



Regione Abruzzo

Regione Abruzzo

**Linee guida per la redazione del
PIANO SANITARIO REGIONALE
2007-2009
UN SISTEMA DI GARANZIE PER LA
SALUTE**

**PIANO DI RIORDINO DELLA RETE
OSPEDALIERA**

INDICE

Linee guida per la redazione del PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009	3
1. Introduzione	4
2. Principi e scenari.....	5
3. Logiche di sistema	7
4. Organizzazione del sistema sanitario	8
4.1. <i>Macrolivello territoriale</i>	9
4.2. <i>Macrolivello della prevenzione collettiva</i>	16
4.3. <i>Macrolivello ospedaliero</i>	18
4.4 <i>Aree trasversali tra macrolivelli</i>	18
Piano Riordino Posti Letto Ospedalieri	21
1 - Premessa	22
2 - Principi generali del riordino della rete ospedaliera.....	23
3 - Le logiche programmatiche	24
3.1. Programmazione regionale e locale	24
3.1.1. LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE	25
3.1.2. PROGRAMMAZIONE AZIENDALE	26
3.1.3. PROGRAMMAZIONE DELLA SPEDALITA' PRIVATA	26
3.2. Progetto reti cliniche e percorsi assistenziali	26
3.3. Progetto Centri di riferimento	27
3.4. I Piccoli Ospedali.....	28
3.5. Il ruolo delle Università.....	30
4 - I modelli organizzativi	30
4.1. Modello <i>Hub and Spoke</i>	30
4.2. Modello dipartimentale	31
4.3. L'articolazione organizzativa (UU.OO. e Servizi) nel pubblico	31
4.4. Sviluppo dei regimi alternativi.....	32
4.5. Il sistema di emergenza-urgenza sanitaria	33
4.6. Lungodegenza e Riabilitazione	34
4.6.1 La lungodegenza post-acuzie	34
4.6.2. La riabilitazione ospedaliera	35
5. L'ASSETTO DOTAZIONALE	36
5.1. Criteri di ridefinizione dei posti letto	36
5.2. La rete ospedaliera: i dati generali	37
5.3. I posti letto della rete ospedaliera pubblica	41
5.4. I posti letto della rete ospedaliera privata.....	48
<i>Allegato 1- Classificazione Specialità</i>	<i>51</i>
<i>Allegato 2 - Moduli minimi per Specialità</i>	<i>52</i>
<i>Allegato 3 - Ordine del giorno</i>	<i>53</i>



Regione Abruzzo

**Linee guida per la redazione del PIANO
SANITARIO REGIONALE 2007-2009**

**UN SISTEMA DI GARANZIE
PER LA SALUTE**

1. Introduzione

Le presenti linee guida delineano la piattaforma programmatica per la redazione del Piano Sanitario Regionale (PSR), di cui la regione Abruzzo dovrà dotarsi per il governo e la gestione del sistema sanitario nel triennio 2007-2009.

La redazione del PSR avverrà attraverso un **ampio processo partecipativo** che impegnerà le varie componenti del sistema sanitario, le istituzioni locali e le espressioni organizzate della comunità, ritenendo che solo da tale processo partecipativo potrà nascere uno strumento interiorizzato nel contesto regionale e che potrà avviare i necessari cambiamenti già nel periodo della sua redazione.

Il PSR sarà un **piano ordinatorio** del sistema che individua:

- gli **obiettivi** da perseguire;
- le **modalità** da utilizzare per raggiungere tali obiettivi;
- le **caratteristiche** che dovranno permeare le azioni di innovazione del sistema
- i **metodi** e gli **strumenti di regolamentazione** dei soggetti erogatori;
- i **macro standard dotazionali ed organizzativi** entro cui le ASL dovranno sviluppare la propria progettualità operativa;
- le **metodologie** e gli **strumenti di valutazione degli esiti, della produzione e della qualità dell'offerta**
- la **sperimentazione di settore** come strumento di programmazione, prima della generalizzazione di modelli all'intero ambito regionale;
- le **risorse** da impiegare per la **garanzia** dei **Livelli essenziali di assistenza (LEA)**.

