

Allegato “C”

Regione Abruzzo

Programma Operativo 2010

Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera

Azione: 3 Razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici

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

Indice

Premessa.....	3
La Rete Integrata di Servizi	4
Le Condizioni per la realizzazione.....	6
L'assetto organizzativo	8
I Dipartimenti	8
Il dimensionamento delle Unità Operative.....	9
Il dimensionamento delle Funzioni	11
I criteri fondamentali che caratterizzano le 5 principali reti cliniche, hub e spoke	14
Rete Percorso Nascita.....	14
Rete Emergenza Urgenza e funzioni DEA.....	15
Rete di Cardiologia.....	17
Rete per la patologia cerebro-vascolare	18
Rete per l'emergenza-urgenza traumatologica.....	19
Conclusioni e cronoprogramma	20

Premessa

Le tradizioni locali, la storia delle strutture e le attese delle popolazioni sono certamente la causa delle criticità rilevate nel Servizio Sanitario della Regione Abruzzo che, oltre ad essere espressione di problemi di efficacia e di efficienza sia allocativa che operativa, possono determinare anche problemi di equità.

Pertanto, il Piano di Rientro rappresenta per l'Abruzzo il Piano di Sviluppo per perseguire l'obiettivo di equità e, quindi, di garanzia ai cittadini di maggiore omogeneità rispetto all'accesso ed alla qualità del servizio e, allo stesso tempo, rappresenta l'occasione per compiere una riflessione sul concetto di programmazione.

L'obiettivo principale, infatti, appare quello di garantire uniformità nei servizi offerti ed effettivamente utilizzati e non, viceversa, di uniformità nel numero e nella dimensione delle strutture.

L'eccessiva enfasi sulla disponibilità dei servizi ha rischiato di far passare in secondo piano il fatto che i servizi devono essere accessibili e appropriati, sia da parte dei cittadini che degli operatori, secondo le rispettive responsabilità. Le criticità descritte mostrano, infatti che fino ad oggi i servizi sono stati inappropriati ed eccessivamente frammentati, così come le strutture poco utilizzate, con particolare riferimento alle specialità complesse e molto complesse e soprattutto alle chirurgie che appaiono sovradimensionate rispetto agli standard nazionali.

Le linee "operative" sulla distribuzione dei servizi riguardano:

- i livelli di attività secondo volumi e tipologie di prestazioni e non secondo le dotazioni strutturali. Questo implica il passaggio da una logica di assistenza basata su strutture e posti letto ad una logica basata sulle funzioni che si devono svolgere dentro e fuori le strutture;
- superare la frammentarietà dei servizi che si caratterizzano per essere tendenzialmente dei duplicati e raramente come sostitutivi;
- garantire dimensioni e caratteristiche delle unità operative dal punto di vista della funzionalità e dell'economicità, correlandole, quindi, ad un bacino di utenza sufficiente/necessario per garantirne la qualità in termini di risultati (elevata casistica, elevate prestazioni e, di conseguenza, elevate esperienze professionali);
- una strategia di supporto alla realizzazione della rete nel territorio e criteri di verifica dei risultati per garantire il principio virtuoso della correlazione tra responsabilità e risultati da parte di tutti, dei professionisti, delle Aziende, della Regione nei confronti dello Stato;
- attivare forme di sussidiarietà che prevedono una sinergia, tra l'intervento dell'Istituzione Pubblica, le Imprese Private, il Privato Sociale e la Società Civile per la partecipazione alla gestione dei servizi della collettività, ciascuno secondo le proprie responsabilità.

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

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

richiede un processo di riprogettazione del Sistema Sanitario Regionale secondo il concetto delle Reti Integrate dei Servizi.

La Rete Integrata di Servizi

Il concetto di Rete Integrata implica, di conseguenza, profondi cambiamenti sia sul piano concettuale che gestionale.

Esso prevede, infatti, che:

- il concetto di localizzazione di una struttura operativa in una rete integrata si giustifichi principalmente in funzione delle esigenze della rete e non in termini di patrimonio esclusivo e particolare della comunità locale, della provincia, della città, dell'università o dei professionisti;
- occorre passare da una logica di efficienza operativa della singola unità operativa e del singolo ospedale, ad una logica di efficienza complessiva del sistema nella sua globalità, ovvero dell'interno del territorio;
- i problemi centrali della funzionalità della rete sono i criteri di accesso, i criteri di scelta e quindi le decisioni relative all'invio dei pazienti fra i diversi punti della rete che sono tutti estremamente importanti e strategici: in una rete non ci sono punti più importanti di altri, ma tutti i punti devono essere eccellenti per garantire la loro funzione;
- la programmazione della rete è incompatibile con la competizione fra le singole unità e richiede, soprattutto, la cooperazione secondo i diversi livelli di complessità dei loro compiti. Cooperazione tra gli ospedali di diversa complessità della rete, ma anche tra ospedali e università, tra MMG e medici ospedalieri, distretti ed ospedali, tra ospedali per acuti e quelli di riabilitazione.

L'organizzazione secondo il modello delle Reti Integrate impone la mobilità degli operatori invece della mobilità dei cittadini-utenti:

- permette di fare l'uso più efficace delle competenze tecniche e professionali e delle risorse tecnologiche necessarie,
- consente soluzioni in cui le potenzialità dell'assistenza si allargano ed escono dai confini di ciascuno dei singoli nodi della rete.

La rete è quindi garanzia di continuità per il cittadino-utente, di potenziamento e valorizzazione delle competenze e delle capacità. Comporta che un servizio o un'unità operativa, sebbene collocato in una specifica azienda e località in quanto necessita di una bacino allargato, debba essere utile a tutta la regione. Ma significa anche che un'eccellenza in Abruzzo possa essere utile ad altre regioni e a tutto il Paese.

L'integrazione è sinonimo della potenzialità e quindi dell'efficacia dei singoli professionisti e delle singole strutture contro i rischi delle duplicazioni, delle dispersioni e, al tempo stesso, dell'insufficienza della casistica e quindi dell'esperienza. Integrazione significa che la priorità da ricercare non è solo nella risposta al singolo bisogno, ma nell'efficacia del servizio complessivo al cittadino-utente e ai suoi molteplici bisogni.

