denominato Villa Pini per l'esercizio di attività di assistenza ospedaliera (attività per acuti e di riabilitazione codice 56) alle società Synergo s.r.l. e Villa Serena s.r.l., e ne ha decretato la voltura dell'accreditamento predefinitivo e autorizzazione al trasferimento ed alla riorganizzazione delle attività di assistenza ospedaliera oggetto di cessione alle suddette Società. La rimodulazione della relativa dotazione di posti letto che ne deriva viene riportata in dettaglio nelle tabelle seguenti:

CASA DI CURA VILLA SERENA			
DISCIPLINE	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DIURNI	POSTI LETTO TOTALI
09 - Chirurgia Generale	20	10	
21 - Geriatria	10		
26 - Medicina Generale	18		
32 - Neurologia	32		
36 - Ortopedia e Traumatologia	15		
40 - Psichiatria	24		
49 - Terapia Intensiva	5		
56 - Recuero e riabilitazione funzionale	176		
60 - Lungodegenti	37	-	
TOTALE	337	30	367

CASA DI CURA SPATOCCO			
DISCIPLINE	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DIURNI	POSTI LETTO TOTALI
08 - Cardiologia	7	2	
21 - Geriatria	8		
26 - Medicina Generale	20		
32 - Neurologia	9		
56 - Recuero e riabilitazione funzionale	64		
TOTALE	108	3	111

CASA DI CURA PIERANGELI			
DISCIPLINE	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DIURNI	POSTI LETTO TOTALI
08 - Cardiologia	10	13	
09 - Chirurgia Generale	51		
14 - Chirurgia Vascolare	10		
26 - Medicina Generale	23		
34 - Oculistica	4		
36 - Ortopedia e Traumatologia	23		
37 - Ostetricia e ginecologia*	10		
43 - Urologia	8		
49 - Terapia Intensiva	9		
TOTALE	148		

* senza Punto Nascita

APPLICAZIONE DEL DM70/2015

Ai fini del calcolo delle unità operative per bacino di utenza, per le strutture private accreditate vengono considerati i Punti di Erogazione, come indicato nella circolare 19/02/2016 della Direzione Generale del Ministero della Salute.

La programmazione regionale ha adottato una metodologia che valuta l'equivalenza anche sulla base dei volumi di attività erogati, nel rispetto dei bacini di utenza definiti dal DM 70/2015.

Preliminarmente si è proceduto alla elaborazione per ogni disciplina accreditata alle strutture private regionali del volume di attività regionale e il successivo calcolo del rapporto percentuale tra l'attività delle strutture pubbliche e di quelle private. Fermo restando il numero massimo di strutture identificato secondo le specifiche del DM 70 per singola disciplina, tali valori sono stati riproporzionati in base alle percentuali dei volumi di attività sia del pubblico che del privato, identificando quindi l'attribuzione teorica secondo i volumi equivalenti. Nella distribuzione effettiva delle UOC al pubblico e dei Punti di erogazione al privato accreditato si è tenuto conto, come da scelta programmatoria regionale, che le strutture private non fanno parte della rete del sistema emergenza-urgenza.

Pertanto, per le discipline accreditate ai privati, necessarie a tale sistema, quali la cardiologia, la neurologia e l'ortopedia e traumatologia, al fine di ottenere una copertura assistenziale a garanzia di sicurezza e di efficacia e coerente con gli standard del DM70/2015, la programmazione ha assicurato prioritariamente la rete pubblica e successivamente quella privata.

I risultati di tale analisi vengono riportati nella tabella seguente, specificando che i volumi attività sono stati calcolati tramite il file ASDO 2014 e si riferiscono all'attività in regime ordinario.

PRIVATO ACCREDITATO		VOLUME ATTIVITA'			ASSEGNAZIONE TEORICA SECONDO VOLUMI EQUIVALENTI			PROGRAMMAZIONE REGIONALE	
DENOMINAZIONE DISCIPLINA	NUMERO DISCIPLINE	TOTALE REGIONALE	% PUBBLICO	% PRIVATO	N° STRUTTURE MASSIMO DM 70/15	PUBBLICO	PRIVATO	LOC. PUBBLICO	PUNTI DI EROGAZIONE PRIVATO
08 - Cardiologia	5	9.039	82%	18%	9	7	2	9	0
09 - Chirurgia Generale	5	20.776	77%	23%	13	10	3	11	3
14 - Chirurgia Vascolare	1	2.554	90%	10%	3	3	0	3	0
21 - Geriatria	2	8.049	89%	11%	3	3	0	3	0
26 - Medicina Generale	7	23.423	84%	16%	17	14	3	14	3
32 - Neurologia	3	4.406	67%	33%	9	6	3	7	1
34 - Oculistica	1	833	97%	3%	9	9	0	4	0
35 - Ortopedia e Traumatologia	5	15.103	67%	33%	13	9	4	10	3
37 - Ostetricia e ginecologia*	3								0
38 - Otorinolaringoiatria	1	3.156	90%	10%	9	8	1	4	1
40 - Psichiatria	1	3.057	76%	24%	9	7	2	4	1
43 - Urologia	3	5.626	73%	27%	9	7	2	4	2
49 - Terapia Intensiva	3								0
60 - Lungodegenza	2	2.116	86%	14%	17	15	2	5	2
68 - Pneumologia	1	1.823	95%	5%	3	3	0	3	0
TOTALE	43	99.962			123	101	22	81	16

* Senza Punto Nascita

Ottenuto il numero complessivo dei punti di erogazione specifici per disciplina, l'identificazione delle singole strutture private a cui attribuire i suddetti punti di erogazione, è avvenuta attraverso lo studio dei seguenti indicatori di performance:

- per l'area chirurgica: numero di dimissioni effettuate in regime di ricovero ordinario, tasso di occupazione dei posti letto, percentuale di DRG di tipo chirurgico sul totale dei DRG, percentuale di ricoveri inappropriati, peso medio ministeriale dei DRG.
- per l'area medica: numero di dimissioni effettuate in regime di ricovero ordinario, tasso di occupazione dei posti letto, percentuale di ricoveri inappropriati, peso medio ministeriale dei DRG

I risultati di tale analisi sono i seguenti:

- I 3 punti di erogazione della Chirurgia generale sono individuati in: Casa di Cura (CdC) Villa Serena, CdC Pierangeli e CdC Di Lorenzo
- I 3 punti di erogazione della Medicina generale sono individuati in: CdC Villa Serena, CdC Pierangeli e CdC Di Lorenzo
- Il punto di erogazione della Neurologia è individuato in: CdC Di Lorenzo
- I 3 punti di erogazione della Ortopedia e Traumatologia sono individuati in: CdC Villa Serena, CdC Pierangeli e CdC Di Lorenzo
- Il punto di erogazione dell'Otorinolaringoiatria è individuato in: CdC Di Lorenzo
- Il punto di erogazione di Psichiatria è individuato in: CdC Villa Serena
- I 2 punti di erogazione dell'Urologia sono individuati in: CdC Pierangeli e CdC L'Immacolata
- I 2 punti di erogazione della Lungodegenza sono individuati in: CdC L'Immacolata e CdC Villa Serena

In considerazione che la rimodulazione delle strutture complesse ospedaliere e dei punti di erogazione, realizzata dalla programmazione regionale, deve tenere conto anche della necessità di raggiungere gli obiettivi del rapporto volumi-esiti del DM70/2015 per specifiche procedure chirurgiche o percorsi diagnostico terapeutici si è proceduto alla verifica di tali obiettivi. Inoltre, nel limite degli indicatori previsti dal PNE, si sono verificate le misure e le stime del Programma stesso riferite alle discipline accreditate delle strutture ospedaliere private della Regione Abruzzo.

Da tale studio si è pervenuti alla seguente conclusione:

- la scelta dell'identificazione dei punti di erogazione della Medicina generale è confermata dai volumi e dagli esiti del PNE anno 2015.
- gli indicatori del PNE anno 2015 relativi alla chirurgia generale mettono in evidenza la possibilità di implementare l'identificazione dei punti di erogazione di 1 unità, Casa di Cura L'Immacolata, per un totale complessivo di 4 punti di erogazione.

- gli indicatori del PNE anno 2015 relativi all'Ortopedia e Traumatologia mettono in evidenza la possibilità di implementare l'identificazione dei punti di erogazione di 1 unità, Casa di Cura Villa Letizia, fermo restando il rispetto della soglia non inferiore a 60 PL, per un totale complessivo di 4 punti di erogazione.
- per le restanti discipline accreditate vengono confermate le scelte definite dalla programmazione regionale con la metodologia dei volumi equivalenti.

A seguito dell'applicazione della metodologia sopra descritta, per la Chirurgia Generale si rileva uno scostamento di 2 unità rispetto ai bacini di utenza previsti dal DM 70/2015e per l'Ortopedia uno scostamento di 1 unità.

Per queste discipline tale aumento deriva anche dall'analisi della mobilità passiva degli anni 2012-2013 da cui emerge che le patologie per le quali i residenti abruzzesi si rivolgono a strutture extra-regionali sono prevalentemente di natura ortopedica e chirurgica.

Gli eventuali processi di rimodulazione delle specialità delle strutture accreditate verranno effettuati in base alle esigenze di programmazione regionale (par. 2.5 DM 70/2015)

Di seguito si riporta la tabella riassuntiva dei Punti di Erogazione della rete ospedaliera privata della Regione Abruzzo.

STRUTTURE OSPEDALIERE	DISCIPLINE	PUNTI DI EROGAZIONE
CASA DI CURA VILLA SERENA - PESCARA DCA 79 DEL 09/10/2013	09 - Chirurgia Generale	1
	21 - Geriatria	
	26 - Medicina Generale	1
	32 - Neurologia	
	36 - Ortopedia e Traumatologia	1
	40 - Psichiatria	1
	49 - Terapia Intensiva	
	60 - Lungodegenti	1
	TOTALE	5
	CASA DI CURA PIERANGELI - PESCARA DCA 80 DEL 9/10/2013	08 - Cardiologia
09 - Chirurgia Generale		1
14 - Chirurgia Vascolare		
26 - Medicina Generale		1
34 - Oculistica		
36 - Ortopedia e Traumatologia		1
37 - Ostetricia e ginecologia*		
43 - Urologia		1
49 - Terapia Intensiva		
TOTALE		4
CASA DI CURA SPATOCCO - CHIETI DCA 89 DEL 24/10/2013	08 - Cardiologia	
	09 - Chirurgia Generale	
	21 - Geriatria	
	26 - Medicina Generale	
	36 - Ortopedia e Traumatologia	
	37 - Ostetricia e ginecologia*	
	49 - Terapia Intensiva	
TOTALE	0	
CASA DI CURA DI LORENZO - AVEZZANO DCA 81 DEL 09/06/2014	08 - Cardiologia	
	09 - Chirurgia Generale	1
	26 - Medicina Generale	1
	32 - Neurologia	1
	36 - Ortopedia e Traumatologia	1
	37 - Ostetricia e ginecologia*	
	38 - Otorinolaringoiatria	1
	49 - Terapia Intensiva	
	TOTALE	5
CASA DI CURA L'IMMACOLATA - CELANO DCA 127 DEL 20/10/2014	08 - Cardiologia	
	09 - Chirurgia Generale	1
	26 - Medicina Generale	
	37 - Ostetricia e ginecologia*	
	43 - Urologia	1
	68 - Pneumologia	
	60 - Lungodegenti	1
TOTALE	3	
CASA DI CURA VILLA LETIZIA - L'AQUILA DCA 88 DEL 24/10/2013	26 - Medicina Generale	
	08 - Cardiologia	
	09 - Chirurgia Generale	
	36 - Ortopedia e Traumatologia	1
TOTALE	1	
CASA DI CURA INI CANISTRO - CANISTRO DCA 128 DEL 20/10/2014	26 - Medicina Generale	
	36 - Ortopedia e Traumatologia	
	43 - Urologia	
	TOTALE	0
TOTALE REGIONALE		18

Nella Rete Ospedaliera Privata i posti letto di Terapia Intensiva sono posti letto tecnici di carattere sub-intensivo per trattamenti post-operatori.

Riordino Strutture Complesse e Punti di erogazione Rete Ospedaliera Pubblica e Privata – Regione Abruzzo

Disciplina	F.O. L'Aquila	P.O. Teramo	P.O. Pescara	P.O. Chieti	P.O. Ospedale di Ortona	P.O. Avezzano	P.O. Lanciano	P.O. Vasto	P.O. Sest'Umbra	P.O. Atri	P.O. Sulmona	P.O. Colchester	P.O. Camillo Giorgi	P.O. Pinerone	N° SOGGIATATE NELLA RETE PUBBLICA	N° PUNTI DI EROGAZIONE NELLA RETE PRIVATA
Allergologia		*													1	
Cardiologia		*		*											2	
Cardiologia e UTIC	*	*	*	*		*	*	*			*	*			9	
Ematologia			*												1	
Malattie endocrine				*					*						2	
Geriatria			*	*		*									3	
Malattie infettive e tropicali	*		*												2	
Medicina generale	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14	3
Nefrologia			*	*											2	
Neurologia	*	*	*	*		*	*	*							7	1
Nefrologia (abilitato al trapianto renale)	*														1	
Dermatologia	*				*										2	
Gastroenterologia		*	*					*							3	
Oncologia	*	*	*	*		*	*	*							6	
Pneumologia	*	*	*												3	
Radioterapia oncologica		*		*											2	
Reumatologia	*		*												2	
Emodialisi		*													1	
Fisioterapia e Stomatologia				*											1	
Chirurgia generale	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11	4
Chirurgia maxillo-facciale	*														1	
Chirurgia pediatrica			*												1	
Chirurgia plastica			*												1	
Chirurgia toracica		*	*												2	
Chirurgia vascolare		*	*			*									3	
Neurochirurgia	*		*												2	
Oculistica		*	*	*		*									4	
Otologia e otorinolaringoiatria	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				10	4
Otorinolaringoiatria		*	*	*		*									4	1
Urologia	*	*	*	*											4	2
Ostetricia e ginecologia	*	*	*	*		*	*	*	*						8	
Pediatria	*	*	*	*	*	*	*	*							6	
Neonitologia e TIN	*		*												2	
Trasfusiologia e ematologia	*	*	*	*	*	*	*	*							8	
Medicina e chirurgia d'accoltazione e d'arresto	*	*	*	*	*	*	*	*							7	
Psichiatria	*	*	*	*											4	1
Anatomia e istologia patologica	*	*	*	*			*								5	
Medicina nucleare	*		*	*											3	
Radiologia	*	*	*	*		*		*							6	
Neuroradiologia	*														1	
Direzione sanitaria di presidio	*	*	*	*		*									5	
Farmacia ospedaliera	*	*	*	*											4	
Laboratorio analisi	*	*	*	*		*									5	
Microbiologia e virologia			*												1	
Servizio trasfusionale	*	*	*	*											4	
Immunologia e Centro Trapianti	*														1	
Unità mammaria intradisciplinare (Breast Unit)					*										1	
TOTALE UOC PL ACUTI	29	29	35	29	2	16	11	11	4	4	4	2	1	1	178	16
Lungopopolazione	*				*			*			*	*			5	2

* Vedasi dettaglio per Presidio Ospedaliero



RETI TEMPO-DIPENDENTI

La Rete delle Patologie Tempo dipendenti è una rete tipicamente Hub e Spoke e viene determinata nei parametri indispensabili alla definizione della rete Ospedaliera e nelle sue principali caratteristiche, esplicitati in dettaglio nelle apposite sezioni.

La definizione operativa delle specifiche Reti Hub e Spoke è stata garantita dal lavoro di gruppi interdisciplinari e interprofessionali che hanno analizzato in modo puntuale i percorsi clinico assistenziali dei pazienti, definendo gli assetti in grado di garantirne la migliore qualità.

CRITERI METODOLOGICI

I criteri metodologici adottati per la definizione per le Reti tempo dipendenti non possono prescindere da alcune premesse:

1. Garanzia ad ogni cittadino di sicurezza e appropriatezza delle cure indipendentemente dalla ubicazione territoriale in cui si verifica l'evento acuto
2. Le linee guida organizzative e le Raccomandazioni, già contenute negli appositi Accordi sulle rispettive materie, devono essere contestualizzate ed adattate alle diverse specificità della Regione.
3. Una visione integrata del Sistema Emergenziale deve includere il coordinamento operativo e funzionale dei diversi nodi della Rete, l'implementazione del modello dipartimentale a salva guardia della uniformità dei trattamenti e una sufficiente flessibilità nella organizzazione delle risorse umane.

Come già ribadito nel DCA 45/2010, che ha definito un primo assetto organizzativo delle principali Reti cliniche, per raggiungere obiettivi di sicurezza ed efficacia delle reti cliniche, Hub e Spoke, la Programmazione Regionale prevede di attivare anche i Dipartimenti Interaziendali (DM70/2015) che aggregano unità operative complesse e semplici appartenenti a diverse aziende. Tali Dipartimenti, a seconda delle branche, dei bacini di utenza interaziendali, degli standard di efficacia della risposta assistenziale rispetto ai tempi di percorrenza della popolazione, devono operare in sedi idonee per garantire sicurezza e tempestività.

Essi vengono costituiti, in particolare, per concentrare le funzioni di discipline di alta specialità per tutta la Regione che necessitano di un bacino di utenza più ampio per garantire le curve di esperienza, rispetto ai bacini di utenza.

LA RETE PER LE EMERGENZE CARDIOLOGICHE

PREMESSA

Il Decreto Ministeriale n.70/15 definisce le principali funzioni che una rete per le Emergenze cardiologiche deve svolgere:

- ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;
- utilizzare il sistema di riperfusione più efficace per il paziente su tutto il territorio regionale;
- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio, ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione Elettrocardiografica a distanza in primis da parte del 118;
- migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- razionalizzare l'impiego delle risorse.

Obiettivo della programmazione regionale in coerenza con lo standard di cura, è una implementazione diffusa della rete per garantire percorsi assistenziali omogenei, in cui il rispetto dei bacini di utenza tiene conto dei tempi di percorrenza e della bassa intensità abitativa (par. 3.1 allegato 1 Regolamento).

Per questo risulta necessario consolidare di una rete di intervento territoriale coordinata dal Servizio di Emergenza 118, a cui si affianca una rete intraospedaliera costituita da strutture ospedaliere a maggiore e minore complessità, che hanno l'obiettivo di rendere accessibile una rapida ed efficace risposta terapeutica per il maggior numero di pazienti con IMA, a fronte di un peculiare contesto geografico, temporale ed organizzativo della Regione Abruzzo.

Il modello organizzativo adottato in Abruzzo, già consolidato in numerose realtà italiane, è condiviso con il documento di Consenso dei Cardiologi Regionali Abruzzesi, che evidenzia come l'obiettivo terapeutico in caso di Infarto Miocardico Acuto (IMA) è quello di reperfondere o rivascolarizzare in tempo utile il miocardio. La terapia ripervasiva deve essere praticata a tutti i pazienti che presentano le caratteristiche cliniche ed elettrocardiografiche dello STEMI (infarto miocardico acuto con tratto ST sopraslivellato). Per essere efficace, la ripersione deve essere la più rapida e precoce possibile, in quanto maggiore è il tempo in cui la coronaria rimane ostruita, maggiore sarà l'area di necrosi miocardica e peggiore sarà la prognosi. In tale contesto terapeutico, l'Angioplastica coronarica percutanea (PCI) eseguita in pazienti con STEMI viene classificata come:

- Primaria: se usata come unica strategia ripervasiva
- Facilitata: se eseguita dopo una strategia farmacologica mirante a ridurre il carico trombotico mediante farmaci fibrinolitici o inibitori del recettore glicoproteico IIb-IIIa
- di Salvataggio (o rescue): se eseguita dopo fibrinolisi inefficace.