In campo sanitario esistono due modelli operativi per la realizzazione delle Reti Integrate di servizi:

- il modello "hub & spoke", che si riferisce ai servizi afferenti alla medesima linea di produzione; esso prevede che la produzione dell'assistenza di maggiore complessità sia concentrata in centri di eccellenza (hub) e che vi sia un'organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente sotto-ordinati (spoke) con il compito di selezionare ed inviare i cittadini-utenti al centro di riferimento. Si tratta di un modello profondamente centralizzato della produzione delle attività complesse e, quindi, può essere soprattutto utile per concentrare i servizi caratterizzati da bassi volumi di attività ed elevata tecnologia come la rete dell'Emergenza Urgenza, di cardiologia e cardiocirurgia, neurologia e neurochirurgia, ecc.;
- il modello delle "reti cliniche integrate", che prevede di concentrare la gestione del sistema di produzione senza individuare una priorità gerarchica fra i centri sotto-ordinati; tale modello può essere applicato non solo ai servizi ospedalieri ma anche quelli a connotazione sanitaria e sociale.

Le Condizioni per la realizzazione

L'organizzazione a livello operativo richiede le seguenti condizioni:

- le condizioni di autosufficienza degli ambiti territoriali, come quelli della provincia e dell'Azienda corrispondente, per la maggior parte dei servizi, oltre i quali sono i cittadini-utenti a muoversi per alte e complesse specialità di livello regionale;
- lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze necessarie per la creazione e la gestione di reti professionali;
- l'organizzazione dei professionisti attorno ai processi assistenziali Dipartimentali all'interno del Presidio, tra diversi Presidi della ASL e tra ospedale e territorio, ma anche in Dipartimenti Interaziendali, al di fuori delle linee di autorità gerarchiche separate e distinte per ciascuna professione specialistica;
- lo sviluppo di meccanismi di comunicazione e coordinamento per la trasmissione a distanza di informazioni, dati, immagini e per la progettazione e la condivisione di Linee Guida e di percorsi assistenziali;
- la definizione di un sistema chiaro e trasparente di autonomia e responsabilità, sia dal punto di vista gestionale che tecnico professionale.

Una condizione fondamentale per garantire l'equità di accesso e, al tempo stesso, la qualità, è quella dell'autosufficienza degli ambiti territoriali in cui si articola il Sistema Sanitario Regionale e che descrive l'insieme delle caratteristiche relative a dimensione e funzionalità dei servizi necessari per soddisfare la domanda di assistenza attesa dalla popolazione residente in un territorio.

I criteri da adottare per definire le condizioni di autosufficienza devono tenere conto di:

- frequenza delle patologia di interesse ospedaliero nel territorio, tenendo conto delle principali variabili demografiche ed epidemiologiche, ma anche orografiche che agiscono sulla domanda;
- modalità di trattamento e di presa in carico dell'episodio di ricovero ritenuto più appropriato;
- livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili.

Dal punto di vista quantitativo il mix di servizi che concretizza la condizione di autosufficienza dovrà comunque fare riferimento a una dotazione di posti letto non superiore a 3 per acuti ogni 1.000 abitanti, di cui non oltre il 10% in regime diurno, e non superiore a 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per le funzioni di lungodegenza e riabilitazione, come indicato dal Patto della Salute nel dicembre 2009.

L'Abruzzo presenta un bacino provinciale e aziendale che deve essere autosufficiente per la maggior parte dei servizi e, al tempo stesso, è caratterizzato da una dimensione ottimale del bacino regionale per le specialità che richiedono volumi più elevati.

L'autosufficienza territoriale rappresenta, quindi, il ridimensionamento ottimale di servizi che operano a livelli efficienti di funzionalità, escluse le funzioni di terzo livello la cui pianificazione ed organizzazione rientra in un ambito extraregionale (patologie rare, trapianti, grandi ustionati, cliniche pediatriche, ecc.).

L'organizzazione a livello operativo richiede inoltre le seguenti condizioni:

- concentrazione della casistica presso strutture ed operatori che garantiscano volumi di attività sufficienti e correlati ad un miglioramento della qualità e alla razionalizzazione delle risorse per numerosi settori di attività. Quest'aspetto, sia per motivi epidemiologici che economici, determina una visione programmatica più ampia dei confini e del bacino di utenza sia dal punto di vista provinciale che regionale;
- le condizioni di autosufficienza degli ambiti territoriali dell'Azienda per i servizi di bassa, media, alta complessità ospedaliera e del territorio del Distretto per i processi di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione che non richiedono la degenza;
- lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze necessarie per la creazione e la gestione di reti cliniche e professionali che rappresentano il modello assistenziale e tecnico scientifico di riferimento;
- moduli minimi di degenza ospedaliera dei posti letto ordinari e diurni correlati ai minuti di assistenza necessari alla complessità dei casi trattati.

L'analisi e la valutazione dell'inappropriatezza è stato lo strumento fondamentale utilizzato nella metodologia di definizione del Fabbisogno di prestazioni ospedaliere che ha permesso la definizione anche dei posti letto necessari per lo svolgimento di tali prestazioni.

Una volta definite le prestazioni ed i ricoveri appropriati e necessari alla Regione, alle Aziende e, al loro interno, alle strutture pubbliche e private da cui è scaturito il Fabbisogno di posti letto totale correlato, si è passati a identificare l'assetto organizzativo attraverso il quale raggiungere gli obiettivi ed i valori di riferimento descritti.

Di seguito, vengono presentate le modalità organizzative di condivisione delle risorse, le tipologie di presidi ospedalieri di diversa complessità, i livelli minimi di dimensionamento per unità operative per le diverse tipologie di attività, ma anche le attività da concentrare per disciplina e quelle da decentrare, sia rispetto al bacino di utenza dell'Azienda che a quello della Regione dove le discipline necessitano di bacini più ampi. Il fine ultimo è quello di giungere a definire i principi e i parametri di riferimento della Rete Integrata di strutture e funzioni ospedaliere pubbliche e private.

L'assetto organizzativo

I Dipartimenti

Allo scopo di realizzare i principi fondamentali dichiarati, le Aziende si devono avvalere del Dipartimento quale modello organizzativo ordinario (come previsto dalla DLgs 502/92 e s.m.i) e di tutte le articolazioni organizzative di rilevanza aziendale, sia che facciano riferimento a unità operative ospedaliere che universitarie.

Il modello tradizionale per “funzioni”, tipicamente verticale e a forte gerarchia all'interno delle singole aree specialistiche, non è adatto a garantire l'interdisciplinarietà e l'integrazione indispensabile alla gestione del processo clinico assistenziale nella moderna medicina a tecnologia avanzata.

Il Dipartimento, al contrario, è idoneo a superare l'odierna suddivisione delle competenze contribuendo a rendere esplicite e condivise le finalità del lavoro di operatori che afferiscono a discipline e professionalità diverse e, in tal modo, favorisce e facilita l'uso ottimale dei posti letto, del personale, di tutte le risorse strutturali, tecnologiche ma anche culturali disponibili. Rappresenta la struttura di coordinamento per lo svolgimento dell'attività ospedaliera nei Presidi aziendali e ne garantisce l'efficienza e l'ottimizzazione delle risorse disponibili, operando e lavorando per processi e condividendo le risorse finalizzate ad uno stesso obiettivo.

Il Dipartimento assistenziale al suo interno è articolato in unità operative complesse e semplici a valenza dipartimentale che perseguono finalità comuni e risultano interdipendenti tra loro, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Dalla loro aggregazione derivano risposte unitarie, flessibili, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. A tal fine, vengono adottate regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico ed economico.

Il Dipartimento si propone i seguenti obiettivi: convergenza di competenza ed esperienza, interdisciplinarietà, garanzia di continuità dei processi assistenziali eliminando costi inutili e prestazioni non necessarie con l'accorpamento di attività secondo criteri di efficienza ed efficacia clinica e gestionale.

Nell'ambito dei Dipartimenti si procede all'applicazione e verifica dei sistemi per garantire massima omogeneità clinica e organizzativa attraverso l'uso di protocolli, linee guida, percorsi assistenziali, criteri di accesso dei pazienti; inoltre, viene incentivata l'individuazione e la costante implementazione di modelli operativi per migliorare la qualità della pratica clinica in ciascun specifico campo di competenza.

Sarà previsto un apposito regolamento per l'attività Dipartimentale funzionale allo svolgimento organizzativo dell'attività, degli organismi e delle responsabilità, di un sistema di pianificazione e controllo dei risultati.

Secondo i principi dichiarati dai Protocolli d'Intesa Università – Regione, le ASL prevedono che i Dipartimenti integrino sempre tra loro le unità operative complesse ospedaliere e quelle universitarie.

Per raggiungere obiettivi di sicurezza ed efficacia delle reti cliniche, hub e spoke, è possibile attivare anche i Dipartimenti Interaziendali 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.

Il sistema di Emergenza territoriale 118 viene organizzato in Dipartimento Regionale Interaziendale, al fine di garantire l'omogeneità delle prestazioni, la gestione razionale delle risorse e delle interfacce tra cure primarie e Dipartimenti di Emergenza ospedaliera.

Sulla base di specifici programmi di attività, specialmente orientati ai processi di diagnosi precoce, diagnosi, terapia diurna ed ambulatoriale, si sviluppano Dipartimenti misti con l'obiettivo di coordinare le attività ospedaliere a valenza territoriale e le attività extraospedaliere per una integrazione dei servizi del territorio con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta (MMG e PLS), in particolare nei Presidi Territoriali di Assistenza del Distretto; in questo modo, vengono favoriti i percorsi assistenziali specialmente con riferimento alle patologie croniche.

Il dimensionamento delle Unità Operative

Le unità operative complesse, ospedaliere e universitarie, aggregate nel Dipartimento assistenziale hanno un dimensionamento di posti letto ordinari non inferiore, di norma, a 20 per le specialità mediche e chirurgiche e di norma di 8 posti letto per l'alta specialità (terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, unità terapia intensiva cardiologica).

Inoltre, all'interno di un modulo di degenza di 20 posti letto si possono aggregare, a loro volta, più unità operative complesse e semplici, appartenenti alla stessa area funzionale, allo scopo di superare la frammentarietà esistente.

Negli ospedali di bassa complessità, le unità operative complesse, per raggiungere il modulo di degenza definito, si aggregano in Aree Mediche o Chirurgiche Indistinte dove operano in maniera integrata con gli obiettivi e i risultati attesi dell'approccio dipartimentale e con il fine di ottimizzare le risorse e garantire la qualità. In particolare, vengono attivati protocolli e percorsi assistenziali con i Dipartimenti dei Presidi di media e alta complessità in modo da garantire la continuità della cura in tutto l'intero territorio della ASL.

Le Aree Indistinte di Medicina o Chirurgia sono coordinate rispettivamente da un dirigente di un'unità operativa complessa di Medicina Generale o Chirurgia Generale.

I posti letto diurni sono aggregati per tipo medico o chirurgico e sono disponibili in modo indistinto per i pazienti assistiti dalle diverse unità operative complesse e semplici a valenza dipartimentale, al fine di garantire

un'organizzazione deputata a questa tipologia di attività che verrà organizzata dal Dipartimento a cui afferiscono le relative unità operative, sulla base dei volumi di attività.

I posti letto diurni non superano il 10% di tutti i posti letto del Presidio.

Inoltre, ciascun Dipartimento ed Area Indistinta, sulla base della ricognizione degli spazi, organizza anche l'attività di prestazioni ambulatoriali in pacchetti ambulatoriali medici e chirurgici sempre da realizzare in reparti indistinti.

La ricognizione delle strutture indicherà specifiche soluzioni ottimali compatibilmente con i layout attuali o da rimodulare con eventuali interventi. Questa modalità ha l'obiettivo di accelerare ed ottimizzare il processo di organizzazione dell'attività diurna ed ambulatoriale anche con sale operatorie, attrezzature, spazi dedicati e una organizzazione del lavoro specifica caratterizzata da tempi di svolgimento settimanale e diurni diversificati, ampi e flessibili.

I professionisti lavorano nelle unità operative complesse e semplici, ospedaliere e universitarie, a loro volta aggregate nei Dipartimenti e nelle Aree Indistinte dei piccoli ospedali e rispondono alle logiche organizzative dipartimentali per quanto riguarda l'attività assistenziale.

Il personale infermieristico ed ausiliario, insieme a quello tecnico e amministrativo, normalmente di supporto alle unità operative, sono gestiti dal Dipartimento e vengono affidati ai moduli di degenza e alle Aree Indistinte nonché ai moduli di degenza diurna e a quelli ambulatoriali, sulla base del carico di lavoro dei minuti di assistenza correlati al set assistenziale, ai volumi di attività attesi, alle competenze e alle tipologie di disciplina.

L'analisi dei ricoveri dei residenti in Regione e fuori Regione ha permesso di individuare ricoveri caratterizzati da una durata di degenza superiore a 12 giorni di tipo medico in particolare per DRG di cardiologia, oncologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, nella maggior parte dei casi soggetti ultra 65 che presentano ricoveri ripetuti durante l'anno e che sono pari a circa 11.000.