Pertanto, in linea con quanto suggerito dalle Società Scientifiche il presente documento definisce le condizioni per cui l'accessibilità ad un laboratorio di emodinamica deve essere garantita a tutti i pazienti con STEMI che ne hanno bisogno (in quanto suscettibili di trattamento ripervasivo percutaneo perché compresi nella finestra temporale delle 12 ore dall'insorgenza dei sintomi), e ai pazienti NSTEMI ad altissimo ed alto rischio.

Il ritardo accettabile dal primo contatto medico alla effettuazione di una angioplastica coronarica percutanea (PCI) è stato stabilito, sulla base delle recenti linee guida europee, essere tra 90 e 120 minuti.

EPIDEMIOLOGIA IN ABRUZZO

L'Abruzzo è una regione che registra una popolazione al 1 gennaio 2014 di 1.333.939 abitanti, di cui circa 300.000 anziani (età \geq 65 anni). Da un'indagine epidemiologica effettuata dall'ISTAT (indagine Multiscopo – Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – anni 2004/2005) è stato osservato che la popolazione abruzzese già colpita da infarto miocardico nel 2005 era costituita da 24.500 unità, con una prevalenza nella popolazione generale dell'1,9% (nel 2000 il totale della popolazione abruzzese colpita da infarto era di 19.000 unità, con una prevalenza dell'1,5%); si nota che la diagnosi di pregresso IMA colpisce in netta maggioranza gli uomini (2,4%) rispetto alle donne (1,1%); il dato è lievemente superiore a quello italiano, dove la prevalenza dell'IMA nella popolazione generale raggiunge l'1,7%. Sulla base delle stime dell'Osservatorio epidemiologico Cardiovascolare Nazionale (OCN) fino al 2000, l'Abruzzo mostra un rischio di morbi-mortalità per eventi coronarici tendenzialmente in riduzione dal 1975 e un rischio mediamente inferiore del 10% rispetto alle stime italiane di incidenza e mortalità. Tuttavia le stime 1990-2000 mostrano una crescita della prevalenza della cardiopatia ischemica nella popolazione generale superiore alla media italiana, fenomeno dovuto soprattutto all'invecchiamento progressivo della popolazione.

ANALISI DEL FABBISOGNO

L'incidenza di IMA su tutta la popolazione abruzzese, stimata con le schede di dimissione ospedaliera (SDO) e con le schede ISTAT di morte, è di circa 200 eventi/100.000 abitanti/anno, con circa 2.550 pazienti ospedalizzati per anno. Nel corso del 2013 sono stati registrati esattamente 2.635 casi di pazienti residenti nella Regione Abruzzo dimessi con codice ICD-9-CM di diagnosi principale 410.XX.

Se si considerano anche i casi di IMA che hanno causato morte preospedaliera è verosimile che il numero totale di eventi salga all'incirca a 3000, quindi il tasso di incidenza di IMA nella popolazione abruzzese sia di 230 eventi/100.000 abitanti/anno. Da uno studio sui pazienti ospedalizzati per IMA in Abruzzo dall'inizio del 1999 fino a metà 2001 è emerso che la mortalità è del 5,7% per quanto riguarda i primi 2 giorni, del 14,2% nei primi 28 giorni e del 18% nei primi 180 giorni, con una mortalità ospedaliera totale del 13%.

Il combinato dell'analisi epidemiologica e del fabbisogno stima, nella Regione Abruzzo, che i pazienti che sviluppano uno STEMI e che raggiungono un contatto medico nelle prime 12 ore dall'esordio dei sintomi, e che pertanto sono candidati a terapia ripervasiva, siano circa 1.000 per anno.

ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE

Il quadro attuale delle strutture pubbliche dedicate all'assistenza a pazienti con IMA nella Regione Abruzzo presente la seguente articolazione:

- N. 4 Laboratori di Emodinamica attivi 7 giorni su 7 con servizio H24 all'interno dei P.O. di L'Aquila, Chieti, Pescara e Teramo
- N. 1 Laboratorio di Emodinamica precedentemente attivo non 7 giorni su 7 e attualmente attivo 7 giorni su 7 con attività H 24 presso il P.O. di Avezzano
- Complessivamente Numero Posti Letto Ordinari di cardiologia di 139 nel Pubblico e nel Privato di 37 PL ordinari e di N. 67 PL di UTIC (cod. 50) – Fonte dati HSP, annualità 2014, con un rapporto PL Cardio/PL UTIC di 1,8.

La rete pubblica di offerta complessiva dell'assistenza cardiologica, unica componente del Sistema emergenza-urgenza, in Abruzzo, risulta essere così articolata nei singoli Presidi:

Assetto attuale dell'offerta pubblica nella Regione Abruzzo

DENOMINAZIONE PRESIDIO	PL CARDIOLOGIA	PL UTIC
OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE - L'AQUILA	10	8
OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA - SULMONA	12	8
OSPEDALE SS.FILIPPO E NICOLA - AVEZZANO	8	6
OSPEDALE RIUNITI SS.ANNUNZIATA - CHIETI	20	6
OSPEDALE RENZETTI - LANCIANO	8	7
OSPEDALE PROVINCIALE - VASTO	6	6
OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO - PESCARA	18	6
OSPEDALE S.MASSIMO - PENNE	6	ASSENTE
OSPEDALE MAZZINI - TERAMO	24	12
OSPEDALE MARIA SS.SPLENDORE - GIULIANOVA	11	4
OSPEDALE VAL VIBRATA - S.OMERO	8	ASSENTE
OSPEDALE S.LIBERATORE - ATRI	8	4
TOTALE REGIONALE	139	67

Nella Regione Abruzzo nel 2014 si sono osservati 2.046 ricoveri con diagnosi di primo episodio di IMA e 2.288 ricoveri totali di IMA.

Nella tabella sottostante si riportano i dati del file ASDO, per codice ICD- IX-CM diagnosi 410.xx relativi ai ricoveri effettuati nell'anno 2014 con diagnosi principale di Infarto miocardico acuto di primo ricovero e dei ricoveri totali, per singola struttura pubblica.

OSPEDALE	SEDE	DISCIPLINA	Primo episodio IMA	Ricoveri totali IMA
OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO	PESCARA	CARDIOLOGIA E UTIC	492	543
OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA	CHIETI	CARDIOLOGIA E UTIC	306	331
OSPEDALE CIVILE MAZZINI	TERAMO	CARDIOLOGIA E UTIC	297	329
OSPEDALE CIVILE SAN SALVATORE	L'AQUILA	CARDIOLOGIA E UTIC	224	237
OSPEDALE CIVILE RENZETTI	LANCIANO	CARDIOLOGIA E UTIC	170	193
OSPEDALE CIVILE SS. FILIPPO E NICOLA	AVEZZANO	CARDIOLOGIA E UTIC	169	221
OSPEDALE SAN PIO DA PIETRALCINA	VASTO	CARDIOLOGIA E UTIC	122	140
OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA	SULMONA	CARDIOLOGIA E UTIC	115	127
OSPED. MARIA SS.MA DELLO SPLENDORE	GIULIANOVA	CARDIOLOGIA E UTIC	88	95
OSPEDALE CIVILE SAN LIBERATORE	ATRI	CARDIOLOGIA E UTIC	52	55
OSPEDALE CIVILE S.MASSIMO	PENNE	CARDIOLOGIA	10	16
OSPEDALE "VAL VIBRATA"	SANTOMERO	CARDIOLOGIA	1	1
TOTALE REGIONALE			2046	2288

I dati sono coerenti con le fonti informative (SIO) utilizzate dal Programma Nazionale Esiti, che rivaluta il volume dei ricoveri per IMA per il PO di Giulianova in 106.

Si ricorda che il DM n.70 /2015 prevede come soglia minima di volume di attività 100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale.

Al fine di effettuare una attenta valutazione del numero dei pazienti sottoposti ad angioplastica percutanea si sono analizzate le procedure di PTCA effettuate nell'anno 2014 dalle Emodinamiche regionali selezionando come procedura principale i codici riportati nella tabella seguente:

CODICE PROCEDURA	DESCRIZIONE PROCEDURA
0066	ANGIOPLASTICA PERCUTANEA CORONARICA TRANSLUMINALE (PTCA) O ATERECTOMIA CORONARICA
3606	INSERZIONE DI STENT NON MEDICATO NELL'ARTERIA CORONARICA
3607	INSERZIONE DI STENT MEDICATO IN ARTERIA CORONARIA

PRESIDIO OSPEDALIERO	SEDE	N° PTCA	Totale
OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO	PESCARA	0066	685
		TOTALE	685
OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA	CHIETI	0066	289
		TOTALE	289
OSPEDALE CIVILE SAN SALVATORE	L'AQUILA	3607	169
		3606	43
		0066	4
		TOTALE	216
OSPEDALE CIVILE MAZZINI	TERAMO	3607	147
		TOTALE	153
OSPEDALE CIVILE SS. FILIPPO E NICOLA	AVEZZANO	3607	112
		0066	25
		3606	8
		TOTALE	145

Dai dati indicati, risulta di tutta evidenza, criticità rilevata anche da altre Regioni, il mancato utilizzo per alcune strutture del codice specifico di PTCA 00.66 in associazione alle procedure 36.06 e 36.07. Pertanto si sono utilizzati i codici di procedure 36.06 e 36.07 come proxy per la quantificazione delle PTCA eseguite.

Il gruppo regionale di lavoro, istituito per la definizione della Rete cardiologica, ha effettuato un ulteriore studio, condiviso con i Responsabili delle Emodinamiche regionali, al fine di individuare i possibili codici delle procedure utilizzati dai professionisti abruzzesi per determinare in modo più esaustivo il reale numero delle PTCA effettuate.

Di seguito vengono riportati i gli ulteriori codici individuati.

CODICE PROCEDURA	DESCRIZIONE PROCEDURA
00.40	PROCEDURE SU UN SINGOLO VASO
00.41	PROCEDURE SU DUE VASI
00.45	INSERZIONE DI UNO STENT VASCOLARE
00.46	INSERZIONE DI DUE STENT VASCOLARE
36.09	ALTRA RIMOZIONE DI OSTRUZIONE DELL'ARTERIA CORONARICA

La tabella successiva illustra le procedure di STENT effettuate nell'anno 2014 dalle Emodinamiche Regionali utilizzando tutti i codici delle procedure individuati.

PRESIDIO OSPEDALIERO	SEDE	N° PTCA	Totale
OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO	PESCARA	0066	685
		0046	3
		TOTALE	688
OSPEDALE CIVILE MAZZINI	TERAMO	3609	299
		3607	147
		TOTALE	452
OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA	CHIETI	0066	289
		0041	1
		TOTALE	290
OSPEDALE CIVILE SAN SALVATORE	L'AQUILA	3607	169
		3606	43
		3609	6
		0066	4
		TOTALE	223
OSPEDALE CIVILE SS. FILIPPO E NICOLA	AVEZZANO	3607	112
		0041	35
		0066	25
		3606	8
		3609	4
		0045	4
		TOTALE	191

Inoltre, al fine di determinare in maniera più puntuale il numero delle PTCA PRIMARIE regionali, e la loro coerenza con le indicazioni del DM 70/15, sono stati utilizzati anche i dati del Registro Nazionale della società italiana di cardiologia invasiva (GISE). In Abruzzo, nell'anno 2014, sono state eseguite circa 717 PCI primarie (dati

Registro GISE), distribuite tra le strutture di emodinamica di Pescara (n=233), Teramo (n=188), Chieti (n=155), L'Aquila ed Avezzano (n=141).

Dai dati riportati emerge una difficoltà di codifica per una puntuale quantificazione per i volumi di attività. Pertanto il gruppo regionale per la Rete cardiologica provvederà a definire specifiche linee guida per una codifica omogenea degli episodi di ricovero.

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE PER LE EMERGENZE CARDIOLOGICHE SECONDO IL DM 70/2015

Il DM 70/2015 fissa in 100 casi/annui gli infarti miocardici di fase acuta di primo ricovero ospedaliero la soglia dei volumi per ospedale. Stabilisce che la rete ospedaliera delle emergenze cardiologiche, coordinata di tipo HUB e Spoke, deve adeguarsi agli standard di una Emodinamica per un bacino minimo di utenza di almeno 300.000 abitanti. Prevede come soglia minima di volume di attività per le angioplastiche coronariche percutanee 250 procedure/annuo di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI.

I risultati positivi raggiunti in questi anni dalla Regione Abruzzo espressi con un calo di mortalità per la patologia infartuale e da un significativo aumento di pazienti con STEMI che effettuano angioplastica primaria, devono essere migliorati con l'esatta identificazione di una rete cardiologica di tipo Hub e Spoke, articolata in due livelli: strutture con PL di cardiologia e UTIC (rapporto 3:1) e dotate di Emodinamica con funzioni di Hub; strutture con PL di cardiologia e UTIC (Rapporto 3:1) con funzioni di Spoke.

Nell'individuazione dei centri Hub e Spoke della rete dell'emergenza cardiologica, il gruppo regionale di lavoro ha effettuato anche uno studio approfondito sui tempi di trasporto dei pazienti dai diversi centri abitativi ai centri Hub e Spoke di riferimento al fine di valutarne il rispetto e garantire così l'esito migliore. La localizzazione geografica, nella peculiarità territoriale della Regione Abruzzo deve rispondere quindi anche al criterio della distanza e tempi di percorrenza rispetto al centro di riferimento, per il diritto di equità di accesso alle cure dell'intera popolazione. In tale ottica, in situazioni di criticità la Regione ha previsto, tramite il sistema 118, l'impiego del trasporto non solo terrestre ma anche mediante elisoccorso che abbia un'attività diurna e notturna, non sempre attivabile per avverse condizioni meteorologiche. Per tale rete, in un'ottica di garanzia di appropriatezza, efficacia, qualità e sicurezza, resta determinante assicurare le soglie minime di volume di attività del DM70/2015, richiamati in premessa.

Di seguito sono riportate le Tabelle sul rispetto dei bacini di utenza della Disciplina di Cardiologia ed Emodinamica.

BACINO DI UTENZA DISCIPLINA CARDIOLOGICA	PROGRAMMAZIONE REGIONALE	RETE IMA
150.000	9	9

BACINO DI UTENZA EMODINAMICA (U.S. senza posti letto)	PROGRAMMAZIONE REGIONALE	RETE IMA
300.000	da 4 a 5	5

Pertanto la Regione Abruzzo programma il nuovo assetto della rete cardiologica con:

- centri HUB (cardiologia - UTIC) con Emodinamica localizzati a Chieti, Pescara, Teramo e L'Aquila e con un servizio distaccato ad Avezzano;
- centri Spoke con Cardiologia e UTIC localizzati a Sulmona, Lanciano, Vasto e Giulianova.

Centri HUB con Cardiologia, UTIC e Emodinamica

DENOMINAZIONE HUB	EMODINAMICA	PL CARDIOLOGIA	PL UTIC
OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE - L'AQUILA	SI	13	8
OSPEDALE RIUNITI SS.ANNUNZIATA - CHIETI	SI	24	10
OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO - PESCARA	SI	37	11
OSPEDALE MAZZINI - TERAMO	SI	36	12
OSPEDALE SS.FILIPPO E NICOLA - AVEZZANO	SERVIZIO DISTACCATO DELL'AQ	11	6

Si precisa che, nel rispetto dei bacini di utenza del DM 70/2015, la scelta regionale di confermare su base dipartimentale il Servizio distaccato di Emodinamica nel PO di Avezzano sede di DEA di I livello è legata al rispetto dei tempi previsti dalla rete delle emergenze cardiologiche nell'area geografica della Marsica con una popolazione afferente di circa 200.000 abitanti. Infatti già dal 1 settembre 2015 l'emodinamica di Avezzano è attiva 7 giorni su 7 con attività H24.

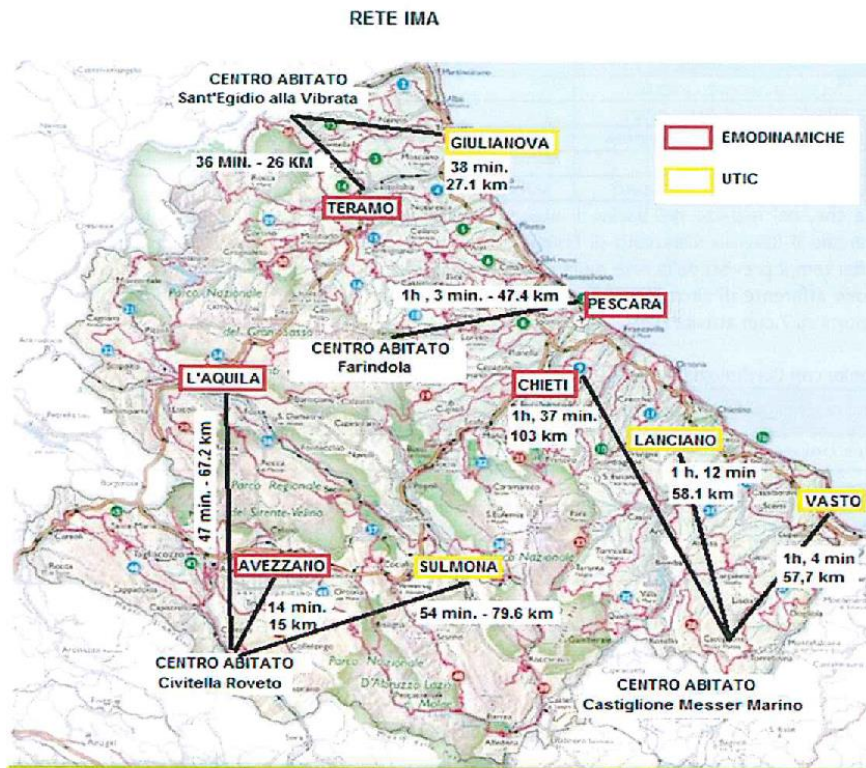
Centri Spoke con Cardiologia e UTIC

DENOMINAZIONE PRESIDIO	PL CARDIOLOGIA	PL UTIC
OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA - SULMONA	11	8
OSPEDALE RENZETTI - LANCIANO	11	6
OSPEDALE PROVINCIALE - VASTO	11	6
OSPEDALE MARIA SS.SPLENDORE - GIULIANOVA	14	4

Il riordino della Rete IMA, nella Regione Abruzzo, persegue specifici obiettivi di riqualificazione dell'assistenza sanitaria. Il **rapporto dei volumi di attività ed esiti**, per tutte le strutture cardiologiche, in particolare per il Servizio di l'Emodinamica di Avezzano e l'UTIC di Giulianova, sarà sottoposto ad un costante e attento monitoraggio per un eventuale aggiornamento della Programmazione Regionale, qualora non siano rispettate le soglie identificate.