Si ritiene che tali ricoveri rappresentino una fase di sub acuzie che, pur richiedendo un ambiente sicuro e tecnicamente avanzato, necessita di un'assistenza organizzata diversamente dai reparti per acuti, per quantità e qualità di risorse e intensità di cura.

Il Fabbisogno di lungodegenza è pari a circa 270 posti letto per tutta la Regione e, peraltro, pari allo 0.2 per 1000, come quello previsto dal Patto della Salute 2009.

Alla luce di queste considerazioni si prevede che tale attività sia organizzata all'interno dell'apposito Dipartimento in un modulo di 20 posti letto da collocare, in particolare, nei Presidi per acuti affinché, superata la fase acuta di scompenso, i soggetti che necessitano di un periodo di convalescenza, comunque sotto controllo, vengano trasferiti in un ambiente più idoneo al loro stato clinico e possano liberare posti letto per soggetti in fase acuta di scompenso che necessitano di un'assistenza più continua ed intensa.

Per quanto riguarda la Riabilitazione, il calcolo del Fabbisogno ha confermato una necessità della Regione pari a circa lo 0.5 per 1000 che corrispondono a circa 550 posti letto. Tuttavia, come si evince dalle criticità dell'offerta, è necessaria una riduzione dell'inappropriatezza, una rimodulazione dell'attività ma soprattutto una riqualificazione della stessa con un sistema di regole e una chiara definizione dei ruoli tra pubblico e privato.

Inoltre la rete delle strutture di riabilitazione è attualmente profondamente frammentata, in grande prevalenza di proprietà privata e con gravi squilibri tra i diversi territori.

Pertanto, il problema è stato affrontato cercando di omogeneizzare la distribuzione dei posti letto nei territori delle ASL e concentrare le unità operative verso moduli di degenza con un minimo di 20 posti letto.

Inoltre, è stato previsto un centro di Riabilitazione regionale che affronti anche riabilitazione dei cerebrolesi (codice 75) per i quali la Regione attualmente non ha strutture dedicate.

Il dimensionamento delle Funzioni

Il Fabbisogno di posti letto è stato calcolato attraverso la metodologia orientata alla riduzione dell'inappropriatezza di tutti i ricoveri dei residenti sia in Regione che in mobilità passiva ed ha determinato la necessità di un numero di ricoveri ordinari, diurni e prestazioni ambulatoriali per raggiungere l'obiettivo del 180 per mille.

Inoltre, ha permesso di identificare un Fabbisogno di posti letto per acuti pari a circa il 3 per 1000 e di riabilitazione e lungodegenza di circa lo 0.7 per mille; obiettivo indicato anche dal Patto della Salute.

Da tale calcolo è scaturito il numero di posti letto necessari per lo svolgimento delle prestazioni considerate appropriate nelle varie tipologie di ricovero per ciascun territorio aziendale, ammettendo un grado di efficienza delle strutture pubbliche e private.

La Regione intende promuovere l'efficienza proprio con gli strumenti della Rete Integrata, col modello Dipartimentale descritto e con il livello di dimensionamento del modulo di degenza, di norma, di 20 posti letto, oltre che con le reti cliniche e le reti hub e spoke che verranno descritte successivamente.

La riprogettazione dell'assetto organizzativo delle funzioni e delle unità operative di degenza prevede di declinare puntualmente i posti letto per disciplina e la metodologia utilizzata si basa sull'utilizzo di *standard* che si riferiscono alle strutture che nel Paese presentano le pratiche migliori in questo momento storico.

Il riferimento alle pratiche migliori delle Regioni che hanno raggiunto risultati di equilibrio nel bilanciamento tra qualità e costi, è indicato come raccomandazione dal Patto della Salute stesso.

Pertanto, attraverso le informazioni messe a disposizione dal Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute sulle medie dei posti letto per disciplina utilizzati nelle Regioni di riferimento e definite *gold standard*, si è identificato il Fabbisogno di posti letto complessivo per disciplina della Regione e di ciascuna ASL.

In tal modo è stato possibile prevedere il numero di posti letto per disciplina delle strutture pubbliche, a loro volta aggregati nei Dipartimenti, nei moduli di degenza nonché nelle Aree Indistinte.

Infine, è stato riprogettato il numero massimo di unità operative complesse e semplici a valenza dipartimentale per disciplina sulla base di un "algoritmo" che tiene conto del bacino di utenza, dei ricoveri appropriati, dei tassi di operatività delle unità operative chirurgiche, del modulo minimo di degenza per discipline di alta, media e bassa complessità, attraverso il quale è stato possibile individuare il numero di unità operative necessarie per disciplina sul territorio.

Tale metodo è orientato a concentrare le specialità chirurgiche e quelle caratterizzate da bassi volumi di prestazioni e a decentrare, invece, le specialità di base come Medicina Generale e Chirurgia Generale.

Con la medesima metodologia saranno identificate le necessarie unità operative semplici a valenza dipartimentale che, all'interno dei Dipartimenti, svolgono l'assistenza nei moduli di degenza delle discipline delle medesime aree funzionali nonché nei posti letto diurni e ambulatori indistinti.

Da tale riprogettazione scaturiscono anche le discipline che necessitano di un bacino di popolazione interaziendale e regionale (vedi Dipartimenti Interaziendali) ma anche le specialità che sono uniche per tutta la Regione e devono essere collocate in strutture baricentriche raggiungibili equamente da tutta la popolazione utilizzando l'analisi delle percorrenze.

Attraverso tale attività e con l'applicazione dei parametri sopra descritti è stato possibile definire, con puntualità, anche il Fabbisogno di posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza per ciascuna Azienda delle strutture private e il loro ruolo all'interno del sistema della Rete che rappresenta il Fabbisogno di posti letto da accreditare definitivamente.

Le strutture private entrano nel Piano di riduzione dell'inappropriatezza avendo contratto i Tetti di Spesa definiti proprio attraverso la metodologia descritta per la definizione del Fabbisogno di prestazioni che indirettamente misura il Fabbisogno di posti letto correlati per lo svolgimento di quest'attività.

Pertanto, la riprogettazione che la Regione si propone, tiene conto del ruolo che le strutture sia pubbliche che private hanno nel contesto del miglioramento della qualità dell'assistenza, della qualificazione delle prestazioni e della riduzione della mobilità passiva, delle garanzie dei LEA ma anche dell'economia occupazionale sostenibile.

Il numero minimo e massimo di unità operative pubbliche per disciplina da distribuire nel territorio regionale e in quello aziendale sono i seguenti:

- Le unità operative di Cardiologia con Terapia Intensiva Cardiologica sono 12, di cui 4 con Emodinamica per tutta la Regione;
- In tutti i Presidi è presente un Servizio di Cardiologia;
- Le unità operative complesse di Ortopedia non possono essere superiori a tre per ciascuna Azienda;
- Le unità operative complesse di Urologia non possono essere superiori a due per ciascuna Azienda;
- Le unità operative complesse e semplici, a valenza dipartimentale, di Ostetricia possono essere solo pubbliche e svolgere non meno di 500 parti/anno;
- Le unità operative complesse di Neurochirurgia non possono essere più di 3 in tutta la Regione, di cui 2 sono collocate nei due bacini baricentrici rispetto alla popolazione e nei due Presidi di alta complessità sede di Centro hub della rete di Emergenza Urgenza; inoltre, è prevista una unità operativa per l'elezione;
- Le unità operative complesse di Radioterapia non hanno posti letto e organizzano la propria attività a livello ambulatoriale. Sono 4 per tutta la Regione collocate una per ogni Azienda nei presidi di alta complessità;

- Per quanto riguarda le seguenti unità operative: Chirurgia Vascolare, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Geriatria, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Malattie Infettive, Laboratorio Analisi e Anatomia Patologica, Riabilitazione e recupero funzionale si tenderà ad unità operativa complessa per ASL e alla trasformazione delle attuali unità operative complesse in strutture semplici, a valenza dipartimentale, al momento del collocamento a riposo degli attuali direttori.

Inoltre, come verrà definito nella Rete dei Laboratori, si sottolinea che è prevista la disattivazione dei Laboratori Analisi nei presidi disattivati da acuti e nei Presidi che presentano bassi volumi di attività con il contestuale sviluppo di Punti Prelievo sia nei Presidi Territoriali di Assistenza (PTAh24), attivati dai Presidi riconvertiti, sia in numerosi punti di erogazione di servizi collocati nei Distretti.

Lo stesso vale per i servizi di Radiodiagnostica che avranno un punto di accesso per i servizi di base (Radiologia tradizionale, Ecografia) presso il Presidio Territoriale di Assistenza ed i punti di erogazione dei Distretti.

Per quanto riguarda altre discipline e funzioni che nella clinica attuale operano esclusivamente in regime diurno ed ambulatoriale come Diabetologia, Allergologia, Angiologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Chirurgia Plastica, si prevede di organizzarle in un numero di unità operative correlato ai volumi di prestazioni attese e collocate nei punti più idonei della rete regionale.

Infine, le seguenti discipline: Maxillo Facciale, Chirurgia Pediatrica, Ematologia, Riabilitazione cardiologica (codice 56) e Neuro riabilitazione (codice 75) sono dimensionate a livello regionale e collocate presso il Presidio di alta complessità preferibilmente baricentrico rispetto a tutto il territorio.

In conclusione nelle Tabelle 1, 2, 3 e 4 vengono riassunti i posti letto totali individuati per ciascuna Azienda in una sintesi per Presidio, per Area funzionale e per alcune specifiche unità operative.

Attraverso l'applicazione dei principi organizzativi delle Reti Integrate e dei Dipartimenti, dei parametri e degli standard di dimensionamento delle unità operative e delle funzioni definiti in questo documento, nonché delle linee guida regionali per l'adozione degli Atti Aziendali, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali procederanno a definire, nell'ambito dell'Atto aziendale, i Dipartimenti e le unità operative complesse con i relativi posti letto.

I criteri fondamentali che caratterizzano le 5 principali reti cliniche, hub e spoke

Rete Percorso Nascita

Il Percorso Nascita è la rete principale tracciante ed è gestita dai Dipartimenti Materno Infantili che aggregano unità operative di diversa complessità a seconda della casistica e della complessità dei casi trattati ed opera con i servizi territoriali dei Distretti e dei consultori.

Si prevede che l'attività ospedaliera presenti tre livelli di complessità sulla base della classificazione dell'assistenza di base, sub intensiva ed intensiva, riferita sia all'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatale, che corrisponde ai tre livelli di assistenza dei presidi ospedalieri previsti.

Attraverso i tre livelli di complessità della domanda ostetrica di non meno di:

- 500 parti/anno con un tasso di cesarei inferiore al 10% ;
- 800 parti/anno con un bacino di utenza aziendale complessivo non inferiore ad almeno 2.500-3.000 parti;
- 1.000 parti/anno con un bacino complessivo aziendale di almeno 5.000 parti.

A questi livelli di attività corrispondono i seguenti livelli di complessità dell'assistenza: parti fisiologici con neonati sani, gravidanze a rischio con parti prematuri inferiori a 31 settimane e gravidanze a elevato rischio con parti prematuri indipendentemente dall'età gestazionale, a cui si correlano i livelli di organizzazione necessaria.

Le unità operative dei Presidi di base presentano assistenza ostetrico-ginecologica H.24, assistenza anestesiologicala in pronta reperibilità e consulenza pediatra/neonatologo in pronta disponibilità.

Negli altri Presidi che affrontano quantità e complessità più elevate si garantisce assistenza ostetrico-ginecologica H.24, assistenza anestesiologicala H.24, assistenza pediatrico-neonatologica H.24 con culle per patologia neonatale "sub intensiva".

Le unità operative di terapia intensiva neonatale di secondo livello sono collocate in due punti della rete regionale e presentano le stesse caratteristiche organizzative descritte per i presidi precedenti, oltre a culle per terapia "intensiva" per affrontare volumi inferiori di prestazioni ma di elevata complessità.

Il funzionamento della rete di assistenza deve essere garantito attraverso i percorsi del Servizio di Trasporto Assistito Materno e Neonatale (Stam e Sten) e dalla forma organizzativa del Dipartimento che garantisce l'integrazione tra i diversi livelli complessità di assistenza.

Questi percorsi sono gestiti attraverso il Dipartimento di Emergenza Urgenza che sulla base delle percorrenze e del territorio definirà le modalità operative per supportare i percorsi nei Presidi di diverso livello e che verrà esplicitato nel Piano della Rete dell'Emergenza Urgenza; fermo restando la priorità del trasporto in utero, il 118 garantirà il trasporto neonatale con l'accompagnamento degli specialisti.

Rete Emergenza Urgenza e funzioni DEA

Si tratta di una rete tipicamente hub e spoke e viene descritta nelle sue principali caratteristiche e nei parametri indispensabili alla definizione della Rete Ospedaliera definita in questo documento e che verranno maggiormente esplicitati nella definizione della Rete Emergenza Urgenza prevista dall'Intervento 8 del Programma Operativo entro il 31 ottobre.