Nella riorganizzazione viene garantito un **adeguato dimensionamento dei PL** di cardiologia e UTIC con rapporto tendenziale a 3:1¹¹ riconducendo i PL di Cardiologia al numero minimo dei PL previsti per le UOC dal documento del Comitato LEA (nella seduta del 26 marzo 2012) con un aumento della dotazione di PL cardiologici, rispetto all'attuale, di n.55. Inoltre ulteriore obiettivo di qualificazione della rete sarà la **diffusione della Teletrasmissione** dei tracciati ECG e Teleconsulto sia da postazioni mobili del 118 che da Postazioni fisse rispetto ai Centri di riferimento.

¹¹ Consensus dei medici cardiologi ospedalieri-anno 2000



Rappresentazione geografica della nuova Rete per le emergenze cardiologiche

STANDARD DI RIFERIMENTO E NODI DELLA RETE

Il modello organizzativo adottato in Abruzzo è quello di una rete di intervento territoriale coordinato dal servizio di Emergenza del 118 a cui si affianca una rete ospedaliera di tipo HUB & SPOKE.

Tale modello organizzativo è caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza in Centri ad più elevata complessità (HUB) supportati da un rete di UTIC e Servizi (centri SPOKE) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a Centri di Riferimento in tutti i casi in cui una determinata soglia di gravità viene superata. E' necessario, dunque, che le varie strutture di questa rete siano collegate da un efficiente servizio di trasporto sia primario che secondario (urgente e programmato), le cui modalità operative sono in corso di definizione con specifico protocollo organizzativo.

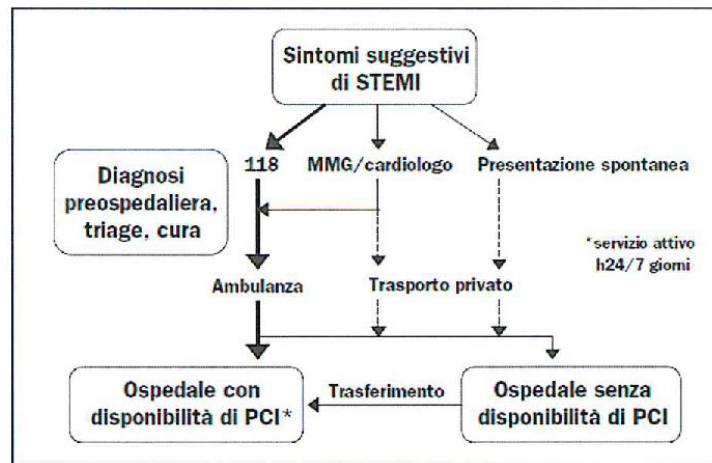
Per quanto riguarda la terapia dello STEMI viene considerato centro HUB un ospedale dotato di un laboratorio di Emodinamica attivo H24 e 7 giorni su 7 e con un volume minimo di attività annuale di 250 angioplastiche coronariche, di cui almeno 75 angioplastiche primarie nello STEMI.

Il paziente con diagnosi, a mezzo di ECG inviato in telemedicina all'UTIC del centro HUB, di STEMI, va dunque condotto direttamente all'HUB di riferimento, senza passare per un ricovero in UTIC; ovviamente, l'esecuzione dell'ECG e la somministrazione di tutte le cure possibili sono da assicurare in fase territoriale. In tal senso, le Direzioni Generali sono tenute a garantire entro sei mesi dall'approvazione del presente atto, la completa messa a regime del sistema di trasmissione telematica dell'ECG attraverso l'adeguamento e la completa implementazione di quelli esistenti.

In Abruzzo, con l'attuale organizzazione, oltre il 95% della popolazione si trova ad una distanza percorribile in meno di due ore da un centro di Emodinamica.

Il percorso ideale che dovrebbe compiere un paziente con IMA è indicato nella figura 1.

Percorso preospedaliero di un paziente con sintomi suggestivi di STEMI;



Nota: le linee spesse indicano il percorso da prediligere; le linee tratteggiate indicano il percorso da evitare.

GLI SCENARI LOGISTICO-CLINICI POSSIBILI

I Cardiologi e i Medici dell'Urgenza abruzzesi hanno condiviso i loro protocolli allo scopo di elaborare un documento unificato per la gestione logistica e terapeutica del paziente affetto da Sindrome Coronarica Acuta nel territorio regionale. Pertanto, i possibili tre scenari logistico-clinici dello STEMI ed i possibili tre scenari logistico-clinici del NSTEMI/Angina Instabile con i comportamenti da seguire nel quadro di un sistema di rete, sono di seguito schematizzati. Sarà compito dei professionisti sopra menzionati curarne il periodico aggiornamento terapeutico-organizzativo.

Scenario STEMI 1

STEMI SUL TERRITORIO SOCCORSO CON AMBULANZA E INVIO DI ECG IN TELEMEDICINA A UTIC HUB, CON INDICAZIONE A PCI PRIMARIA:

- *terapia di supporto (morfina se dolore, O2 se desaturazione)*
- *misure di sicurezza (monitoraggio ecg)*
- *aspirina 250 mg ev o 500 mg rapida per os*
- *clopidogrel 600 mg per os*
- *bolo di eparina 70 ui/kg ev (e, se possibile, infusione 1000 u/h)*
- *invio a centro HUB*

Razionale:

a) lasciare al centro HUB la possibilità di trattamento con GPI o bivalirudina+inibitore P2Y12 di scelta (è possibile lo switch verso altre molecole);

b) non attribuire all'equipaggio del 118 la scelta di terapie per le quali non ha competenza specifica.

Scenario STEMI 2

STEMI IN PRONTO SOCCORSO SPROVVISTO DI UTIC E/O CARDIOLOGO:

- *terapia di supporto (morfina se dolore, O2 se desaturazione)*
- *misure di sicurezza (monitoraggio ecg in zona presidiata)*
- *aspirina 250 mg ev o 500 mg rapida per os*

- clopidogrel 600 mg per os
- bolo di eparina 70 ui/kg ev (e, se possibile, infusione 1000 u/h)
- il medico del Pronto Soccorso contatta l'UTIC HUB per trasferimento in UTIC HUB, inviando ECG per fax

IMMEDIATO TRASPORTO CENTRO HUB

- il servizio 118 trasferisce il paziente con ambulanza medicalizzata

Razionale:

- a) lasciare al centro HUB la possibilità di trattamento con GPI o bivalirudina+inibitore P2Y12 di scelta (è possibile lo switch verso altre molecole);
 b) non attribuire al PS la scelta di terapie per le quali non ha competenza specifica.

Scenario STEMI 3**STEMI IN PRONTO SOCCORSO CON UTIC SPOKE E/O CARDIOLOGO DI GUARDIA:**

- terapia di supporto (morfina se dolore, O2 se desaturazione)
- misure di sicurezza (monitoraggio ecg in zona presidiata)
- aspirina 250 mg ev o 500 mg rapida per os
- nell'ordine: prasugrel 60 mg per os se età < 75 anni e in assenza di pregresso TIA o ictus, oppure ticagrelor 180 mg per os se non pregresso ictus, oppure clopidogrel 600 per os
- bolo di eparina 70 ui/kg ev (e, se possibile, infusione 1000 u/h)
- il Cardiologo contatta l'UTIC HUB per trasferimento in UTIC HUB
- il servizio 118 trasferisce il paziente con ambulanza medicalizzata

Razionale:

- a) lasciare al centro HUB la possibilità di trattamento con GPI o bivalirudina

Scenario SCA NSTEMI (NSTEMI/AI) 1**SCA NSTEMI/UA SUL TERRITORIO SOCCORSO CON AMBULANZA E INVIO DI ECG IN TELEMEDICINA A UTIC HUB, CON INDICAZIONE A TRASFERIMENTO IN UTIC HUB O SPOKE:**

- terapia di supporto (morfina se dolore, O2 se desaturazione)
- misure di sicurezza (monitoraggio ecg)
- aspirina 250 mg ev o 500 mg rapida per os
- fondaparinux 2.5 mg sc (in caso di insufficienza renale cronica severa: bolo ev di eparina non frazionata)
- clopidogrel 600 mg per os
- l'ambulanza contatta l'UTIC HUB per trasferimento in UTIC HUB o SPOKE; dopo la decisione dell'UTIC HUB l'ambulanza si indirizza all'UTIC indicata dalla centrale 118.

Razionale:

- a) ricoverare il pz nell'UTIC adeguata al suo rischio senza intasare inutilmente i centri HUB;
 b) lasciare al centro HUB o Spoke la possibilità di trattamento con GPI o bivalirudina;
 c) non attribuire all'equipaggio del 118 la scelta di terapie per le quali non ha competenza specifica, pur trattando immediatamente con tienopiridina che, considerando il tempo di intervento più lungo rispetto allo STEMI, ha sufficiente tempo per agire.

Scenario SCA NSTEMI (NSTEMI/AI) 2**SCA NSTEMI/UA IN PRONTO SOCCORSO SPROVVISTO DI UTIC E/O CARDIOLOGO:**

- terapia di supporto (morfina se dolore, O2 se desaturazione)
- misure di sicurezza (monitoraggio ecg in zona presidiata)
- aspirina 250 mg ev o 500 mg rapida per os
- fondaparinux 2.5 mg sc (in caso di insufficienza renale cronica severa: bolo ev di eparina non frazionata)

- clopidogrel 600 mg per os
- il medico del Pronto Soccorso contatta l'UTIC HUB inviando ECG per fax, per trasferimento in UTIC HUB o Spoke; il pz viene indirizzato all'UTIC indicata dalla centrale 118
- il servizio 118 trasferisce il paziente con ambulanza medicalizzata in UTIC HUB o Spoke

Razionale:

- a) ricoverare il pz nell'UTIC adeguata al suo rischio senza intasare inutilmente i centri HUB;
 b) lasciare al centro HUB o Spoke la possibilità di trattamento con GPI o bivalirudina;
 c) non attribuire al PS la scelta di terapie per le quali non ha competenza specifica, pur trattando immediatamente con tienopiridina che, considerando il tempo di intervento più lungo rispetto allo STEMI, ha sufficiente tempo per agire.

Scenario SCA NSTE (NSTEMI/AI) 3**SCA NSTEMI/UA IN PRONTO SOCCORSO CON UTIC SPOKE E/O CARDIOLOGO DI GUARDIA:**

- ricovero in UTIC
- terapia di supporto (morfina se dolore, O2 se desaturazione)
- misure di sicurezza (monitoraggio ecg)
- aspirina 250 mg ev o 500 mg rapida per os
- stratificazione clinica (instabilità emodinamica o aritmica, ischemia ricorrente) di rischio ischemico per porre o meno indicazione a coronarografia entro 2 ore
- stratificazione del rischio emorragico per la scelta della strategia farmacologica:
 - ✓ rischio emorragico elevato → clopidogrel 600 mg per os; fondaparinux 2.5 mg sc (in caso di insufficienza renale cronica severa: bolo ev di eparina non frazionata)
 - ✓ rischio emorragico non elevato → ticagrelor 180 mg per os; fondaparinux 2.5 mg sc (in caso di insufficienza renale cronica severa: bolo ev di eparina non frazionata)
- Si può contemplare una astensione da inibitore P2Y12 in caso di trasferimento entro 2 ore per evitare interferenza con eventuale cardiocirurgia
- se non ricorrono criteri di coronarografia urgente: ricovero in UTIC Spoke
- se coronarografia urgente (con GRACE risk score >140): il Cardiologo contatta l'UTIC HUB per trasferimento in centro HUB. Il servizio 118 trasferisce il paziente con ambulanza medicalizzata in UTIC HUB

Razionale:

- a) trasferire presto il paziente ad alto rischio;
 b) scegliere la terapia appropriata a seconda del rischio ischemico e emorragico;
 c) nel caso di rischio emorragico elevato possibilità nell'HUB di trattamento con bivalirudina o GPI solo in bolo;
 d) nel caso di rischio emorragico non elevato possibilità nell'HUB di trattamento con GPI bolo e infusione.

Nel caso di paziente con dolore toracico che giunga in PS con i propri mezzi, è indispensabile che il TRIAGE ospedaliero garantisca l'effettuazione di un ECG entro 10' dall'entrata del paziente, secondo protocolli dedicati che devono essere presenti in ogni PS regionale.

RETE DELLO STROKE

INTRODUZIONE

L'ictus cerebrale rappresenta una delle patologie più frequenti, collegata a un rilevante rischio di morte e disabilità residua. La complessità dei fattori di rischio e dei meccanismi lo rende una patologia di competenza multidisciplinare. Tuttavia, le peculiarità fisiopatologiche dell'organo bersaglio indicano nella componente neurologica un ruolo imprescindibile. È ampiamente condivisa l'indicazione delle Società Scientifiche che i risultati con maggiore significatività sul singolo soggetto si ottengono dalla trombolisi, ma sulla popolazione complessiva prevale l'efficacia delle Stroke Unit (SU); questo è dovuto al fatto che, mentre tutti i soggetti possono beneficiare del ricovero in Stroke Unit, solo una ridotta percentuale di essi è eleggibile per la trombolisi. Pertanto l'obiettivo della programmazione regionale è che la "rete" per l'assistenza all'ictus ischemico in fase acuta, dati i tempi strettissimi di intervento, sia strutturata in modo capillare sul territorio per quanto riguarda la trombolisi sistemica e l'assistenza in Stroke Unit, come espressamente indicato dalle Linee di Indirizzo nazionali recepite in sede di Conferenza Permanente Stato- Regioni del febbraio 2005.

DATI DELLO STROKE IN ABRUZZO

Nella Regione Abruzzo nel 2014 si sono osservati 5.689 ricoveri totali per Ictus, di cui 3.471 per ictus non emorragico. La media annuale dell'incidenza dell'ictus, considerando il periodo dal 2009 al 2013, è di 5.154 nuovi casi.

I Criteri di selezione per l'individuazione della casistica dell'ictus sono i seguenti:

- Dati ASDO 2014 della Regione Abruzzo
- Capitolo di diagnosi: 7 – Malattie del Sistema circolatorio
- ACC di Diagnosi: 109 "Vasculopatie cerebrali acute"
- I codici ICD 9 CM:

430	Emorragia subaracnoidea
431	Emorragia cerebrale
432	Altre e non specificate emorragie intracraniche
433	Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali
434	Occlusione delle arterie cerebrali
435	Iscemia cerebrale transitoria
436	Vasculopatie cerebrali acute, mal definite
437	Altre e mal definite vasculopatie cerebrali
438	Postumi delle malattie cerebrovascolari

Ricoveri ospedalieri per ictus – anno 2014

ASL	PRESIDIO OSPEDALIERO	SEDE	Ictus totale (da 430 a 436)	Non emorragico (433,434,436)
201	OSPEDALE CIVILE SS. FILIPPO E NICOLA	AVEZZANO	672	520
	OSPEDALE CIVILE SAN SALVATORE	L'AQUILA	470	281
	OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA	SULMONA	170	86
	OSPEDALE CIVILE	CASTEL DI SANGRO	115	37
	CASA DI CURA DI LORENZO	AVEZZANO	78	36
	CASA DI CURA INI CANISTRO	CANISTRO	22	9
	CASA DI CURA IMMACOLATA	CELANO	14	7
	CASA DI CURA SAN RAFFELE	SULMONA	8	0
	CASA DI CURA NOVA SALUS	TRASACCO	2	0
201 Totale			1.551	976
202	OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA	CHIETI	659	455
	OSPEDALE CIVILE RENZETTI	LANCIANO	407	305
	PRESIDIO OSPEDALIERO	VASTO	249	135
	OSPEDALE CIVILE "GAETANO BERNABEO"	ORTONA	102	51
	OSPEDALE MARIA SS. IMMACOLATA	GUARDIACRELE	43	20
	CASA DI CURA VILLA PINI	CHIETI	42	28
	OSPEDALE CIVILE	ATESSA	39	25
	CASA DI CURA SPATOCCO	CHIETI	18	6
202 Totale			1.559	1.025
203	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO	PESCARA	970	538
	OSPEDALE CIVILE S.MASSIMO	PERNNE	162	90
	CASA DI CURA PIERANGELI	PESCARA	130	60
	CASA DI CURA VILLA SERENA	PESCARA	98	65
	OSPEDALE CIVILE SS. TRINITA'	POPOLI	92	54
203 Totale			1.452	807
204	OSPEDALE CIVILE MAZZINI	TERAMO	665	455
	OSPED. MARIA SS. MA DELLO SPLENDORE	GIULIANOVA	188	80
	OSPEDALE CIVILE SAN LIBERATORE	ATRI	163	79
	OSPEDALE "VAL VIBRATA"	SANTOMERO	111	49
204 Totale			1.127	663
Totale complessivo			5.689	3.471

ANALISI DELL'OFFERTA

Con il DCA 11/13 la Regione Abruzzo ha approvato la riorganizzazione della Rete Assistenziale dell'Ictus, prevedendo una articolazione territoriale su 4 ambiti provinciali e l'individuazione di 4 Centri di Riferimento per Stroke Unit e Radiologia Interventistica. Nel contempo con la Determinazione n. DG18/57 Allegato A del 1 aprile 2014 la Regione Abruzzo ha individuato sei Centri autorizzati ad effettuare il trattamento trombolitico dell'ictus ischemico acuto secondo il protocollo SITS-ISTR.

Nelle tabelle successive vengono rappresentate l'offerta delle strutture pubbliche dedicate anche all'assistenza a pazienti con evento icale di tipo ischemico o emorragico e i Centri Autorizzati dalla Regione Abruzzo per il trattamento trombolitico:

Offerta Attuale della rete dell'ictus della Regione Abruzzo

DENOMINAZIONE PRESIDIO	DISCIPLINA				
	NEUROLOGIA	STROKE UNIT	NEUROCHIRURGIA	NEURORADIOLOGIA	CHIRURGIA VASCOLARE
OSPEDALE CIVILE S. SALVATORE - L'AQUILA		SI	SI	SI	SI
OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA - SULMONA	SI				
OSPEDALE SS FILIPPO E NICOLA - AVEZZANO	SI		SEDE OPERATIVA DELL'UCC DI L'AQUILA	SI	SI
OSPEDALE RIUNITI SS ANNUNZIATA - CHIETI	SI				SI
OSPEDALE RENZETTI - LANCIANO	SI	SI			
OSPEDALE PROVINCIALE - VASTO	SI				
OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO - PESCARA		SI	SI	SI	SI
OSPEDALE MAZZINI - TERAMO	SI		SI	SI	SI

Centri Autorizzati dalla Regione Abruzzo per il trattamento trombolitico

ASL	PRESIDIO OSPEDALIERO	REPARTO
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	L'Aquila	Stroke Unit c/o Clinica Neurologica
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	Avezzano	U.O. Neurologia
Lanciano-Vasto-Chieti	Lanciano	U.O. Neurologia
Lanciano-Vasto-Chieti	Chieti	Clinica Neurologia
Pescara	Pescara	Stroke Unit c/o U.O. Terapie Neurovascolari
Teramo	Teramo	U.O. Terapia Neurovascolare c/o Neurologia

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLO STROKE SECONDO IL DM 70/2015

In attuazione del DM 70/2015 che definisce gli standard delle Stroke Unit (Unità ospedaliere di trattamento per i pazienti con ictus).