Per quanto riguarda la Rete Ospedaliera, dal punto di vista dei criteri generali organizzativi, si è stabilito un Centro hub ogni 600.000- 800.000 abitanti (in generale: per la Regione Abruzzo possono essere 2, ciascuno anche su più Presidi) e si deve prevedere uno spoke in ogni ambito territoriale corrispondente ad un bacino di utenza che supera i 200.000-250.000 abitanti o qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di spoke superasse i 60 minuti, tenendo conto che il Centro hub funge anche da spoke per il bacino di competenza. Nel ribadire la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) come asse portante dell'organizzazione del soccorso, il modello organizzativo deve prevedere l'individuazione di un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza).

In questo contesto gli organici dedicati e specifici per l'emergenza ospedaliera devono divenire una vera e propria Rete di risorse professionali che secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, sia messa in grado di spalmare le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza; dai centri di eccellenza caratterizzati da elevati livelli tecnologici e da competenze di alto livello, deve svilupparsi una funzione vasta di Pronto Soccorso in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di DEA e dei punti di primo intervento che dovranno essere direttamente collegati allo spoke o all'hub di competenza.

Le funzioni previste per i Centri hub possono essere erogate in due centri per tutto l'Abruzzo secondo gli standard descritti in precedenza, anche ciascuno su più Presidi purché non vi siano duplicazioni.

L'ospedale deve essere dotato di tutte le strutture previste per il Centro spoke descritte successivamente e, inoltre, devono essere presenti le altre strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nel Centro spoke o comunque non in tutti i Centri spoke: Cardiologia con emodinamica interventistica H.24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione Cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Endoscopia Digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia Interventistica, Radiologia Interventistica, Rianimazione Pediatrica e Neonatale. Devono essere presenti o disponibili H.24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale e deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva

Il Pronto Soccorso del Centro hub deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione.

Il Pronto Soccorso che eroga funzioni di spoke è previsto nei 4 Presidi di alta complessità e deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al Centro hub secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità. E' ubicato in un

Presidio Ospedaliero che presenta una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio e alta, ma diffusi nella Rete Ospedaliera e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza. Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva.

L'ospedale deve essere, di norma, dotato di unità operative complesse di Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Psichiatria, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con Terapia Intensiva Cardiologica, di Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in Urgenza, Oculistica, O.R.L., Urologia, con servizio medico di Guardia Attiva o di Reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista.

Devono essere presenti o disponibili H.24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Alcuni Centri Spoke sulla base della definizione ed implementazione della rete delle patologie complesse sono dotati di funzioni specifiche quale, ad esempio, l'Emodinamica.

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i Centri hub, con i Dipartimenti Interaziendali gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

La funzione di Pronto Soccorso Semplice può essere svolta dai Presidi di un livello di complessità per cui si preveda un'evoluzione a spoke nel tempo in attesa di eventi programmati a lunga scadenza oppure in particolari situazioni critiche. Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva proporzionali al bacino di utenza e alla media dei passaggi e devono essere funzionanti 24 ore le attività di Radiologia, Laboratorio, Emoteca.

Il bacino d'utenza deve comportare, di norma, un numero di accessi superiore a 20.000 unità e una percorrenza superiore a 60 minuti da uno spoke.

Il Pronto Soccorso Semplice deve compiere interventi diagnostico-terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al Centro spoke o hub di riferimento, secondo i protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.

E' ubicato in un ospedale della rete e dotato di funzioni di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia, Ortopedia, Ostetricia, Pediatria, e servizi come sotto specificati di guardia attiva o in regime di pronta disponibilità secondo le esigenze del bacino d'utenza ed il numero dei passaggi.

Nei Presidi di bassa complessità, dove sussistono Aree Indistinte di Medicina e Chirurgia, è presente il Punto di Primo Intervento per il quale sono necessari unicamente ambienti e dotazioni tecnologiche atti al trattamento delle urgenze minori ed a una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato.

I Punti di Primo Intervento (PPI) si distinguono in:

- Punti di Primo Intervento 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).
- Punti di Primo Intervento con numero di accessi >6.000 se attivi 24 ore o > 3.000 se attivi 12 ore.

Le notevoli differenze tra zone a popolazione dispersa e grossi centri urbani e, d'altra parte, la necessità di garantire interventi equi ed omogenei su tutto il territorio regionale impongono una corretta programmazione dei servizi di emergenza anche nelle zone più svantaggiate che verranno esplicitati puntualmente nel Piano specifico.

I PPI in zona disagiata richiedono una particolare attenzione da parte di P.S. dello spoke o dell'hub a cui si riferiscono, con gestione diretta da parte degli stessi medici operanti nel DEA di riferimento e con la particolare implementazione di attività qualora i numeri lo richiedano. Nel Punto di Primo Intervento resta sempre prioritaria la garanzia del trasferimento protetto del paziente stabilizzato al centro più idoneo.

A seguito della riconversione dell'attività dei 5 ospedali per acuti descritta nell'Azione 1, potrebbe rendersi necessario il mantenimento di un Punto di Primo Intervento, operativo 12 o 24 ore a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie.

E' molto importante il lavoro di integrazione tra hub, spoke, PPI ed 118 che insieme devono garantire una costante collaborazione nella gestione dei percorsi clinici dei pazienti, garantendo 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 sarà possibile con i Distretti delle cure primarie per i codici a bassa gravità.

Rete di Cardiologia

La Rete di Cardiologia è composta di funzioni e strutture di vario livello di complessità che operano come unità operative semplici e complesse di Cardiologia e UTIC aggregate in moduli di degenza e del Dipartimento Medico di Presidio di grande e media complessità, sede di hub, spoke della Rete di Emergenza Urgenza.

Nei Presidi di bassa complessità sede di Punto di Primo Intervento la Cardiologia opera come unità operativa semplice all'interno dell'Area Indistinta Medica.

Nei Presidi Territoriali di Assistenza e nei punti avanzati di erogazione di assistenza dei Distretti sono previste le funzioni ambulatoriali di Cardiologia che operano con piani e programma integrati attraverso i Dipartimenti con i MMG, PLS e altri specialisti con la funzione di garantire tutti i processi di prevenzione, diagnosi, terapia riabilitazione controllo per diversi percorsi assistenziali per patologia tra ospedale e territorio. Pertanto, in questo caso come nel Percorso Nascita è necessario prevedere un'attività Dipartimentale mista tra ospedale e territorio specifica.