Il modello organizzativo della Regione Abruzzo è quello di una rete di intervento territoriale coordinato dal servizio di Emergenza del 118 a cui si affianca una rete ospedaliera organizzata su due livelli:

- Stroke Unit di II Livello;
- Stroke Unit di I Livello.

Le varie strutture di questa rete sono collegate da servizio di trasporto sia primario che secondario (urgente e programmato), le cui modalità operative sono state definite con specifico protocollo organizzativo regionale (DCA 95/2015).

Nell'individuazione delle sedi di SU di I e II Livello sono stati applicati gli standard previsti dal Regolamento sia per l'articolazione della Rete che per l'individuazione delle unità operative delle discipline coinvolte nella rete stessa, confermando la scelta programmatica dei bacini di riferimento minimi per le discipline quoad vitam.

Più precisamente:

DISCIPLINA	BACINO DI UTENZA	NUMERO MASSIMO DI UOC	RETE ICTUS
NEUROLOGIA	150.000	9	7
NEUROCHIRURGIA	600.000	2	2
CHIRURGIA VASCOLARE	400.000	3	2

Stroke Unite di I livello

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura per la maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, dei seguenti standard:

- Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura;
- Un neurologo dedicato;
- Personale infermieristico dedicato;
- Almeno un posto letto con monitoraggio continuo;
- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale);
- Terapia fibrinolitica endovenosa;
- Pronta disponibilità Neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico);
- Disponibilità H24 di TC cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati e/o RM encefalo, RM DWI, angio-RM;
- Diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, ecodoppler TSA ed ecocardiografia;
- Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito), con il territorio e con una o più strutture riabilitative.

Stroke Unite di II livello

Le Stroke Unit di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per le SU di I livello, devono garantire i seguenti standard:

- Personale dedicato H24;
- Neuroradiologia H24 con TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale. Apparecchio da 1,5 Tesla per RM, RM-DWI, RM-PWI e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione;
- Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel H24;
- Neurochirurgia H24;
- Chirurgia vascolare H.24;
- Angiografia cerebrale;
- Fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza), trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- e intracranico;
- Embolizzazione di malformazioni AV, aneurismi, endoarteriectomia (urgenza);
- Craniotomia decompressiva;
- Clipping degli aneurismi.

Nell'individuazione degli Stroke di I e II livello è stato effettuato uno studio approfondito sui tempi di trasporto dei pazienti dai diversi centri abitativi ai centri di riferimento al fine di valutarne il rispetto e garantire così l'esito migliore. In situazioni di criticità la Regione prevede, tramite il sistema 118, l'impiego del trasporto non solo terrestre ma anche mediante elisoccorso che abbia un'attività diurna e notturna.

Il modello organizzativo così definito può portare il paziente ad essere trattato con la trombolisi endovenosa, quando indicata, nel tempo più breve dall'esordio dei sintomi e non oltre i 270 minuti secondo le indicazioni derivanti dall'ECAS III e dal SITS-ISTR.

La trombectomia/trombolisi intra-arteriosa è effettuabile nei presidi dotati di Neuroradiologia Interventistica e Neurochirurgia in sequenza di trattamento endovenoso e/o quando siano state superati limiti temporali di essa, su indicazione concorde del medico di Stroke Unit con il radiologo della Neuroradiologia.

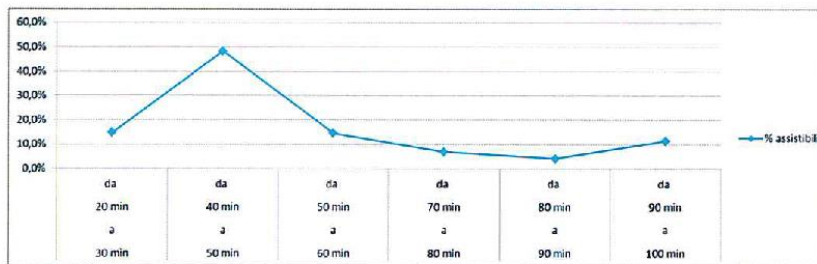
È stata inoltre condotta una analisi sui dati rilevati nell'anno 2014 sul rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure, tipologia delle cure stesse e rispetto dei tempi delle patologie tempo dipendenti.

TEMPI DI PERCORRENZA STROKE

A titolo esemplificativo si illustrano alcuni scenari concernenti la presenza o meno della stroke unit in un presidio ospedaliero di I livello con i relativi tempi di percorrenza.

Con Stroke Unit nel PO di Sulmona

tempi di percorrenza (min)				Abitanti	%
da	20 min	a	30 min	3.481	14,8%
da	40 min	a	50 min	11.309	48,2%
da	50 min	a	60 min	3.435	14,6%
da	70 min	a	80 min	1.622	6,9%
da	80 min	a	90 min	955	4,1%
da	90 min	a	100 min	2.666	11,4%
totale				23.468	100,0%



Dalla tabella si evince che il 14,8% della popolazione del bacino in studio riceve il trattamento con la trombolisi endovenosa tra i 30 e i 20 min e che il 77,6% della popolazione entro 1 ora.

Senza Stroke Unit nel PO di Sulmona

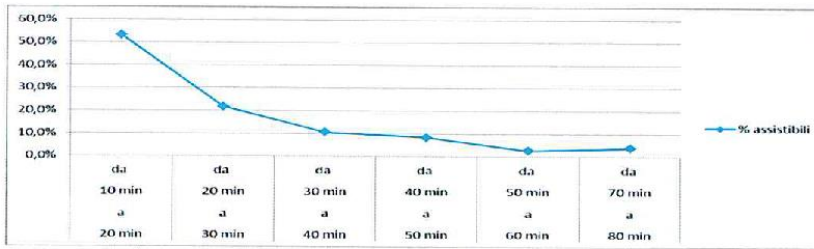
tempi di percorrenza (min)				Abitanti	%
da	40 min	a	50 min	965	4,1%
da	50 min	a	60 min	2850	12,1%
da	70 min	a	80 min	8441	36,0%
da	80 min	a	90 min	8096	34,5%
da	90 min	a	100 min	2399	10,2%
da	100 min	a	110 min	717	3,1%
totale				23.468	100,0%



I dati di cui sopra evidenziano che solo il 16,2% della popolazione del bacino di riferimento riceve il trattamento con la trombolisi endovenosa entro un'ora e che la percentuale più elevata di popolazione (70,5%) lo riceve tra i 70 e i 90 min.

Con Stroke Unit nel PO di Lanciano

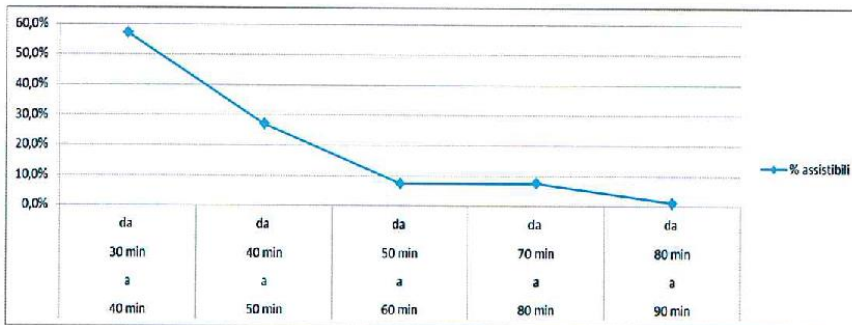
tempi di percorrenza (min)				Abitanti	%
da	10 min	a	20 min	61.989	53,1%
da	20 min	a	30 min	25.315	21,7%
da	30 min	a	40 min	12.302	10,5%
da	40 min	a	50 min	9.771	8,4%
da	50 min	a	60 min	3.026	2,6%
da	70 min	a	80 min	4.419	3,8%
totale				116.822	100,0%



Dalla tabella di cui sopra emerge che il 85,3 % della popolazione del bacino in studio riceve il trattamento di trombolisi endovenosa entro 40 min.

Senza Stroke Unit nel PO di Lanciano

tempi di percorrenza (min)				Abitanti	%
da	a	da	a		
30 min	40 min	66.647	57,1%		
40 min	50 min	31.580	27,0%		
50 min	60 min	8.662	7,4%		
70 min	80 min	8.767	7,5%		
80 min	90 min	1.166	1,0%		
totale				116.822	100,0%



I dati evidenziano che solo il 57,1% riceve un trattamento specifico per l'ictus entro 40 min.

Tale analisi ha determinato la seguente riorganizzazione delle **Stroke Unit di II livello**:

DENOMINAZIONE HUB	DISCIPLINA			
	NEUROLOGIA	NEUROCHIRURGIA	NEURORADIOLOGIA	CHIRURGIA VASCOLARE
OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE - L'AQUILA	13 PL	26 PL	SI	7 PL
OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO - PESCARA	18 PL	24 PL	SI	14 PL

Si precisa che pur avendo la Neurochirurgia di Teramo e la Neurochirurgia dell'Aquila (L'Aquila ed Avezzano) sostanzialmente lo stesso volume di attività, la scelta regionale di confermare la collocazione della Neurochirurgia nel PO S. Salvatore dell'Aquila è avvenuta principalmente in base :

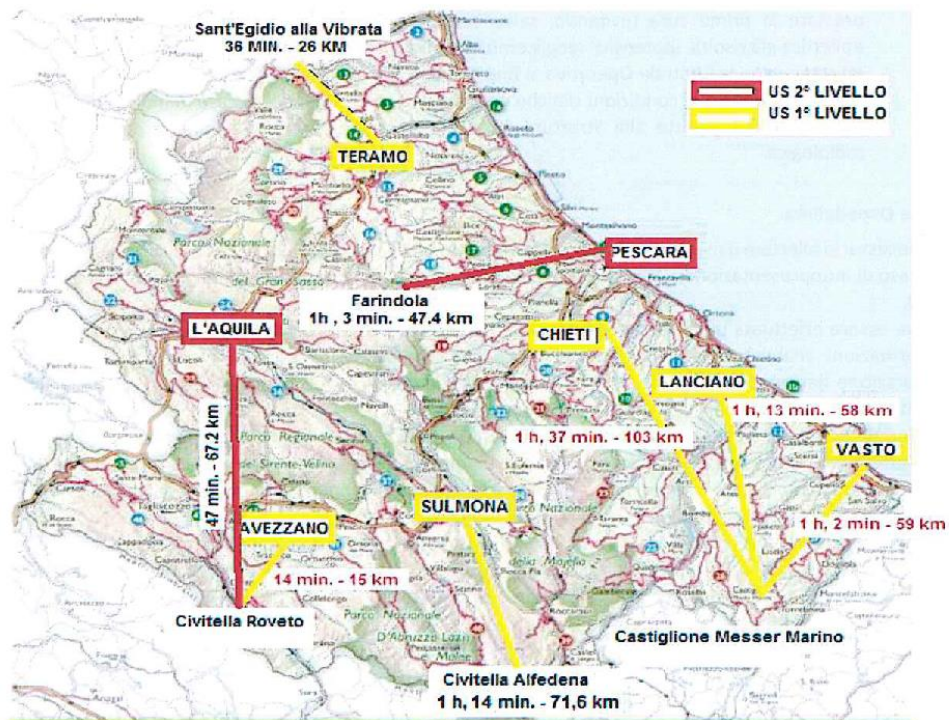
- alle tipologie di cure erogate nei due PO (la neurochirurgia di Teramo nell'anno 2014 ha effettuato prevalentemente prestazioni di tipo traumatologico mentre quella dell'Aquila ha effettuato prevalentemente interventi su cause che determinano ictus)
- agli esiti di cura rapportati ai volumi e al case-mix
- ai migliori tempi di percorrenza nelle macro aree di riferimento.

Al fine di garantire i volumi di prestazioni e i tempi di percorrenza, si prevede l'adozione di un modello dipartimentale tra il PO S. Salvatore dell'Aquila e il PO SS.Filippo e Nicola di Avezzano.

Le Stroke Unit di I livello sono localizzate nei PO di seguito elencati:

DENOMINAZIONE PRESIDIO	DISCIPLINA
	NEUROLOGIA
OSPEDALE SS.FILIPPO E NICOLA - AVEZZANO	13 PL
OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA - SULMONA	10 PL
OSPEDALE RIUNITI SS.ANNUNZIATA - CHIETI	20 PL
OSPEDALE RENZETTI - LANCIANO	25 PL
OSPEDALE PROVINCIALE - VASTO	19 PL
OSPEDALE MAZZINI - TERAMO	20 PL

RETE ICTUS



Rappresentazione geografica della nuova Rete dello Stroke

INDICATORI DI CARATTERE GENERALE PER LA GESTIONE DELLO STROKE**Fase Pre-Ospedaliera**

È necessario che la gestione del paziente con ictus preveda il trasporto primario verso il nodo della rete che maggiormente risponde alle necessità cliniche e assistenziali o comunque in un presidio ospedaliero provvisto di TAC. Infatti, la diagnosi dirimente tra ictus ischemico e ictus emorragico, può essere fatta solo con l'ausilio della tomografia assiale computerizzata. Ai fini dell'allocazione dei pazienti così diagnosticati verso un centro Hub (in caso di necessità di rescue o di ictus emorragico che necessita di intervento neurochirurgico e/o neuroradiologico) è assolutamente indispensabile l'attivazione della trasmissione di immagini e l'acquisizione dei trasporti secondari urgenti in carico al 118.

Nella fase preospedaliera la **Centrale Operativa 118** riveste un ruolo fondamentale nella ricezione dell'allarme sanitario poiché deve:

- riconoscere i segni di un ictus cerebrale attraverso le domande telefoniche strutturate (Cincinnati Prehospital Stroke Scale e FASTScale), assegnando al caso clinico il codice-ictus rosso;
- rilevare l'età del paziente e il momento di insorgenza dell'ictus, in modo da prevedere o eventualmente escludere la possibilità di praticare una trombolisi;
- provvedere all'allertamento del PS destinatario

L'equipe del 118 deve:

- raccogliere un'anamnesi più accurata di certezza sull'ora di insorgenza, sulle patologie concomitanti, sull'uso di farmaci anticoagulanti e su eventuali traumi;
- eseguire l'inquadramento diagnostico con particolare attenzione alle diagnosi differenziali (ipoglicemia e crisi epilettiche in particolare);
- prestare le prime cure (evitando, salvo casi particolari, sedativi o benzodiazepine in caso di crisi epilettica già risolta, ipotensivi, ipoglicemizanti, liquidi in eccesso etc.);
- interagire con la Centrale Operativa al fine di indirizzare il paziente con ictus verso il nodo della rete che meglio risponde alle condizioni cliniche del paziente, considerando, in caso di indicazione alla eventuale trombolisi, il trasporto alla Struttura Ospedaliera che può garantirla, previa naturalmente diagnosi radiologica.

Fase Ospedaliera

È necessario allertare il medico esperto nel trattamento dell'ictus (neurologo o internista) all'arrivo del paziente in caso di autopresentazione o allertare lo stesso se sono disponibili le informazioni, in caso di arrivo attraverso il 118.

Deve essere effettuata una valutazione generale immediata entro 10 minuti dalla presa in carico e, reperite le informazioni anamnestiche necessarie, si procede alla esecuzione dell'ECG, prelievo per esami ematici e valutazione neurologica da parte del neurologo o medico esperto focalizzata sul livello di coscienza (Glasgow Coma Scale) e gravità dell'ictus (NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale). Si procede alla esecuzione della TAC senza contrasto da eseguire entro 25 minuti dall'arrivo. Se la TAC è positiva per emorragia si valuta, contattando il neurochirurgo del centro Hub di riferimento, l'eventuale trasferimento del paziente. Se la TAC è negativa per emorragia, il neurologo o medico esperto valuta i criteri di inclusione/esclusione per la terapia trombolitica e procede comunque al ricovero del paziente.

All'arrivo del paziente il TRIAGE svolge un ruolo fondamentale nell'individuare o confermare il sospetto di ictus accelerando al massimo la presa in carico da parte del medico ed applicando i protocolli del triage regionale, che sono in corso di approvazione con successivo provvedimento.

RETE POLITRAUMA/TRAUMA MAGGIORE

INTRODUZIONE ED EPIDEMIOLOGIA

Il trauma nei Paesi occidentali è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori e la prima causa nella popolazione al di sotto dei 45 anni e, poiché interessa prevalentemente le fasce di popolazione attiva, costituisce un enorme costo sociale. Inoltre in molti traumatizzati residuano condizioni invalidanti che aggravano ulteriormente le sequele negative sia sul piano umano che economico per il paziente ed i suoi familiari.

Un approccio multidisciplinare al trattamento del paziente vittima di trauma rimane un caposaldo della buona cura del paziente, ogni istituzione deve sviluppare, implementare e aderire a un protocollo di gestione, che sarà adattato alla situazione locale.

I dati epidemiologici mostrano un tasso di mortalità std per traumi ed avvelenamenti (dati HFA 2012) piuttosto elevata nella Regione Abruzzo pari a 4,92 per 10.000, ben al di sopra del dato italiano pari a 3,88 per 10.000..

Analizzando il dato per provincia, si osserva una mortalità maggiore nella Provincia di Chieti (5,3 per 10.00). I dati di mortalità mostrano negli ultimi dieci anni una tendenza alla stabilità.

Nel 2013 15.445 pazienti sono stati ricoverati per trauma i (dati SDO 2013, diagnosi principali e secondarie, codici ICD 9 800-959) corrispondenti a 18500- ricoveri (comprendenti anche le riammissioni per trauma) e di questi 301 sono stati dimessi come deceduti.

Tuttavia, una esatta quantificazione dei pazienti con politrauma/trauma maggiore, attualmente non è possibile non esistendo nel sistema di classificazione ICD9 un codice corrispondente al Politrauma/trauma maggiore., in quanto nei codici sopra menzionati, relativi ai traumi e alle ustioni, sono compresi anche situazioni cliniche che poco sono assimilabili alla patologia in questione es :le punture di insetto e i postumi di frattura; è auspicabile quindi un' integrazione del sistema di classificazione ICD. Accanto a ciò e per lo stesso motivo diventa altrettanto difficile la raccolta dei dati attraverso il flusso EMUR che non ha un codice dedicato di riconoscimento se non per il 118

DEFINIZIONE

Si definisce TRAUMA MAGGIORE/POLITRAUMA: un evento caratterizzato da lesioni contemporanee a carico di due o più distretti corporei tale da essere, almeno in una sede, un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza. Le condizioni critiche del politraumatizzato e le molteplici lesioni che lo interessano rendono spesso difficile la gestione di questo tipo di pazienti che tuttora rappresentano una sfida nei dipartimenti d'emergenza di qualsiasi ospedale.

Clinicamente si considera "trauma maggiore/politrauma" una condizione caratterizzata da uno o più dei seguenti criteri clinici o situazionali. Tali criteri individuano una classe di pazienti con una elevata probabilità di presentare lesioni configurabili come trauma grave (cioè pazienti con un Injury Severity Score > 15) o punteggio del RTS <13 adulti e PTS <9 per i bambini

Criteri clinici

ADULTI

- Glasgow Coma Scale < 13
- PA < 90 mm Hg (adulto)
- Frequenza Respiratoria
- . RTS < 11 - PTS < 9
- Ferite penetranti a torace, addome, collo, pelvi, testa /collo, inguine
- Trauma da schiacciamento torace/addome
- Lembo mobile costale
- Frattura di 2 o più ossa lunghe prossimali
- Frattura cranica infossata
- Frattura di bacino sospetta instabile
- Lesione neurologica con paralisi dell'arto
- Trauma associato ad ustioni di 2°-3° grado > 15% superficie corporea
- Ustioni 2°-3° grado > 30% superficie corporea
- Ustioni di qualsiasi grado interessanti le vie aeree

BAMBINI

- Alterato
riempimento capillare>2sec
< 10 o > 29 <15 o>40

- Ustioni da elettricità/Fulmine
- Ustioni Chimiche
- Trauma al rachide con deficit neurologico (anche sospetto)
- Amputazione prossimale sopra il polso o caviglia

Criteri situazionali/di contesto

- Caduta da > 5 metri
- Pedone urtato da veicolo e proiettato a > 3 m. dal punto d'impatto
- Arrotamento
- Deformazione lamiera veicolo > 50 cm.
- Intrusione lamiera nell'abitacolo > 30 cm. (lato paziente) o 40 cm. (lato opposto)
- Precipitazione veicolo > 3 m.
- Cappottamento autoveicolo
- Occupante del veicolo proiettato all'esterno
- Ciclista/motociclista proiettato a > 3 m. dal punto d'impatto
- Presenza di soggetto deceduto per l'impatto nello stesso veicolo
- Necessità di estricazione prolungata

Ulteriori criteri clinico anatomici di sede lesione per la centralizzazione del trauma grave:**Trauma cranico**

- GCS<9 (o perdita di 2 o più punti tra due valutazioni)
- Segni neurologici focali
- Fratture affondate
- Trauma penetrante

Trauma volto e collo

- Trauma penetrante con lesioni vascolari maggiori e/o vie aeree a rischio

Trauma vertebrale

- Trauma midollare (paraparesi/plegia)

Trauma toracico

- Trauma penetrante
- Lesioni toraciche chiuse complesse
- Volet costale da sottoporre a terapia chirurgica
- Rottura di trachea e lacerazione dell'esofago

ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE

Nella tabella seguente sono riportati i dati dei posti letto dedicati per disciplina presenti ad oggi in Regione Abruzzo (dati HSP 2014) nei presidi individuati quali Centri HUB dalla precedente programmazione (DCA 11/2013).

Dotazione di PL degli HUB

DENOMINAZIONE PRESIDIO	DISCIPLINA								
	CARDIOCHIRURGIA	CHIRURGIA GENERALE	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	CHIRURGIA TORACICA	CHIRURGIA VASCOLARE	NEUROCHIRURGIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	UROLOGIA	TERAPIA INTENSIVA
OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE - L'AQUILA		30	3		4	22	20	12	8
OSPEDALE RIUNITI SS. ANNUNZIATA - CHIETI	20	51	1	X	13		20	18	14
OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO - PESCARA		47	XX	15	8	20	40	16	16
OSPEDALE MAZZINI - TERAMO	22	34	XXX	11	17	22	27	18	17

Note:

X Nel PO di Chieti è presente l'UO di Chirurgia Generale ad Indirizzo Toracico, sede della Scuola di Specializzazione di Chirurgia Toracica.

XX Nel PO di Pescara è presente una UOSD di Chirurgia maxillo-facciale che ha PL accorpati alla UOC di Otorino.

XXX Nel PO di Teramo è presente una UOS di Chirurgia maxillo-facciale.

Dotazione Attuale delle discipline afferenti ai Presidi con Pronto Soccorso

ASL	Descrizione	CHIRURGIA GENERALE	ORTOPEDIA E TRALIMATOLOGIA	CHIRURGIA VASCOLARE	NEUROCHIRURGIA	CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE	URCLOGIA	TERAPIA INTENSIVA O ANESTESISTA/RIANIMATORE
AV-SUL-AQ	OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA-SULMONA	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI
	OSPEDALE CIVILE SS. FILIPPO E NICOLA-AVEZZANO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI
	OSPEDALE CIVILE-CASTEL DI SANGRO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	ANESTESISTA/RIAN
LA-VA-CH	OSPEDALE CIVILE RENZETTI-LANCIANO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI
	PRESIDIO OSPEDALIERO-VASIO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI
	OSPEDALE CIVILE-ALESSANDRIA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	ANESTESISTA/RIAN
FESCARA	OSPEDALE CIVILE "GAETANO BERNABEO"-ORTONA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	ANESTESISTA/RIAN
	OSPEDALE CIVILE S.MASSIMO-PENNE	SI	SI	NO	NO	NO	NO	ANESTESISTA/RIAN
	OSPEDALE CIVILE SS. TRINITA'-POPOLI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	ANESTESISTA/RIAN
TERRAMO	OSPED. MARIA SS.MA. DELLO SPLENDORE-GIULIANOVA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI
	OSPEDALE CIVILE SAN LEONARDO-A TRI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI
	OSPEDALE "VAL VERRATA"-SANTOMERO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI

RIORGANIZZAZIONE DEL POLITRAUMA SECONDO IL DM 70/2015

Il DM 70/2015 prevede l'attivazione di un sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT) e definisce i requisiti che devono possedere le strutture ospedaliere connesse alla rete del Trauma classificandole in:

- Presidio di Pronto Soccorso per Traumi (PST)
- Centro Traumi di Zona
- Centro Traumi di Alta Specializzazione

Presidio di Pronto Soccorso per traumi (PST). Si colloca in un ospedale Spoke o DEA di I livello e garantisce il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni potenzialmente pericolose per la sopravvivenza del paziente prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore.

Centro traumi di zona (CTZ). Si colloca in una struttura sede di DEA di I livello e garantisce H24, il trattamento in modo definitivo di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità, in modalità H24. Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Personale addestrato alla gestione del trauma;
- Area attrezzata di accettazione (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie;
- Chirurgia generale;
- Anestesia e Rianimazione;
- Medicina d'Urgenza;
- Ortopedia;
- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT;
- Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale;
- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica ed eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato.

Centri Trauma Di Alta Specializzazione (CTS). Si colloca in una struttura sede di DEA che affluisce anche funzionalmente ad un DEA di II livello e garantisce H24 il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni salvo alcune funzioni particolarmente specifiche svolte in centri regionali/sovraregionali. Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Personale addestrato alla gestione del trauma
- Area attrezzata di accettazione per il trauma (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie
- Chirurgia generale
- Anestesia e Rianimazione - Medicina d'urgenza
- Ortopedia
- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT
- Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale
- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato

In attuazione degli standard richiesti dal Regolamento Ospedaliero, la riorganizzazione della rete per il Trauma viene articolata secondo il modello Hub e Spoke, con l'obiettivo che la presa in carico del paziente dal luogo dell'evento avvenga nel centro più appropriato alla sua gravità.

IL SISTEMA INTEGRATO PER L'ASSISTENZA AL TRAUMA – SIAT

Nell' Accordo Stato-Regioni del 4 aprile 2002 viene definito il SISTEMA INTEGRATO DI ASSISTENZA PER IL TRAUMA MAGGIORE – SIAT come area territoriale geograficamente definita entro cui viene realizzato un sistema integrato di gestione dei traumatizzati maggiori costituito dai Servizi di Emergenza territoriale, una rete di ospedali tra loro funzionalmente connessi (Centri Trauma) e da strutture di riabilitazione.

Secondo il modello SIAT tutti i traumi con criteri di triage indicativi di trauma maggiore devono essere trasportati al Centro Trauma in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità, al fine di rispettare il più possibile il principio di Centralizzazione primaria, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitiva.

In caso di impossibilità al controllo e al trattamento in sede extraospedaliera dell'instabilità respiratoria e/o cardio-circolatoria da parte del personale sanitario, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino ospedale inserito nella rete per poi essere trasferito se necessario alla struttura di livello superiore (Centro Trauma), una volta ottenuto il controllo delle funzioni vitali (Centralizzazione secondaria).

Per il raggiungimento degli obiettivi di programmazione della Rete trauma, nella Regione Abruzzo sono in corso di attivazione le seguenti azioni:

- implementare il sistema 118 per coordinare anche i trasporti secondari urgenti;
- utilizzare avendola disponibile, la telemedicina che consente con rapidità di trasferire le immagini ed i dati tra strutture ma anche, dal territorio all'ospedale per formulare la diagnosi precisa e decidere il percorso assistenziale migliore fin dal luogo dell'evento;
- attivare un sistema regionale di rilevazione in tempo reale dell'effettiva disponibilità dei posti letto specialistici (quali ad esempio: Rianimazione - Terapia Intensiva, Chirurgia Generale, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo Facciale, Urologia, Ortopedia e Traumatologia) in capo alle centrali operative del 118. Progetto già in fase di avvio nel territorio regionale.
- attivare un rapporto di collaborazione bidirezionale, tra le strutture, per l'assistenza al paziente critico al fine di intervenire tempestivamente ed efficacemente evitando la congestione solo dei centri a elevata intensità di cure;
- introdurre sistematicamente l'Audit clinico quale mezzo per implementare le linee guida e per verificare l'attività svolta tra i professionisti dei diversi centri (propedeutico all'istituzione di un Registro Trauma Regionale in accordo con i flussi informativi ministeriali).
- formare gli operatori secondo standard internazionali e univoci attraverso la Formazione ECM e la formazione sul campo da programarsi nel Piano Formativo Regionale ECM

Il principio operativo di centralizzazione permette non solo di ottenere la concentrazione della patologia maggiore in poche sedi ove vengono predisposte le risorse specifiche (con quindi evidente contenimento dei costi del sistema), ma anche di consentire un addestramento adeguato e continuativo delle équipes di sanitari.

Vista la specificità oro-geografica, nella Regione Abruzzo vengono identificati quattro Sistemi integrati di assistenza ai traumi (SIAT) che sono:

- SIAT dell'Area provinciale dell'Aquila
- SIAT dell'Area provinciale di Teramo
- SIAT dell'Area provinciale di Chieti
- SIAT dell'Area provinciale di Pescara

L'assistenza ai traumatizzati maggiori nel contesto del SIAT si configura in una Fase territoriale (coordinato dalle Centrali Operative del sistema 118, CO dell'Aquila e CO dell'Area metropolitana), in una Fase ospedaliera e

una Fase Riabilitativa cui provvedono le strutture di Unità di medicina fisica e riabilitativa di alta specializzazione, (l'Unità Spinale Unipolare e le Unità per Cerebrolesioni acquisite), le Unità di Medicina fisica e riabilitativa intensiva e le Strutture riabilitative territoriali (riabilitazione estensiva residenziale, riabilitazione domiciliare e ambulatoriale)

La Fase Ospedaliera è costituita da:

- Il CTS viene individuato nel Presidio Ospedaliero di Pescara. Tale individuazione è il risultato di una analisi condotta a livello regionale in cui si evidenzia che il PO di Pescara rappresenta la struttura ospedaliera regionale in cui vengono registrati, nell'anno 2015, il numero maggiore di ricoveri urgenti ordinari con diagnosi principale di traumi, che sono il 20% del totale regionale. Il CTS è connesso funzionalmente anche attraverso il coordinamento delle CO del sistema 118 con il Centro Grandi ustioni, Centro Antiveleni, Centro per il trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia di Regioni limitrofe con le quali vengono sottoscritti specifici accordi.
- I CTZ individuati nei PO dell'Aquila, di Teramo e di Chieti
- I PST individuati nei PO di L'Avezzano-Lanciano e Vasto.

I traumi minori possono essere trattati anche in Pronto Soccorso di presidi non individuati nella rete del Trauma.

La modulazione dell'assistenza secondo livelli di complessità, con centralizzazione dei casi più complessi in poche sedi, favorisce l'efficienza del sistema e presuppone l'esistenza di un percorso clinico assistenziale nell'emergenza (Pcae) che parte da territorio per i pazienti con trauma grave che consenta un riconoscimento tempestivo a partire dal momento stesso dell'evento che lo ha provocato. Per garantire una tempestiva presa in carico da parte del CTZ, devono essere applicati protocolli concordati, che verranno definiti anche per la precoce presa in carico da parte del PST dei pazienti, che hanno risolto presso il CTZ la fase acuta e non richiedono più trattamento specialistico.

Come precedentemente richiamato, deve essere previsto tempestivo collegamento di trasmissione di dati e immagini in tempo reale, anche dal territorio, corredato di relativo protocollo per i Pcae con i CTS fuori regione individuati per quelle specialità sovra regionali quali, ad esempio, Centro Grandi Ustionati, centri di riferimento per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e microchirurgia,

È necessario inoltre ricordare che il modello così configurato deve assicurare anche l'integrazione con le Strutture di riabilitazione in modo da garantire con tempestività sia la precoce riabilitazione del soggetto gravemente traumatizzato nella fase del ricovero in acuzie che la successiva presa in carico, in rapporto alla situazione clinica del paziente, da parte delle strutture che operano nella fase post-acuta (Unità di Risveglio, Unità Spinali, U.O. di Riabilitazione).

I dati elaborati dal file ASDO 2014 della Regione Abruzzo rilevano una percentuale del 20% di traumi cerebrali rispetto al totale dei pazienti traumatizzati. Questo spiega il ruolo principale della neurochirurgia all'interno del sistema integrato di gestione dei traumatizzati gravi e la conseguente scelta programmatica, per la gestione ottimale del paziente, di una organizzazione flessibile con accordi e integrazione interaziendale per le Asl di Avezzano-Sulmona-L'Aquila e di Teramo per la disciplina di neurochirurgia (art.1, comma5, lettera5, DM70/2015). Il Pronto Soccorso di Base deve compiere interventi di stabilizzazione e cura del paziente traumatizzato, di ricovero o di trasferimento urgente al centro Spoke o Hub di riferimento.

Obiettivo ulteriore è quello di migliorare l'effettivo funzionamento della rete integrata traumatologica, con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini. I centri coinvolti nella rete Trauma dovranno essere connessi tra loro con sistemi di trasmissione a distanza delle immagini rispettando la classificazione degli stessi per intensità di cura.

Per queste patologie, devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente interospedaliero protetto del paziente gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

Nuovo assetto organizzativo Rete per il Trauma

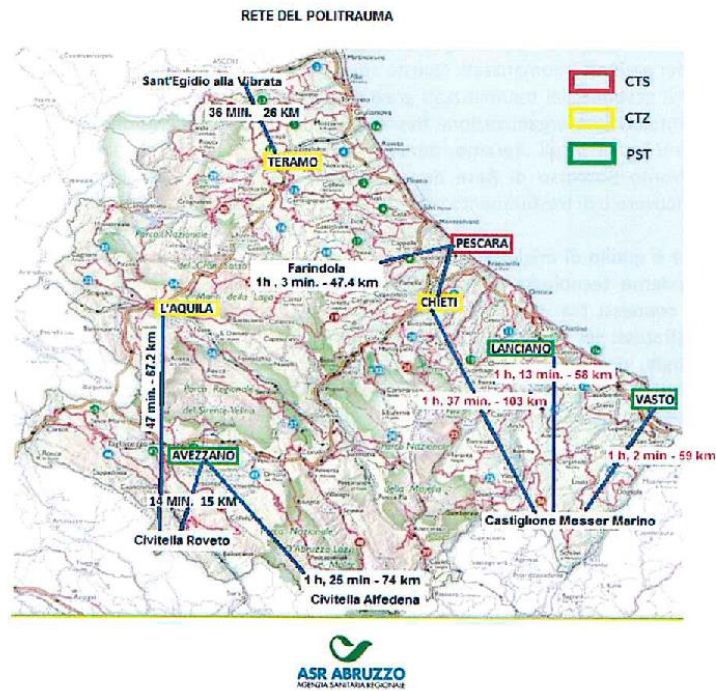
ASL	CTS	CTZ	PST
ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA		OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE - L'AQUILA	OSPEDALE SS.FILIPPO E NICOLA - AVEZZANO
ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI		OSPEDALE RIUNITI SS.ANUNZIATA - CHIETI	OSPEDALE RENZETTI - LANCIANO OSPEDALE PROVINCIALE - VASTO
ASL PESCARA	OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO - PESCARA		
ASL TERAMO		OSPEDALE MAZZINI - TERAMO	

Nella tabella seguente vengono identificate le allocazioni delle discipline a più alta complessità che afferiscono alla nuova Rete per il trauma sia nel CTS che nei CTZ.

PRESDIO OSPEDALIERO	CHIRURGIA GENERALE	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	MEDICINA D'URGENZA	ORTOPEDIA	NEUROCHIRURGIA	STROKE UNIT	NEUROLOGIA	CHIRURGIA VASCOLARE	CHIRURGIA TORACICA	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	CHIRURGIA PLASTICA	CARDIOCHIRURGIA con TIC
OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE - L'AQUILA	29 PL	8 PL	SI	24 PL	26 PL	II LIVELLO	SI			5 PL		
OSPEDALE MAZZINI - TERAMO	49 PL	9 PL	SI	23 PL	22 PL*	I LIVELLO		10 PL	17 PL			25 PL
OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO - PESCARA	49 PL	17 PL	SI	47 PL	24 PL	II LIVELLO	SI	14 PL	12 PL		7 PL	
OSPEDALE RIUNITI SS.ANUNZIATA - CHIETI	25 PL	14 PL	SI	22 PL		I LIVELLO						20 PL

* Nel definire il modello organizzativo dei singoli presidi, la Regione provvede ad assicurare modalità di integrazione aziendale e interaziendale attraverso specifici accordi. In considerazione dell'attività rivolta soprattutto a patologie traumatologiche del PO di Teramo, così come evidenziato dallo studio effettuato dall'ASR Abruzzo, tali accordi terranno conto che l'unità complessa di Neurochirurgia di Teramo risulta a termine in coincidenza 1° semestre 2019, allorché l'armonizzazione dei diversi dipartimenti si è strutturalmente definita.

Rappresentazione geografica della nuova Rete del Politrauma



ALTRE RETI PER PATOLOGIA

Nel punto 8.1.1 dell' Allegato 1 del DM 70/2015 si prevede la programmazione di altre reti per patologie oltre a quelle tempo dipendenti e specificatamente:

- rete medicine specialistiche;
- rete oncologica;
- rete pediatrica
- rete trapiantologica;
- rete del dolore;
- rete malattie rare.

Per la Rete del dolore la Regione Abruzzo in questi anni ha già avviato una programmazione istituendo attraverso 2 Delibere di Giunta Regionale (DGR) , la n. 616 del 12 settembre 2011 e la n. 300 del 21 maggio 2012, i Gruppi di Coordinamento per l'implementazione e la gestione della Rete regionale delle Cure Palliative e della rete Regionale della Terapia del dolore, a norma della Legge n.38/2010. Con il decreto del Commissario ad Acta n. 7/2015 ha individuato sia il centro HUB che i centri Spoke regionali e ha istituito il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la gestione del dolore nel paziente oncologico in stato non avanzato di malattia, in conformità con quanto previsto dagli adempimenti LEA.