Per le fasi acute di alta complessità che prevedono la partecipazione delle funzioni di Emodinamica e Cardiochirurgia è indispensabile attivare due Dipartimenti Interaziendali per tutta la Regione che gestiscono i Laboratori di Emodinamica periferici e ne stabiliscono modalità operative e di accesso nella rete correlate attraverso il personale del Dipartimento e che sono situati nei due Centri hub di Emergenza Urgenza. Tale modalità indicata dalle raccomandazioni e *best practice* internazionali prevede che un Laboratorio di emodinamica debba svolgere almeno 1.200 prestazioni diagnostiche all'anno di cui almeno 600 coronarografie e almeno 300 angioplastiche interventistiche. Inoltre, tali Laboratori non possono essere più di 4 per tutta la Regione complessivamente tra pubblico e privato, collocati correttamente rispetto alle percorrenze di sicurezza. I

Laboratori di Emodinamica Interventistica devono essere collegati strutturalmente con le unità operative complesse di Cardiocirurgia per garantire la sicurezza dell'intervento al bisogno.

Si sottolinea che nelle sindromi coronariche acute la mortalità e la morbidità, sia precoce che a distanza, sono in rapporto lineare con la precocità del trattamento ripercussivo effettuato sia mediante trombolisi sia con angioplastica primaria (PTCA) che, se la ripercussione avviene entro 1–6 ore, ottiene una riduzione della mortalità dal 47% al 10%.

Inoltre, dai dati dei più recenti studi randomizzati, si evince che l'efficacia della trombolisi è pari a quella della PTCA primaria se effettuata entro i primi 90 minuti di insorgenza dei sintomi, mentre dopo la terza ora, nei pazienti in shock, l'efficacia della PTCA primaria è superiore a quella della trombolisi.

Pertanto, obiettivi primari della rete per il trattamento dell'infarto acuto del miocardio sono:

- riduzione dei tempi di accesso dei pazienti al trattamento;
- maggior diffusione della trombolisi precoce;
- aumento del numero di rivascolarizzazioni coronariche, in particolare garantendo l'accesso alla PTCA primaria sia ai pazienti in shock o con controindicazioni alla trombolisi sia ai pazienti ad alto rischio.

Tale obiettivo è subordinato a:

- attivazione effettiva della rete, intesa come trasmissione dell'elettrocardiogramma della scheda dati dall'ambulanza 118 alla Terapia Intensiva Cardiologica di riferimento territoriale;
- espletamento dei corsi di formazione cardiologica per gli operatori del 118;
- attivazione dei trasferimenti secondari, in particolare per i pazienti che giungano con mezzi propri al Pronto Soccorso/Punti di Primo Intervento.

Rete per la patologia cerebro-vascolare

L'ictus cerebrale (inteso come deficit focale o globale delle funzioni cerebrali di durata superiore alle 24 ore attribuibile a patologia cerebrale acuta) ha un'incidenza in Italia di 2,5 nuovi casi/anno per mille abitanti ed interessa prevalentemente la popolazione anziana. Il 25% dei colpiti da ictus muore entro tre mesi ed il 45% perde definitivamente la propria autonomia.

L'esito è fortemente condizionato dalla possibilità di trattamento entro le tre ore dall'insorgenza per i soggetti ischemici e dal trattamento neurochirurgico o neuro radiologico interventista.

Criteri generali per affrontare l'assistenza di tale patologia sono i seguenti:

- attivazione della trasmissione dei dati clinici dal luogo del soccorso alla Centrale Operativa 118 e da qui invio del paziente alla struttura idonea dotata di TAC e neurologia.
- identificazione tra i DEA di I° e II° livello delle strutture con i requisiti essenziali di minima per il trattamento dell'ictus acuto mediante trombolisi secondo un approccio multidisciplinare (neurologo, medico d'urgenza, fisiatra, fisioterapista, infermiere, ecc.) e dei centri dotati di strutture più complesse, secondo quanto previsto dalla D.G.R. n.44-2861/2006;

- attivazione dei trasferimenti secondari tra i P.S. degli ospedali sprovvisti di Centro Ictus e quelli con Centro Ictus di 1° o 2° livello.

Nei DEA devono essere impiegati protocolli diagnostici-terapeutici condivisi e periodicamente aggiornati in collaborazione con i medici dei Centri Ictus, inoltre si deve garantire il collegamento telematico tra i Centri della rete con possibilità di teleconsulto specialistico e qualora si istituisse una rete per il trattamento interventistico dell'ictus, sarebbe auspicabile che coincidesse con alcuni dei centri di emodinamica interventistica.

Rete per l'emergenza-urgenza traumatologica

Il trauma è la primaria causa di morte sotto i 40 anni e produce un elevato numero di decessi ed invalidità permanenti, specialmente tra le fasce più produttive della popolazione. Il modello di assistenza raccomandato prevede:

- una rete di Ospedali per la fase acuta detti Centri di riferimento per il Trauma, identificati tra i DEA di II° livello, tra loro funzionalmente connessi e coordinati con il Trauma Center e strettamente interconnessi da reti telematiche, attraverso le Centrali Operative 118, anche per il coordinamento di eventuali trasporti secondari;
- Trauma Center di riferimento, anche in regione limotrofa, per Centro Grandi Ustionati, Microchirurgia, Unità Spinale Unipolare;
- Centro Traumi di Zona, dotato di un team dedicato (trauma team/trauma service), presso cui sono disponibili tutte le risorse organizzative e strutturali necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo le lesioni, tranne quelle connesse con le specialità non presenti (DEA di II° livello hub);
- Presidio di Pronto Soccorso per Traumi, in grado di garantire il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni determinanti instabilità prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore (DEA di I° livello spoke).

La rete di teleconsulto, inoltre, rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto.

Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di dati ed immagini, è necessaria la presenza di un operatore, preferibilmente l'infermiere di triage, al quale affidare la gestione e la responsabilità fino alla presa in carico del paziente (accettazione ed indirizzo su protocolli concordati) sulla base delle richieste di consulenza e l'invio allo specialista.

Inoltre, è necessaria una revisione e un potenziamento della rete dei trasporti secondari, con adeguamento delle risorse da parte delle Centrali 118, dal momento che è prevedibile un notevole incremento dei trasporti da strutture a bassa complessità verso strutture ad elevata complessità.

E' altresì necessaria la definizione di precisi protocolli che consentano, dopo il trattamento della fase acuta nel centro ad elevata specializzazione, il ritorno in continuità assistenziale del paziente alla sede di provenienza.