Con il riordino della rete ospedaliera ai sensi del DM/70, la Regione Abruzzo riconosce alla rete oncologica la stessa rilevanza delle reti tempo dipendenti al fine di garantire una copertura assistenziale di tutta la Regione, anche nei territori più periferici, utilizzando i bacini minimi per le discipline afferenti alla rete oncologica nell'individuazione delle UOC. Inoltre la Regione ai sensi dell' Intesa stato regioni del 10 febbraio 2011 riguardante il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011- 2013" e di quella del 30 ottobre 2014 "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden di malattia del cancro per gli anni 2014- 2016" ha istituito gruppi di lavoro regionali multidisciplinari per l'elaborazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) di tumori specifici e in particolare per il tumore del colon-retto, per il tumore della mammella e per il tumore del polmone. La scelta di tali patologie è stata dettata dal Piano Nazionale di monitoraggio dei tempi di attesa che individua le stesse come oggetto di monitoraggio dei tempi per la fase diagnostica e per la fase terapeutica. La Regione programma che gli stessi gruppi avranno il compito di individuare il migliore modello organizzativo delle diverse reti al fine di favorire sinergie di percorsi, continuità di cure e fruibilità dell'alta specializzazione.

MONITORAGGIO SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

La Regione prevede di attivare attraverso il suo organo tecnico, l'ASR Abruzzo, un monitoraggio continuo sullo stato di attuazione della rete ospedaliera attraverso l'utilizzo di:

- indicatori proposti nel Patto per la Salute 2010-2012 per la misura ed il monitoraggio dell'Appropriatezza organizzativa in ambito ospedaliero:
 1. Degenza media preoperatoria;
 2. Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dal ricovero;
 3. Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico;
 4. Percentuale di ricovero con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri;
 5. Percentuale di ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza;
 6. Percentuale di ricoveri DH medici diagnostici sul totale dei ricoveri DH medici;
 7. Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici;
 8. Percentuale di ricoveri oltre soglia sul totale di ricoveri ordinari medici di pazienti con età ≥ 65 anni;
- Indicatori di volumi ed esiti specifici per le patologie tempo dipendenti
- Indicatori che analizzano il rispetto dei tempi previsti per le patologie tempo dipendenti
- Indicatori specifici per l'attività del Pronto Soccorso
- Indicatori specifici per l'attività dell'Osservazione Breve
- Indicatori specifici per l'attività dei Punti di Primo Intervento

CRONOPROGRAMMA

I provvedimenti attuativi del presente documento, nel rispetto di quanto previsto all'art. 1 comma 2 del DM70/15, verranno assunti con specifici atti programmatici che garantiranno il progressivo adeguamento agli standard di Legge.

RETE DELL'EMERGENZA URGENZA TERRITORIALE

La Regione Abruzzo, con il DCA n. 95/2015 del 28 settembre 2015 "Programma di qualificazione della Rete Emergenza Urgenza Territoriale" ha approvato l'implementazione e la riqualificazione della Rete al fine di ottenere una copertura assistenziale del territorio abruzzese che sia garante di sicurezza e di efficacia e coerente con gli standard del DM 70/2015.

È di tutta evidenza, come ribadito nelle indicazioni del DM 70/2015, che l'obiettivo di un riordino e di una riqualificazione della rete emergenziale richiede la costituzione di un sistema basato da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro, sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui la rete dell'offerta è inserita.

Centrale Operativa 118

Il sistema di emergenza territoriale attualmente è costituito da n. 4 Centrali Operative: L'Aquila, Chieti, Pescara e Teramo.

La Regione, in funzione del bacino di riferimento previsto dal Decreto 70/15, 1 centrale operativa ogni 600.000 abitanti, ha attuato una revisione organizzativa delle CO118 prevedendone due, di cui una localizzata presso l'Ospedale Civile S. Salvatore dell'Aquila e una identificata nell'area metropolitana Chieti-Pescara.

In tale contesto ha programmato, con azioni in corso di realizzazione, l'istituzione del Centro di Coordinamento Regionale 118 per le patologie tempo dipendenti, costituito dalle due Centrali Operative 118, per consentire la integrazione funzionale e la comunicazione tra i diversi centri e unità operative coinvolte nel sistema emergenziale attraverso un sistema informatico.

La decisione di realizzare due Centrali Operative 118 deriva anche da una accurata analisi da parte del CREA, Comitato Regionale Emergenza-urgenza Abruzzo", dei costi e dei benefici connessi a tutte le condizioni organizzative ed operative necessarie alla realizzazione delle due CO118, con l'ulteriore e non affatto marginale obiettivo di assicurare, anche in condizioni critiche (catastrofi, terremoti, ecc.), la continuità del servizio.

L'allocazione di una CO 118 nella città di L'Aquila deriva in attuazione a una specifica convenzione tra la Regione Emilia-Romagna – Agenzia regionale di Protezione Civile e la ASL di Avezzano Sulmona L'Aquila in seguito all'evento sismico del 2009. Al riguardo, con deliberazione del Direttore Generale n. 1415 del 12/08/2014 la ASL Avezzano Sulmona L'Aquila ha indetto la gara di appalto per l'affidamento dei servizi tecnici relativi alla progettazione preliminare da porre a base di gara per la realizzazione dei lavori e, successivamente, con determinazione aziendale n. 64 del 23/09/2014 ha provveduto ad affidare l'incarico di progettazione preliminare per la realizzazione dell'opera. Si evince che l'iter amministrativo per la realizzazione dell'opera è stato avviato, tuttavia, ad oggi, non si hanno effettive certezze in ordine ai tempi di completamento della struttura da destinare a sede della Centrale Operativa 118 de L'Aquila.

L'allocazione e la contemporanea messa a regime dell'altra CO 118 nell'area metropolitana Chieti-Pescara è nata dall'esigenza di una distribuzione geografica baricentrica tra le due aree di L'Aquila e Teramo e quella di Chieti e Pescara.

Postazioni Territoriale del sistema 118

Sempre secondo il Decreto n.70 del 2 aprile 2015, la definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale è stata individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Km², applicando successivamente anche un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali.

Nel calcolo delle postazioni territoriali si è tenuto conto anche della peculiare risposta organizzativa del 118, scelta ad esempio con l'affidare o meno al 118 la totalità dei trasporti non solo secondari urgenti ma anche dei trasporti ordinari, in alcune regioni attualmente a carico dei presidi ospedalieri ed in altre a carico del servizio 118.

Il punto di partenza dello studio sulla copertura assistenziale del territorio abruzzese è stato quello di analizzare per ogni singola ASL il reale fabbisogno secondo i seguenti parametri:

- Numero e gravità interventi degli interventi per area;
- Codici di gravità e patologie prevalenti
- Tipologia del territorio
- Popolazione residente e flussi migratori

- Fabbisogno emergenziale territoriale
- Vie di comunicazione
- Vincoli orografici e climatologici
- Tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente

I criteri oggettivi di riqualificazione e ridefinizione del numero delle postazioni territoriali del sistema 118 assumono valore di garanzia, di sicurezza ed efficacia del sistema della rete dell'Emergenza-Urgenza Regionale. Tutto ciò ha comportato una riorganizzazione delle postazioni territoriali da 53 PTS (Postazioni Territoriali del Sistema) 118, derivanti dalla precedente programmazione (DCA 11/13) a 59 PTS 118 al fine di garantire con la rete dell'Emergenza-Urgenza Regionale sicurezza ed efficacia del sistema in tutto il territorio.

Il sistema delle Postazioni Territoriali 118 della Regione Abruzzo è riportato nella tabella seguente:

ASL	TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
AVEZZANO- SILVANO- LAQUILA	MSA	LAQUILA	0124
		AVEZZANO	0124
		SILVANO	0124
		CASTEL DI SANGRO	0124
		CASSOLI	0124
		SAVILEI	0124 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		MONTURALE	0124 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		PESCASSOLI	0124 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		PESCINA	0124
		TAGLIACOZZO	0124
		PRATO A PELIGNA	0112 DIURNO
		CASTEL VUCCHIO SUDDEQUO	0112 DIURNO INDIA
		SCANSO	0112 DIURNO
		CAMPO DI GIOVE	0112 NOTTURNO
	TOTALE N.13 (3 MEDICO/INDIA + 1 INDIA)		
	MSB	VALLE ROVATO	0124
		LAQUILA	0124
		SILVANO	0124
		AVEZZANO	0124
		TRASCASSO	0112 DIURNO
ROCCA DI MIZZO		0112 DIURNO	
TOTALE N.6			
TOTALE ASL 19			
LANCIANO-VASTO- CHIETI	MSA	CHIETI	0124
		LANCIANO	0124
		VASTO	0124
		ORTONA	0124
		FRANCAVILLA/PASSO LANCIANO	0124 ESTIVO/014 DICEMBRE-APRILE (FRANCAVILLA) 0110 DICEMBRE-APRILE (PASSO LANCIANO)
		ATESSA	0124
		CASOLI	0124
		GIARDIAGRILE	0124
		SAN SALVO	0124
		CHIESI	0124
		CASTIGLIONE MESSER MARINO	0124
	VILLA SANTA MARIA	0124	
	TORRICELLA PELIGNA	0124	
	LAMA DEI PELIGNI	0124	
	TOTALE N. 14		
	MSB	CARINCHIO	0112 DIURNO
TORREBRUNA		0112 NOTTURNO	
TOTALE N.1			
TOTALE ASL 15			
PESCARA	MSA	PESCARA	0124
		MINUSCIVANO	0124
		PERANE	0124
		SCAFI	0124
		POPELE	0124
		PIANELLA	0124
		PESCARA SUD	0124
	TOTALE N.7		
	MSB	PESCARA SUD	0124
		PESCARA NORD	0124
PESCARA CENTRO		0119 DIURNO	
VALPESCARA	0112 DIURNO		
CATRIGNANO	0112 NOTTURNO		
TOTALE N.4			
TOTALE ASL 11			
TERAMO	MSA	TERAMO	0124
		ATRI	0124
		GIULIANOVA	0124
		SANT'OMERO	0124
		MARSA ABRATICA	0124
		ZAMPETTI DI ASSIANO	0124
		ROSITO	0124
	TOTALE N.7		
	MSB	TERAMO	0124
		SIETI	0124
		MARFINSICURO	0124
		MONTORO	0124
		ISOLA DEL GRAN SASSO	0112 DIURNO
		NOVARO	0112 NOTTURNO
BISSENTI		0112 NOTTURNO	
S. EGIDIO	0112 DIURNO		
CASTELNUOVO	0112 DIURNO		
TOTALE N.7			
TOTALE ASL 14			
TOTALE REGIONALE 59 (41 MSA di cui 3 MEDICO/INDIA e 1 INDIA + 18 MSB)			

Punti di primo Intervento

La Regione Abruzzo, già nei precedenti cicli di programmazione della Rete Ospedaliera, aveva previsto con la Deliberazione del Commissario ad Acta n.45 del 05/08/2010 l'attivazione dei Punti di Primo Intervento (PPI) all'interno dei Presidi di bassa complessità, con la funzione di trattamento delle urgenze minori e stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato. Con tale atto venivano distinti i PPI in :

- Mobili (allestiti per esigenze estemporanee) o fissi (con numero di accessi < 6.000 se attivi 24 ore o < 3.000 se attivi 12 ore, assegnati al 118);
- Con numero di accessi >6.000 se attivi 24 ore o > 3.000 se attivi 12 ore.

Nelle indicazioni della Deliberazione veniva altresì evidenziata l'importanza dell'integrazione tra Hub, Spoke, PPI ed 118 al fine di garantire insieme una gestione dei percorsi clinici dei pazienti, con un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e trasporto dei malati con codici rossi e gialli ed afferenti alle reti delle patologie complesse. Analoga collaborazione si rende necessaria con i Distretti delle cure primarie per i codici a bassa gravità.

Con il Decreto del Commissario ad Acta n.11/13 del 20 febbraio 2013 "Rete Emergenza –Urgenza della Regione Abruzzo e Reti IMA-STROKE-Politrauma (Trauma Maggiore) Percorso Neurochirurgica" i Punti di Primo Intervento diventano strutture che afferiscono al DEA di riferimento e che sono distribuite sul territorio con orario H12e H24 secondo le esigenze locali disponendo di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto soccorso dell'ospedale di riferimento e a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità.

Il DCA 11/13 distingue i PPI in:

- PPI all'interno dei presidi di ASL , riconvertiti a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera
- Come postazione, fissa o mobile, distante da presidi ospedalieri, organizzata per esigenze stagionali in località turistiche e in occasioni di manifestazioni di massa, sportive, culturali, religiose etc..

Successivamente all'entrata in vigore del Decreto Ministeriale n.70/2015 del 2 aprile 2015: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" è stata prevista la possibilità di attivazione del PPI con le seguenti modalità organizzative:

- esclusivamente a seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post-acute oppure in una struttura territoriale;
- un periodo di tempo limitato;
- operativo nelle 12 ore e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne

Qualora gli accessi superino le 6.000 unità/anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura. Punti di primo intervento con casistica inferiore ai 6.000 accessi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale. Nei Punti di primo intervento non è prevista l'osservazione breve del paziente. Possono essere organizzati PPI anche per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa, gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema "118".

I Punti di Primo Intervento attualmente attivi nella Regione Abruzzo sono: Casoli, Gissi, Pescara e Tagliacozzo, mentre è ancora in corso la riconversione di Guardiagrele, a seguito della recente conclusione del contenzioso amministrativo.

Di seguito sono riportati gli accessi registrati dai Punti di Primo Intervento della Regione Abruzzo nell'anno 2014:

PUNTO DI PRIMO INTERVENTO	ANNO 2014
TAGLIACOZZO	7.568
PESCARA	8.234
CASOLI	6099
GISSI	3487

Dall'attuazione degli standard previsti del DM 70/2015 i presidi ospedalieri che risultano non rispondenti e che quindi subiranno un processo di riconversione sono:

- PO V. Emanuele di Atesa riqualificato in Ospedale di Comunità,
- PO G. Bernabeo di Ortona riqualificato ad attività elettiva di ricovero programmato come Polo Ospedaliero del PO di Chieti,
- PO SS. Trinità di Popoli riqualificato come Centro di Riabilitazione Regionale al cui interno sono mantenute alcune attività elettive di ricovero.

Nelle strutture sopra elencate la programmazione regionale prevede l'istituzione di Punti di Primo intervento che, avendo registrato nell'anno 2014 un numero di accessi superiore a 6.000 così come riportato nella tabella seguente, avranno tutti una tipologia ospedaliera, ovvero personale dedicato la cui responsabilità clinica

organizzativa è affidata al DEA di riferimento che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura.

DENOMINAZIONE STRUTTURA	ACCESSI ANNO 2014
ATESSA	10.426
ORTONA	18.462
POPOLI	11.718

Con il Decreto del Commissario ad Acta n.18 del 08/03/2016 "Punti di primo Intervento - recepimento ed Attuazione DM70/2015 del 02 aprile 2015" si demanda al CREA (Comitato Regionale Emergenza-urgenza Abruzzo) la definizione entro sei mesi del percorso di trasformazione, in postazioni medicalizzate del 118, dei Punti di Primo intervento regionali attivi presso i presidi ospedalieri dismessi con indicazione della tempistica dei relativi processi di trasformazione e delle misure organizzative atte a garantire il mantenimento, in favore della popolazione di riferimento, degli attuali livelli assistenziali.

OSPEDALE S. FILIPPO E NICOLA - AVEZZANO														
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'emergenza-urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modello MSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2016)	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimenti II*	N° Strutture complesse	Situazione attuale (al 01/01/2016)	Posti letto	N° Strutture semplici	N° Strutture complesse	Situazione programmata
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Cardiologia	08	9			1	11				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Chirurgia Generale	09	23	1	1	2	23			2	1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Chirurgia Vascolare	14	17			1	17				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Ematologia	18	3	1	1		2			1	1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Genetica	21	35			1	20				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Malattie endocrine, nutrizione e riemb.	19	1	1	1		1			1	1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Malattie infettive e tropicali	24	10			1	10			1	1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Medicina e chirurgia d'urgenza e d'urgenza	51	20			1	23				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Medicina Generale	28	4			2	2				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Nefrologia	30	4				2				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Neurochirurgia	32	4				13				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Neurologia	32	2				2				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Oculistica	34	15	1	1		2				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Oncologia (con posti letto)	64	20	1	1		20				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Ortopedia e Traumatologia	37	22			1	22				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Ostetricia e Ginecologia	38	8			1	8				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Otorinolaringoiatria	39	4			1	6				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Pediatria	66	4			1	1				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Pneumologia	49	6			1	6				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Terapie Intensive	49	6			1	6				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	6				6				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Urologia	43	8				8				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Lungodegenti	60	3			1	22				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Allergologia	01	3			1	2				1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Anatomia e istologia patologica	03									1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Radiologia	65				1					1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Emodialisi	54				1					1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Direzione Sanitaria di presidio										1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)										1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Farmacia ospedaliera										1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Laboratorio Centrali										1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Servizio Istituzionale										1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Angiologia	05				1					1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Medicina sportiva	15									1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Medicina legale	27									1
130003		POAVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Day surgery	98				1					1
		TOTALE				724	11	11	16	228	13	13	16	15



Codice Strutturale	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modello HSP '12 e '13-D.M. 5 dicembre 2006)	Situazione attuale (al 01/01/2016)				Situazione programmata		
						Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimento II*	N° Strutture complesse	Posti letto	N° Strutture semplici	N° Strutture complesse
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Cardiologia	08	13			1	11		1
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Chirurgia Generale	09	24	1	1	1	22		1
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Dermatologia	52							
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Ematologia	18	1						
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Malattie endocrine, nutrizione e ricambio.	19							
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Medicina del Lavoro	25							
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Medicina e chirurgia d'urgenza	51							
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Medicina Generale	26	21			1	23		1
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Neftologia	29				1			
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Neurologia	62	2				2		
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Neurologia	32	1				1		
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Oculistica	34	2			1	1		
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Oncologia (con posti letto)	64	1			1	2		
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Ortopedia e Traumatologia	36	24			1	24		1
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Ostetricia e Ginecologia	37	16			1	16		1
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Otorinolaringoiatria	38	3				1		
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Psidiaria	39	7			1	7		1
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Terapia Intensiva	46	8			1	8		1
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Unità operatoria nell'ambito della Cardiologia	50	8				8		
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Urologia	43	12			1	8		1
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Urologia	60					15		
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Anatomia e fisiologia patologica	03							
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Radiologia	69					1		
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Ematologia	54							
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Direzione Sanitaria di presidio								
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Farmacia ospedaliera								
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Laboratorio d'analisi								
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Medicina Nucleare (senza posti letto)								
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Servizio Iress/Assistenziale								
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Medicina sportiva	15							
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Medicina legale	27							
130302		PO SULLMONA 'DELL'ANNUNZIATA'	PO sede di Pronto Soccorso	Dentauri	57	2				2		
				TOTALE		146	9	9	10	160	14	5



PRESIDIO OSPEDALIERO CASTEL DI SANGRO							Situazione attuale (al 01/10/2016)			Situazione programmata		
Codice Struttura	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Classificazione nella rete dall'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2016)	Codice Disciplina (Modelli MSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Posti letto	N° Strutture semplici*	...di cui dipartimentali**	N° Strutture complesse*	Posti letto	N° Strutture semplici*	N° Strutture complesse*	
130004	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Cardiologia	08				1				
130005	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Chirurgia Generale	09	12				2			
130005	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Malattie endocrine, nutrizione e ricambi.	19			1				1	
130005	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Medicina e chirurgia deconfezione e urgenza	51							1	
130005	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Medicina Generale	20	19				25			
130005	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Neftologia	29			1					
130005	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Citroscopia o Traumatologia	35	8				2			
130005	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Terapia Intensiva	49								
130005	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Anatomia e istologia patologica	03								
130005	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Reatologia	69								
130005	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Direzione Sanitaria di presidio				1					
130005	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Farmacia ospedaliera									
130005	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Laboratorio di analisi									
130005	Presidio Ospedaliero "Castel Di Sangro"	PS ZONA DISAGIATA	Servizio Istituzionale									
			TOTALE		39	3	3	4	32	2	1	

RIEPILOGO DELLA MAPPATURA DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA

ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	PRIMA		DOPO		DIFF
TOTALE UOC AZIENDALE	59	52	58	7	-7
TOTALE UOS/UOSD	51	58	58	7	7
TOTALE PL	753	804	804	51	51



P.O. CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' - CHIETI										
Codice Struttura	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'emergenza-urgenza	Disciplina e specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli MSP '12 e '13 - D.M. 3 dicembre 2006)	Situazione attuale (al 01/01/2016)		Situazione programmata			
					Posti letto	N° Strutture semplici*	N° Strutture complesse**	Posti letto	N° Strutture semplici*	N° Strutture complesse**
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Cardiologia	07	16	1	1	20	1	1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Cardiologia		24	1	2	24	1	1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Chirurgia Generale	08	45	3	2	50	1	2
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Chirurgia Maxillo-Facciale	10	4	1	1	5	1	1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Chirurgia Vascolare	14	9	1	1	12	1	1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Dermatologia	52	3	1	1			
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Gastroenterologia	58						
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Gerontologia	21				22		1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Malattie Infettive e Tropicali	24	13			13		1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Medicina del Lavoro	25						
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Medicina e Chirurgia Oncologica e d'urgenza	51						
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Medicina Generale	26	64	1	2	93	4	2
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Malattie autoimmuni, nutrizione e riabilitazione	19						
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Nefrologia	23	8			11		1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Neurologia	62	8			11		1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Neurochirurgia	30	2	1	1			
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Neurologia	32	16			20		1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Oculistica	34	11			11		1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Otorinolaringoiatria e Stomatologia	35						
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Oncologia (con posti letto)	64	4			4		1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Ortopedia e Traumatologia	36	22			22		1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Otorinolaringoiatria e Otorinolaringoiatria	37	27	1	1	34	1	1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Otorinolaringoiatria	38	5	1	1	9	1	1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Pediatria	36	20			28	2	1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Pneumologia	46	19	1	1	22	1	1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Psichiatria	40	15			15		1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Terapia del dolore (con posti letto)	89	2	1	1	2	1	1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Terapia Intensiva	49	14	3	2	22	3	1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Terapia Intensiva Neonatale	73	10			10		1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	10	1	1	13	1	1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Urologia	45	12	2	1	21	1	1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Allergologia	03	1	1	1			1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Anatomia e istologia patologica	03	1			1		1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Radiologia	09	2	2	1	2	2	1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Radioterapia oncologica	74	2			3		1
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Emodialisi	54						
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Direzione Sanitaria di presidio							
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Emodinamica							
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Farmacologia ospedaliera							
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Fisica sanitaria							
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Genetica medica							
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Laboratorio di analisi							
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Medicina Nucleare (senza posti letto)							
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Servizio di cardiologia							
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Medicina legale							
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Dolenzioni	87						
130026	PO CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' OHEI	DEA I	Programma diologia medicazione e medicinali preallitici							
TOTALE					386	30	37	498	32	29



STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA											
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Situazione attuale (al 01/01/2016)		Situazione programmata			
						Posti letto	N° Strutture semplici*	N° Strutture complesse*	Posti letto	N° Strutture semplici*	N° Strutture complesse*
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Cardiologia	09		1				
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Chirurgia Generale	09	21	2	2	15	2	
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Dermatologia	52				5		1
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia	57	4	1	1	4		
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Genetica	21	15	1	1			
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Medicina e chirurgia d'urgenza e d'emergenza	51						
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Medicina Generale	26	14	1				
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Oncologia (con posti letto)	64	5	1				
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Ortopedia e Traumatologia	36	11	1		11		
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Ostetricia e Ginecologia	37	11	1		11		
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Otocoloudiagnostica	38	4	1				
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Podiatria	39	10	1				
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Terapia Intensiva	49		1				
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Lungopulmonari	60	20	1		24		
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Arterio e stologia patologica	03		1				
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Reumatologia	63		2				
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Direzione Sanitaria di presidio							
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Farmacia ospedaliera			1				1
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Laboratorio di analisi			1				
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Senza lo mastis orale							
130026	13002601	STABILIMENTO 'G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Breast Unit					11		2
TOTALE						116	19	5	81	11	3

P.O. RENZETTI - LANCIANO										
Codice Struttura	Denominazione Strutturale/ Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Situazione attuale (al 01/01/2016)			Situazione programmata		
					Posti letto	N° Strutture semplici	N° Strutture complesse	N° Strutture semplici	Posti letto	N° Strutture complesse
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Cardiologia	08	8	1	1	1	11	1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Chirurgia Generale	09	21	1	1	1	27	1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Dermatologia	52		1				
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Gastroenterologia	56		1				
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Geriatria	21	15	1				
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Medicina e chirurgia d'eccezione e d'urgenza	51		3				
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Medicina Generale	26	15	1	1	1	61	2
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Neurologia	32	24	1	1	1	25	1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Oculistica	34	6	1			7	1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Odontoiatria e Stomatologia	35		1	1	1		1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Oncologia (con posti letto)	64	10		1			
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Ortopedia e Traumatologia	36	22	1	1	1	23	1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Ostetricia e Ginecologia	37	18	2	1	1	21	1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Otorinolaringoiatria	38	5					
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Pediatria	39	12	1	1	1	12	1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Psichiatria	40	15	1	1	1	19	1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Terapia Intensiva	49	6	2	1	1	6	2
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	7	1				
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Urologia	43	5	1				
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Lungosiggeniti	60	18	1				
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Anatomia e istologia patologica	03		1	1	1		1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Radiologia	69		1	1	1		1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Oncologia (senza posti letto)							1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Direzione Sanitaria di presidio							1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Laboratorio di analisi							1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Medicina Nucleare (senza posti letto)							1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Farmacia ospedaliera							1
130028	P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Servizio trasfusionale							1
			TOTALE		207	25	6	14	218	11



P.O. S. MASSIMO di PENNE												
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenze	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2009)	Posti letto	N° Strutture semplici*	...di cui dipartimento II*	N° Strutture complesse*	Situazione programmata		
										Posti letto	N° Strutture semplici	N° Strutture complesse
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Cardiologia	08	7			1			
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Gastroenterologia	58		1	1			1	
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Chirurgia Generale	09	12	2	1	1		2	1
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Garofilia	21	19	1					
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	19							
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Medicina e chirurgia d'urgenza e d'emergenza	51		1	1			1	
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Medicina Generale	26	17	1		1		28	1
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Oculistica	34							
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Ostetricia e Ginecologia	37	6	1				2	1
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Otorinolaringoiatria	38	3			1		2	1
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Ottopedia e Traumatologia	36	9	1				2	
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Pediatria	39		1					
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Terapia Intensiva	49		1	1				
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Lunopregenti	60	10						
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Anatomia e istologia patologica	03							
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Radiologia	69				1			
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Emodialisi	54		1					
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Direzione Sanitaria di presidi			1					1
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Farmacia ospedaliera								
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Laboratorio di analisi			1					
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Oncologia (con posti letto)	64	2	1	1				
130019		P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Servizio Istituzionale			1					
TOTALE						65	15	3	5	30	6	1

Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modello Igr. 12 e 13 - P.M. 3 settembre 2004)	Situazione attuale (al 01/01/2016)		Situazione programmata		
						Posti letto	N° Strutt. semplif.	N° Strutt. complesso	Posti letto	N° Strutt. semplif.
13001B	13001B01	STABILIMENTO S.S. TRINITA' POPOLI	CENTRO DI RABILITAZIONE	Chirurgia Generale	09	10	1	1	0	2
13001B	13001B01	STABILIMENTO S.S. TRINITA' POPOLI	CENTRO DI RABILITAZIONE	Medicina e chirurgia, fasciatura e di urgenza	51		1	1		
13001B	13001B01	STABILIMENTO S.S. TRINITA' POPOLI	CENTRO DI RABILITAZIONE	Medicina Generale	20	20	1	1		
13001B	13001B01	STABILIMENTO S.S. TRINITA' POPOLI	CENTRO DI RABILITAZIONE	Obstetricia e Ginecologia	35	10		1	8	1
13001B	13001B01	STABILIMENTO S.S. TRINITA' POPOLI	CENTRO DI RABILITAZIONE	Tossicologia	49		1	1		
13001B	13001B01	STABILIMENTO S.S. TRINITA' POPOLI	CENTRO DI RABILITAZIONE	Reumatologia	09		1	1		
13001B	13001B01	STABILIMENTO S.S. TRINITA' POPOLI	CENTRO DI RABILITAZIONE	Litotossicologia	60				15	1
13001B	13001B01	STABILIMENTO S.S. TRINITA' POPOLI	CENTRO DI RABILITAZIONE	Ematologia			1			
13001B	13001B01	STABILIMENTO S.S. TRINITA' POPOLI	CENTRO DI RABILITAZIONE	Divisione Sanitaria di presidio			1			
13001B	13001B01	STABILIMENTO S.S. TRINITA' POPOLI	CENTRO DI RABILITAZIONE	Famiglia ospedaliera						
13001B	13001B01	STABILIMENTO S.S. TRINITA' POPOLI	CENTRO DI RABILITAZIONE	Laboratorio di analisi			1			
13001B	13001B01	STABILIMENTO S.S. TRINITA' POPOLI	CENTRO DI RABILITAZIONE	Oncologia (senza locali letto)			1			
13001B	13001B01	STABILIMENTO S.S. TRINITA' POPOLI	CENTRO DI RABILITAZIONE	Servizio trasfusione			1			
TOTALE						47	9	4	31	0

RIEPILOGO DELLA MAPPATURA DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ASL PESCARA

ASL PESCARA			
	PRIMA	DOPO	DIFF
TOTALE UOC AZIENDALE	46	36	-10
TOTALE UOS/UOSD	70	49	-21
TOTALE PL	710	746	36



OSPEDALE MAZZINI - TERAMO												
Codice Strutturale	Codice Stabilimento	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2005)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2009)	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimentali	N° Strutture complesse	Posti letto	N° Strutture semplici	N° Strutture complesse
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Cardiobiologia	07	22				22		
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Cardiologia	08	25	2			25	1	
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Chirurgia Generale	09	36	1			36	1	
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Chirurgia Maxillo-Facciale	10	40	1			40	1	
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Chirurgia Toracica	13	11	1			11	1	
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Chirurgia Vascolare	14	18	1			18	1	
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Dermatologia	52			1			1	
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Ematologia	18							1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Gastroenterologia	58					4		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Malattie endocrine, nutrizione e ricambi.								1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Malattie infettive e Tropicali	24	12				12		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Medicina e Chirurgia Oncologia e di urgenze	51							1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Medicina Generale	26	70				70		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Nefrologia	28	1				1		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Neurologia	62	2				2		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Neurochirurgia	30	24				24		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Neurologia	32	18				18		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Occhialistica	34	4				4		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Otorinolaringoiatria e Stomatologia	35							1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Oncologia (con posti letto)	04	29				29		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Oncologia e Traumatologia	36	21				21		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Ostetricia e Ginecologia	37	32				32		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Otorinolaringoiatria	38	11				11		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Pediatria	39	18				18		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Pneumologia	40	15				15		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Psichiatria	48							1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Reumatologia	71							1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Terapia del dolore (con posti letto)	99							1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Terapia Intensiva	49	17				17		2
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	12				12		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Urologia	43	29				29		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Urologia	60	4				4		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Allergologia	01	2				2		1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Anatomia e istologia patologica	03							1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Radiologia	69							1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Radioterapia oncologica	74							1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Emodialisi	54							1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Direzione Sanitaria di anesic								1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Emodinamica (come unità sommitale nell'ambito della Cardiologia)								1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Farmaco ospedaliera								1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Fisica sanitaria								1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Laboratorio di analisi								1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Medicina Nucleare (senza posti letto)								1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Stanzio Ius sus onale								1
130014		OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	DEA I	Terapia del dolore (senza posti letto)								1
				TOTALE		453	34	5	31	478	11	29

Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'emergenza-urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Situazione attuale (al 01/01/2016)			Situazione programmata						
						Posti letto	N° Strutture semplici	N° Strutture complessive	Posti letto	N° Strutture semplici	N° Strutture complessive				
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA													
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Chirurgia	08	12	1	1	13	1	1	1	1	1	1
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Chirurgia Generale	09	22	1	1	17	1	1	1	1	1	1
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Spinalità	21										
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Malattie endocrine, nutrizione e dietetica	19	2	2	2							
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Medicina e chirurgia d'urto (trauma e chirurgia)	51	50	1	1	47	1	1	1	1	1	1
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Medicina	26										
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Neurologia	29	2	1	1							
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Chirurgia (con posti letto)	04	4	1	1	4	1	1	1	1	1	1
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Oncologia e Immunologia	36	21	1	1	17	1	1	1	1	1	1
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Chirurgia ortopedica	38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Pediatria	40	17	1	1	5	1	1	1	1	1	1
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Tossicologia	49	4	1	1	4	1	1	1	1	1	1
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Unità specializzata nell'ambito della Cardiologia	50	4	1	1	4	1	1	1	1	1	1
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Unguenti/ortesi	60										
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Allergologia	01										
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Radiologia	09			2	2	1	1	1	1	1	1
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Ematologia	64										
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Diagnostica Specialistica di Imaging											
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Farmacologia ospedaliera				1	1	1	1	1	1	1	1
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Unità medica di Pronto Soccorso											
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Oncologia (senza posti letto)											
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	Sezione Istituzionale											
000015		OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	PO sede di Pronto Soccorso	TOTALE		113	32	10	5	110	15	15	15	15	15

Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'emergenza-urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Situazione attuale (al 01/01/2016)			Situazione programmata						
						Posti letto	N° Strutture semplici	N° Strutture complessive	Posti letto	N° Strutture semplici	N° Strutture complessive				
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Chirurgia	08	08	8	1	1	10	1	1	1	1	1	1
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Chirurgia Generale	09	09	20	1	1	18	1	1	1	1	1	1
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Malattie endocrine, nutrizione e dietetica	19	19										
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Medicina e chirurgia d'urto (trauma e chirurgia)	51	51										
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Medicina Generale	26	26	38	1	1	37	1	1	1	1	1	
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Oncologia (con posti letto)	64	64	2	1	1	15	1	1	1	1	1	
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Chirurgia e Traumatologia	36	36	20	1	1	20	1	1	1	1	1	
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Chirurgia e Gastroenterologia	37	37	4	1	1	4	1	1	1	1	1	
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Unguenti/ortesi	46	46	4	1	1	4	1	1	1	1	1	
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Radiofisica	60	60				13	1	1	1	1	1	
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Diagnostica Specialistica di Imaging	69	69										
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Ematologia (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)												
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Farmacologia ospedaliera												
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Laboratorio di Analisi												
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Oncologia (senza posti letto)												
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	Sezione Istituzionale												
000017		OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA D. SAN PO sede di Pronto Soccorso	TOTALE			111	7	7	5	118	10	10	10	10	10



Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli ISP, 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Situazione attuale (al 01/01/2016)				Situazione programmata			
						Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimento II +	N° Strutture complesse	Posti letto	N° Strutture semplici	N° Strutture complesse	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Cardiologia	08	8	1	1	1	10	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Chirurgia Generale	09	26	1	1	1	20	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Malattie endocrine, nutrizione e riabilit.	19	1	1	1	1	8	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	51	48	1	1	1	42	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Medicina Generale	26	48	1	1	1	42	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Oculistica	34	21	1	1	1	20	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Otorinolaringoiatria e Traumatologia	36	20	1	1	1	10	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Oftalmologia	37	10	2	2	1	10	2	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Pediatria	49	5	1	1	1	5	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Terapia Intensiva	60	4	1	1	1	4	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	43	3	1	1	1	5	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Urologia	60	17	1	1	1	17	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Lungopoli	63	69	1	1	1	69	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Antibiotici e Fisiologia patologica	69	69	1	1	1	69	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Radiologia	54	1	1	1	1	1	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Ematologia	54	1	1	1	1	1	1	1	
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Direzione Sanitaria di presidio									
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Farmacia ospedaliera									
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Laboratorio di analisi									
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Oncologia (senza posti letto)									
130016		OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATRI	PO sede di Pronto Soccorso	Servizio trasfusionale									
				TOTALE		145	14	10	6	145	16	4	

RIEPILOGO DELLA MAPPATURA DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ASL TERAMO

ASL TERAMO			
	PRIMA	DOPO	DIFF
TOTALE UOC AZIENDALE	47	40	-7
TOTALE UOS/UOSD	57	52	-5
TOTALE PL	841	883	42



CASA DI CURA DI LORENZO				Situazione attuale (al 01/01/2016)			Situazione programmata					
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza Urgenza	Disciplina e specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Posti letto	N° Strutture semplici*	...di cui dipartimentali*	N° Strutture complesse*	Posti letto	N° Strutture semplici*	N° Strutture complesse*
130010		CASA DI CURA DI LORENZO		Cardiologia	08	8				8		
130010		CASA DI CURA DI LORENZO		Chirurgia Generale	09	10				10		1
130010		CASA DI CURA DI LORENZO		Medicina Generale	26	13				18		1
130010		CASA DI CURA DI LORENZO		Neurologia	32	8				8		1
130010		CASA DI CURA DI LORENZO		Ortopedia e Traumatologia	36	8				8		1
130010		CASA DI CURA DI LORENZO		Ostetricia e Ginecologia	37	5				5		1
130010		CASA DI CURA DI LORENZO		Occhiorientista	38	5				5		1
130010		CASA DI CURA DI LORENZO		Terapia intensiva	40	3				3		
130010		CASA DI CURA DI LORENZO		Day hospital	02	2				3		
130010		CASA DI CURA DI LORENZO		Day surgery	98	3				3		
						70				70		5

CASA DI CURA L'IMMACOLATA												
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza za-Urgenza	Disciplina e specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Posti letto	N° Strutture semplici*	...di cui dipartimentali*	N° Strutture complesse*	Posti letto	N° Strutture semplici*	N° Strutture complesse*
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Cardiologia	08	5				5		
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Chirurgia Generale	09	21				21		1
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Medicina Generale	26	10				10		
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Ostetricia e Ginecologia	37	11				11		
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Urologia	43	5				5		1
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Pneumologia	68	5				5		
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Lungopoli	69	10				10		1
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Day hospital	02	1				1		
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Day surgery	98	2				2		
						70				70		3

CASA DI CURA INI CANISTRO												
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza za-Urgenza	Disciplina e specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Posti letto	N° Strutture semplici*	...di cui dipartimentali*	N° Strutture complesse*	Posti letto	N° Strutture semplici*	N° Strutture complesse*
130039		CASA DI CURA INI CANISTRO		Medicina Generale	26	11				11		
130039		CASA DI CURA INI CANISTRO		Ortopedia e Traumatologia	36	6				6		
130039		CASA DI CURA INI CANISTRO		Urologia	43	8				8		
						25				25		0