Conclusioni e cronoprogramma

In conclusione, la Rete Ospedaliera Pubblica della Regione Abruzzo prevede la disattivazione di 6 ospedali da acuti a Presidio Territoriale di Assistenza e la realizzazione della Rete di 16 Presidi, di cui 4 di alta complessità e 12 di media e bassa complessità. A proposito di questi ultimi Presidi, si sottolinea che entro il 2011 uno di essi verrà riconvertito in Presidio di Riabilitazione a valenza regionale e un altro sarà caratterizzato da una gestione pubblico privato.

Pertanto si delinea una Rete Ospedaliera di diversa complessità e, di conseguenza, una organizzazione delle risorse correlata a diversi bacini di utenza che presenta, nel contempo, una concentrazione delle funzioni, in particolare, quelle chirurgiche e quelle che presentano bassi volumi di attività, con il risultato di garantire maggiori prestazioni per struttura e per operatore e, con esse, maggiori curve di esperienza.

Inoltre, l'organizzazione descritta prevede concentrazioni dell'attività complessa, favorisce comportamenti integrati e multidisciplinari, procedure più trasparenti di organizzazione del lavoro e dell'accesso dei pazienti, responsabilità verso il processo clinico assistenziale nella sua integrazione e unitarietà e, quindi, verso i risultati complessivi di efficienza e di efficacia del servizio alla persona.

Si delineano dei punti della rete fortemente attrezzati per la diagnosi ed il trattamento della fase acuta che garantiscono a tutta la popolazione il raggiungimento di discipline di alta specialità nei Presidi di alta e media complessità, in tempi di percorrenza appropriati rispetto alla sicurezza e alla tempestività dell'accesso che sono stati puntualmente valutati per la popolazione di ciascun comune. Tali Presidi sono supportati dai Presidi di bassa complessità con un ruolo strategico di diagnosi e trattamento appropriati verso numerose patologie che richiedono livelli di assistenza diversi.

Tuttavia la rete delineata è condizionata, nella possibilità di dimostrare risultati di efficienza e di efficacia, dalle condizioni strutturali ed edilizie di cinque Presidi che presentano caratteristiche particolarmente critiche e richiedono, in alcuni casi, anche un rinnovamento edilizio completo.

Inoltre, si sottolinea che tutti i Presidi, alla luce della attuale definizione della Rete ospedaliera, hanno il compito di soddisfare la quantità e la qualità dei servizi assistenziali necessari e definiti dal Fabbisogno e di garantirne tempestività, sicurezza e appropriatezza.

Pertanto, ne consegue che la realizzazione della Rete ospedaliera delineata in questo documento, necessita della progettazione strutturale immediata dei Presidi critici, attraverso le metodologie e gli strumenti collegati all'Articolo 20.

I tempi ed i modi per l'applicazione di principi, criteri e parametri indicati nella definizione della Rete Integrata di Servizi, dell'assetto organizzativo, della razionalizzazione delle unità operative e delle principali reti cliniche, verranno implementati entro la data del 31 dicembre 2010.

L'analisi delle strutture e la ricognizione dei layout indicherà eventuali specifiche deroghe all'implementazione della nuova organizzazione dovute esclusivamente a problemi strutturali, da valutare e verificare puntualmente e da concordare tra ASL e Regione.

Tab. 1 - ASL L'Aquila - Rete Ospedaliera 2010 - Sintesi dei posti letto per Presidio, Area Funzionale e alcune specifiche Unità operative

AREA FUNZIONALE	L'AQUILA	SULMONA	AVEZZANO	CASTEL DI SANGRO	TAGLIACOZZO	TOTALE
AREA FUNZIONALE MEDICA	171	46	71	20		308
AREA FUNZIONALE CHIRURGICA	126	65	82	20		293
AREA FUNZIONALE MATERNO INFANTILE	38	25	30			93
TERAPIA INTENSIVA	8	8	8			24
PSICHIATRIA SPDC	15		15			30
DETENUTI	2					2
TOTALE ACUTI	360	144	206	40	-	750
RIABILITAZIONE	20				40	60
LUNGODEGENZA	20	20	20			60
TOTALE	40	20	20	-	40	120
TOTALE STRUTTURA	400	164	226	40	40	870

Tab. 2 - ASL Chieti - Rete Ospedaliera 2010 - Sintesi dei posti letto per Presidio, Area Funzionale e alcune specifiche Unità operative

AREA FUNZIONALE	CHIETI	LANCIANO	VASTO	ATESSA	ORTONA	TOTALE
AREA FUNZIONALE MEDICA	205	71	80	30	28	414
AREA FUNZIONALE CHIRURGICA	143	58	60	30	40	331
AREA FUNZIONALE MATERNO INFANTILE	65	30	30		25	150
TERAPIA INTENSIVA	12	8	6			26
PSICHIATRIA SPDC	15	15	4			34
TOTALE ACUTI	440	182	180	60	93	955
RIABILITAZIONE				20	20	40
LUNGODEGENZA	20	20	20	20		80
TOTALE	20	20	20	40	20	120
TOTALE STRUTTURA	460	202	200	100	113	1,075

Tab. 3 - ASL Pescara - Rete Ospedaliera 2010 - Sintesi dei posti letto per Presidio, Area Funzionale e alcune specifiche Unità operative

AREA FUNZIONALE	PESCARA	PENNE	POPOLI	TOTALE
AREA FUNZIONALE MEDICA	256	45	20	321
AREA FUNZIONALE CHIRURGICA	194	24	20	238
AREA FUNZIONALE MATERNO INFANTILE	86	14		100
TERAPIA INTENSIVA	24			24
PSICHIATRIA SPDC	15			15
TOTALE ACUTI	575	83	40	698

RIABILITAZIONE			70	70
LUNGODEGENZA	20	10		30
TOTALE	20	10	70	100

TOTALE STRUTTURA	595	93	110	798
-------------------------	------------	-----------	------------	------------

Tab. 4 - ASL Teramo - Rete Ospedaliera 2010 - Sintesi dei posti letto per Presidio, Area Funzionale e alcune specifiche Unità operative

AREA FUNZIONALE	TERAMO	GIULIANOVA	ATRI	SANT'OMERO	TOTALE
AREA FUNZIONALE MEDICA	185	72	51	45	353
AREA FUNZIONALE CHIRURGICA	186	44	50	40	320
AREA FUNZIONALE MATERNO INFANTILE	50		30	30	110
TERAPIA INTENSIVA	18	4	4	4	30
PSICHIATRIA SPDC	15	15			30
TOTALE ACUTI	454	135	135	119	843
RIABILITAZIONE	22			20	42
LUNGODEGENZA		30	30		60
TOTALE	22	30	30	20	102
TOTALE STRUTTURA	476	165	165	139	945