CASA DI CURA VILLA LETIZIA											
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Situazione attuale (al 01/01/2016)			Situazione programmata		
						N° Strutture semplici*	Posti letto	N° Strutture complessive**	N° Strutture semplici*	Posti letto	N° Strutture complesse**
130040		CASA DI CURA VILLA LETIZIA		Cardiologia	08	6			6		
130040		CASA DI CURA VILLA LETIZIA		Chirurgia Generale	09	16			16		
130040		CASA DI CURA VILLA LETIZIA		Medicina Generale	26	10			10		
130040		CASA DI CURA VILLA LETIZIA		Ortopedia e Traumatologia	36	25			25		1
						57			57		1

CASA DI CURA SPATOCCO											
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Situazione attuale (al 01/01/2016)			Situazione programmata		
						N° Strutture semplici*	Posti letto	N° Strutture complessive**	N° Strutture semplici*	Posti letto	N° Strutture complesse**
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Cardiologia	08	6			6		
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Chirurgia Generale	09	23			23		
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Geriatrica	21	8			8		
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Medicina Generale	26	14			14		20
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Neurologia	32						9
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Ortopedia e Traumatologia	36	12			12		
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Ostetrica e Ginecologia	37	5			5		
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Terapia Intensiva	49	3			3		
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Day hospital	02						2
						71			71		46

CASA DI CURA PIERANGELI												
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza n. 70(2015) -za-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. 70(2015))	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2009)	Positi letto	N° Strutture semplici	..di cui dipartimenti entali *	N° Strutture complessive *	Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata	
										Positi letto	N° Strutture semplici	N° Strutture complessive *
130022		CASA DI CURA PIERANGELI	Cardiologia	Cardiologia	08	12				10		
130022		CASA DI CURA PIERANGELI	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	09	21				51		1
130022		CASA DI CURA PIERANGELI	Chirurgia Vascolare	Chirurgia Vascolare	14	12				10		
130022		CASA DI CURA PIERANGELI	Medicina Generale	Medicina Generale	26	26				23		1
130022		CASA DI CURA PIERANGELI	Oculistica	Oculistica	34	6				4		
130022		CASA DI CURA PIERANGELI	Oncologia e Traumatologia	Oncologia e Traumatologia	36	13				23		1
130022		CASA DI CURA PIERANGELI	Ostetricia e Ginecologia	Ostetricia e Ginecologia	37	5				10		
130022		CASA DI CURA PIERANGELI	Urologia	Urologia	43	8				8		1
130022		CASA DI CURA PIERANGELI	Terapia Intensiva	Terapia Intensiva	49	3				9		
130022		CASA DI CURA PIERANGELI	Day hospital	Day hospital	02					2		
130022		CASA DI CURA PIERANGELI	Day surgery	Day surgery	98					11		
130022		CASA DI CURA PIERANGELI				106				161		4

CASA DI CURA VILLA SERENA												
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza n. 70(2015) -za-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. 70(2015))	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2009)	Positi letto	N° Strutture semplici	..di cui dipartimenti entali *	N° Strutture complessive *	Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata	
										Positi letto	N° Strutture semplici	N° Strutture complessive *
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	09	13				20		1
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA	Geniatria	Geniatria	21	10				10		
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA	Medicina Generale	Medicina Generale	28	14				18		1
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA	Neurologia	Neurologia	32	23				32		
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA	Oncologia e Traumatologia	Oncologia e Traumatologia	36	17				15		1
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA	Psichiatria	Psichiatria	40	24				24		1
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA	Terapia Intensiva	Terapia Intensiva	49	3				5		
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA	Lungodegenti	Lungodegenti	60	37				37		1
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA	Day hospital	Day hospital	02					2		
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA	Day surgery	Day surgery	98					8		
						141				171		5

PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'											
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	DEMINOMAZIONE UO	Codice Disciplina (Modelli MSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2005)	UOC	UCSD	SERVIZI	Posti Letti ORDINARI	Posti Letti DURNI
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Cardiologia	Cardiologia	06	1			10	1
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	08	1			21	2
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Chirurgia Generale	Chirurgia e Diagnostica endoscopica	06		1			
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Chirurgia Generale	Chirurgia endoscopica	09			1		
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Chirurgia Vascolare	Chirurgia Vascolare	14	1			14	3
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Ematologia	Ematologia	18		1		1	1
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Geriatrica	Geriatrica	21	1			20	
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Malattie endocrine, nutrizione e ricambio	Diabetologia	19		1			1
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Malattie infettive e Tropicali	Malattie infettive e Tropicali	24		1		10	
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Medicina e chirurgia d'acutizzazione e d'urgenza	Medicina e chirurgia d'acutizzazione e d'urgenza	51	1				
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Medicina Generale	Medicina Generale	26	1			22	1
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Neurologia	Neurologia	62				2	
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Neurochirurgia	Neurochirurgia	30			1		
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Neurologia	Neurologia e STROKE UNIT	32	1			12	1
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Oculistica	Oculistica	34	1			1	1
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Oncologia (con sott. linic)	Oncologia (con sott. linic)	64		1			
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Otorinolaringoiatria	Otorinolaringoiatria	36	1			18	2
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Oftalmologia e Otorinolaringoiatria	Oftalmologia e Otorinolaringoiatria	37				20	2
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Otorinolaringoiatria	Otorinolaringoiatria	38	1			7	1
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Pediatria	Pediatria	39	1			9	
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Psicopatologia	Psicopatologia	68			1		
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Terapia intensiva	Terapia intensiva	49	1			6	
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Unità coronarica nel territorio della Cardiologia	UTIC	50				6	
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Urologia	Urologia	43		1		7	1
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Lungopolmoni	Lungopolmoni	60		1		22	
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Allergologia	Allergologia	01		1			
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Anatomia e istologia patologica	Anatomia e istologia patologica	03			1		
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Radiologia	Radiologia	69	1				
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Emodialisi	Emodialisi	54		1			
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Direzione Sanitaria d'ospedale	Direzione Sanitaria d'ospedale		1				
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Emodinamica (come unità semplice nelambito della Cardiologia)	Emodinamica (come unità semplice nelambito della Cardiologia)				1		
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Farmacia ospedaliera	Farmacia ospedaliera				1		
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Laboratorio di analisi	Laboratorio di analisi		1				
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Servizio trasfusione	Servizio trasfusione				1		
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Angiologia	Angiologia	05			1		
130003		PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	DEA I	Day surgery	Day surgery	95		1			
TOTALE PRESIDIO							16	10	3	5	208



Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Denominazione UC	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2005)	UCSD	UCS	SERVIZI	Posti Letto ORDINARI	Posti Letto DIURNI	
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale/Oncologica	09		1		12	3	
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Chirurgia Generale	Endoscopia Interventistica	36		1				
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Chirurgia Generale	Dermatologia	52	1				5	
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Farmacologia della morbidità una settimana all'anno	Formazione medica specialistica	57	1				4	
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Oncologia e Immunologia	Oncologia e Immunologia	36		1		9	2	
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Chirurgia e Ginecologia	Ginecologia/Oncologica	37		1		9	2	
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Temporanea Interventiva	Miscelata per operazioni in week/Day surgery	48		1				
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Lungopoli	Lungopoli	03	1			24		
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Arteriosa e patologia patologica	Arteriosa e patologia patologica	03		1				
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Reologia	Reologia	09		1				
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Farmacologia ospedaliera	Farmacologia ospedaliera			1				
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Laboratorio di analisi	Laboratorio di analisi				1			
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	Servizi ospedalieri	Servizi ospedalieri				1			
130026	13002601	STABILIMENTO G. BERNABEO' ORTONA	POLO OSPEDALIERO	509999 unit.	Breast unit		1	1		9	2	
TOTALE PRESIDIO								3	5	2	63	18

Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Denominazione UC	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2005)	UCSD	UCS	SERVIZI	Posti Letto ORDINARI	Posti Letto DIURNI	
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Cas.ologia	Cardiologia	09				10	1	
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	09	1			25	2	
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Neurologia	Neurologia	32					5	
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Medicina e chirurgia d'urto/accettazione e di urgenza	Medicina e chirurgia d'urto/accettazione e di urgenza	51	1					
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Medicina Generale	Medicina Generale	25		2		56		
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Medicina endocrina, nutrizione e ricambi.	Medicina endocrina, nutrizione e ricambi.	13			1			
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Neurologia	Neurologia	32				23	2	
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Chirurgia	Chirurgia	34				3	4	
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Obstetricia e Ginecologia	Obstetricia e Ginecologia	35	1					
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Otorinolaringoiatria e Otorinolaringoiatria	Otorinolaringoiatria e Otorinolaringoiatria	36				21	2	
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Oncologia e Radioterapia	Oncologia e Radioterapia	37				19	2	
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Psichiatria	Psichiatria	39				10	2	
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Psichiatria	Psichiatria	40				15	4	
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Terapia intensiva	Terapia intensiva	45		2		6		
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50		1		6		
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Anatomia e istologia patologica	Anatomia e istologia patologica	03	1					
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Anatomia e istologia patologica	Anatomia e istologia patologica	03				1		
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Reologia	Reologia	09						
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Oncologia (senza posti letto)	Oncologia (senza posti letto)		1					
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Direzione Diagnostica	Direzione Diagnostica							
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Direzione Sanitaria di presidio	Direzione Sanitaria di presidio				1			
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Laboratorio di analisi	Laboratorio di analisi				1			
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Farmacologia ospedaliera	Farmacologia ospedaliera				1			
130028		P.O. LANCIANO Renzetti	DEA I	Servizi ospedalieri	Servizi ospedalieri				1			
TOTALE PRESIDIO								11	8	2	194	24



P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina												
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	DEINOMINAZIONE UO	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2005)	UCD	UGSD	UCS	SERVIZI	Posti Letto ORDINARI	Posti Letto DURNI
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Cardiologia	Cardiologia	08	1				10	1
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	09	1				21	2
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Gastroenterologia	Gastroenterologia	56	1				11	2
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Gastroenterologia	Endoscopia digestiva	58		1				
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Malattie infettive e Tropicali	Malattie infettive e Tropicali	24		1			8	2
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Medicina e chirurgia d'oculazione e d'urgenza	Medicina e chirurgia d'oculazione e d'urgenza	51	1		1			
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Medicina Generale	Medicina Generale	26	1				28	2
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Malattie endocrine, nutrizione e ricambio.	Malattie endocrine, nutrizione e ricambio.	19				1		
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Neurologia	Neurologia	32	1				17	2
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Oculistica	Oculistica	34		1			2	2
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Ortopedia e Traumatologia	Ortopedia e Traumatologia	36	1				21	2
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Ostetricia e Ginecologia	Ostetricia e Ginecologia	37	1		1		21	2
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Obstetrica ginecologia	Obstetrica ginecologia	38		1			5	1
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Pediatria	Pediatria	39		1			8	
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Psichiatria	Psichiatria	40			1			5
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Terapia Intensiva	Terapia Intensiva	49	1				6	
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Terapia Intensiva	Medicina per operatoria in week Day surgery	49		1				
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	UIC	50			1		6	
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Urologia	Urologia	43			1		15	2
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Lungopulmonari	Lungopulmonari	60	1				24	
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Anatomia e istologia patologica	Anatomia e istologia patologica	03			1			
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Radiologia	Radiologia	08	1					
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Diabetologia/Pediatria	Diabetologia					1		
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Direzione Sanitaria di presidio	Direzione Sanitaria di presidio			1				
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Farmacia ospedaliera	Farmacia ospedaliera				1			
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Laboratorio di analisi	Laboratorio di analisi				1			
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Oncologia (senza posti letto)	Oncologia (senza posti letto)		1					
130029		P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	DEA I	Servizio trasfusione	Servizio trasfusione				1			
TOTALE PRESIDIO							12	6	11	2	203	25

STABILIMENTO 'S.S. TRINITA' POPOLI

Codice Struttura	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	DEINOMINAZIONE UO	Codice Disciplina (Modelli RSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOSD	UOS	SERVIZI	Posti Letti ORDINARI	Posti Letti DURNI
130018	13001801	CENTRO DI RIABILITAZIONE	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	05			1		4	4
130018	13001801	CENTRO DI RIABILITAZIONE	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	08		1				
130018	13001801	CENTRO DI RIABILITAZIONE	Medicina Generale	Medicina Generale	26			1			
130018	13001801	CENTRO DI RIABILITAZIONE	Ortopedia e Traumatologia	Ortopedia e Traumatologia	36			1		5	3
130018	13001801	CENTRO DI RIABILITAZIONE	Terapia Fisiatria	Terapia Fisiatria	45				1		
130018	13001801	CENTRO DI RIABILITAZIONE	Radiologia	Radiologia	62				1		
130018	13001801	CENTRO DI RIABILITAZIONE	Lungopoli	Lungopoli	50		1			15	
130018	13001801	CENTRO DI RIABILITAZIONE	Emergidi	Mediologia e Cure assistite territorio					1		
130018	13001801	CENTRO DI RIABILITAZIONE	Farmacia ospedaliera	Farmacia ospedaliera					1		
130018	13001801	CENTRO DI RIABILITAZIONE	Laboratorio di analisi	Laboratorio di analisi					1		
130018	13001801	CENTRO DI RIABILITAZIONE	Oncologia (senza posti letto)	Oncologia (senza posti letto)					1		
130018	13001801	CENTRO DI RIABILITAZIONE	Servizi ausiliari	Medicina trasfusionale e ambulatorio ematologico					1		
TOTALE PRESIDIO						0	2	2	8	24	7

P.O. S. MASSIMO di PENNE

Codice Struttura	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	DEINOMINAZIONE UO	Codice Disciplina (Modelli RSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOSD	UOS	SERVIZI	Posti Letti ORDINARI	Posti Letti DURNI
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Gastroenterologia	Diagnostica e clinica accoppiato di geriatrica	58			1			
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	09		1		1		2
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Medicina e chirurgia d'urgenza e di emergenza	Medicina e chirurgia d'urgenza e di emergenza	51			1			
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Medicina Generale	Medicina Generale	26	1				24	4
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Cuoli sica	Ortulsica	34				1		
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Cateterica e Colecologia	Ginecologia	37			1			2
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Cromatologia	Urologia/angiologia	38		1				2
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Chirurgia e Traumatologia	Ortopedia e Traumatologia	38				1		2
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Terapia intensiva	Anestesiologia e Terapia intensiva post-Operatoria	49				1		
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Radiologia	Radiologia	69				1		
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Emergidi	Mediologia e Dietisi	54				1		
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Direzione Sanitaria di presidio	Direzione Sanitaria di presidio				1			
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Farmacia ospedaliera	Farmacia ospedaliera					1		
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Laboratorio di analisi	Medicina di laboratorio					1		
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Oncologia (senza posti letto)	Oncologia (senza posti letto)					1		
130019	P.O. S. MASSIMO di PENNE	PS ZONA DISAGIATA	Servizi ausiliari	Medicina trasfusionale e ambulatorio ematologico					1		
TOTALE PRESIDIO						1	2	4	10	24	12



CASA DI CURA L'IMMACOLATA												
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	DENOMINAZIONE UO	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOSD	UOS	SERVIZI	Posi Letto ORDINARI	Posi Letto DIURNI
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Cardiologia		08					5	
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Chirurgia Generale		09	1				21	
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Medicina Generale		26					10	
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Ostetricia e Ginecologia		37					11	
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Urologia		43	1				5	
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Pneumologia		68					5	
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Lungodegenti		60	1				10	
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Day hospital		02						1
130012		CASA DI CURA L'IMMACOLATA		Day surgery		09						2
TOTALE REGIONALE							3				67	3

CASA DI CURA INI CANISTRO												
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	DENOMINAZIONE UO	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOSD	UOS	SERVIZI	Posi Letto ORDINARI	Posi Letto DIURNI
130039		CASA DI CURA INI CANISTRO		Medicina Generale		26					10	1
130039		CASA DI CURA INI CANISTRO		Ortopedia e Traumatologia		36					6	
130039		CASA DI CURA INI CANISTRO		Urologia		43					7	1
TOTALE REGIONALE											23	2

CASA DI CURA VILLA LETIZIA												
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	DENOMINAZIONE UO	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOSD	UOS	SERVIZI	Posi Letto ORDINARI	Posi Letto DIURNI
130040		CASA DI CURA VILLA LETIZIA		Cardiologia		03					5	1
130040		CASA DI CURA VILLA LETIZIA		Chirurgia Generale		09					14	2
130040		CASA DI CURA VILLA LETIZIA		Medicina Generale		26					10	
130040		CASA DI CURA VILLA LETIZIA		Ortopedia e Traumatologia		36	1				23	2
TOTALE REGIONALE							1				52	5

CASA DI CURA SPATOCCO												
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	DENOMINAZIONE UO	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOSD	UOS	SERVIZI	Posti Letto ORDINARI	Posti Letto DIURNI
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Cardiologia		06					7	
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Chirurgia		21					8	
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Medicina Generale		28					20	
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Neurologia		32					9	
130035		CASA DI CURA SPATOCCO		Day hospital		02						2
TOTALE REGIONALE											44	2
CASA DI CURA PIERANGELI												
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	DENOMINAZIONE UO	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOSD	UOS	SERVIZI	Posti Letto ORDINARI	Posti Letto DIURNI
130022		CASA DI CURA PIERANGELI		Cardiologia		03					10	
130022		CASA DI CURA PIERANGELI		Chirurgia Generale		09	1				51	
130022		CASA DI CURA PIERANGELI		Chirurgia Vascolare		14					10	
130022		CASA DI CURA PIERANGELI		Medicina Generale		26	1				23	
130022		CASA DI CURA PIERANGELI		Occhistica		34					4	
130022		CASA DI CURA PIERANGELI		Otologia e Otorinolaringoiatria		39	1				23	
130022		CASA DI CURA PIERANGELI		Oftalmologia e Oftalmologia		37					10	
130022		CASA DI CURA PIERANGELI		Urologia		43	1				8	
130022		CASA DI CURA PIERANGELI		Terapia intensiva		49					5	
130022		CASA DI CURA PIERANGELI		Day hospital		62						3
130022		CASA DI CURA PIERANGELI		Day surgery		83					10	
TOTALE REGIONALE											148	13

CASA DI CURA VILLA SERENA												
Codice Struttura	Codice Stabilimento	Denominazione Struttura/Stabilimento	Classificazione nella rete dell'Emergenza-Urgenza	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	DENOMINAZIONE UO	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOSD	UOS	SERVIZI	Posti Letto ORDINARI	Posti Letto DIURNI
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA		Chirurgia Generale		09	1				20	
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA		Genetica		21					10	
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA		Medicina Generale		26	1				18	
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA		Neurologia		32					32	
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA		Ortopedia e Traumatologia		36	1				15	
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA		Psichiatria		40	1				24	
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA		Terapia intensiva		49					5	
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA		Lungobedenti		60	1				37	
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA		Day hospital		02						3
130024		CASA DI CURA VILLA SERENA		Day surgery		98					7	
TOTALE REGIONALE											161	10



**Dipartimento della Presidenza e
Rapporti con l'Europa**

**Servizio assistenza atti del Presidente
e della Giunta Regionale**

Centralino 0862 3631 Tel.
0862 36 3217/ 3206

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Pec: bura@pec.regione.abruzzo.it