Tale impianto potrà permettere:

- una **valorizzazione delle progettualità aziendali e locali** all'interno di strategie e regole certe;
- una **non cristallizzazione di modelli organizzativi ed operativi** che devono invece rimanere flessibili e prontamente adattabili alla continua evoluzione della domanda, dell'innovazione tecnologica e della operatività dei professionisti;
- una **programmazione continua** che si rende possibile a partire dalle **sperimentazioni locali** che potranno mettere a disposizione del sistema le pratiche che avranno garantito i migliori risultati evidenziati da un sistema di valutazione affidabile ed uniforme sul territorio regionale.

Il PSR sarà articolato sui seguenti punti:

- a) **Principi e scenari**
- b) **Logiche di sistema**
- c) **Organizzazione del sistema assistenziale**
 - **Macrolivello territoriale**
 - **Macrolivello della prevenzione collettiva**
 - **Macrolivello ospedaliero**

Le parti del Piano Sanitario che attengono i temi dell'integrazione socio-sanitaria verranno redatti congiuntamente con l'Assessorato ai Servizi Sociali sulla base del Piano Sociale recentemente approvato dal Consiglio Regionale,

sviluppando in modo compiuto le tematiche che in detto piano sono state delineate in termini generali.

2. Principi e scenari

I **principi e i valori fondanti del SSR** finalizzato a corrispondere all'art.32 della Costituzione:

- la **salute** come **diritto da promuovere e tutelare e non bene da negoziare**.
- **l'equità e l'universalismo** intesi come pari opportunità di accesso e fruizione dei servizi sanitari da parte di tutti i cittadini presenti a qualunque titolo sul territorio regionale, tenendo conto delle specificità territoriali delle aree svantaggiate e montane
- la **solidarietà** come valore espresso dalla storia del nostro paese vengono riaffermati come assi di riferimento fondamentali dell'azione delle politiche regionali.

Il PSR 2007-2009 dovrà delineare **lo stato dell'arte del SSR** in quanto:

- pianificare e programmare non sono processi avulsi dalle caratteristiche del contesto. Delineare indirizzi, strategie e programmi che caratterizzeranno il PSR implica la maggiore aderenza possibile alle specificità (limiti e potenzialità) del contesto regionale e dei vari contesti aziendali;
- conoscenza del contesto implica comprensione dei fabbisogni della comunità e delle aspettative delle varie componenti del sistema assistenziale, in altre parole è il presupposto di aderenza della programmazione alle esigenze-potenzialità del contesto locale e di fattibilità degli interventi;
- avere i dati alla "partenza" del PSR costituisce il presupposto per la **verifica dei risultati** e, quindi, la base per il concretizzarsi delle logiche di **trasparenza** e di **accountability (verificabilità** intesa come "rendere conto" dei risultati e delle risorse impegnate), che dovranno caratterizzare il Piano Sanitario Regionale (di seguito PSR) e caratterizzare le scelte e le azioni che la Regione ed il sistema sanitario assumeranno nel prossimo futuro.

Quanto sopra va visto anche alla luce del quadro di sviluppo del sistema nazionale e delle nuove sfide che le regioni si troveranno ad affrontare nell'immediato futuro.

Con le informazioni attualmente a disposizione le criticità del sistema sanitario possono sin da ora essere sintetizzate nei seguenti punti:

- criticità di conoscenza del sistema in termini di bisogni, domanda, offerta, quantità e qualità delle prestazioni, costi di produzione
- criticità di regolazione/regolamentazione del sistema
- criticità nello sviluppo di logiche, organizzative ed operative, integrate e di sistema
- criticità nella possibilità di sviluppo delle attività territoriali a causa del forte assorbimento di risorse del macrolivello ospedaliero
- criticità finanziaria del sistema Abruzzo in generale per il permanere di una situazione di carenza di un efficace sistema di controllo dei costi dei fattori produttivi

Il quadro presenta carattere di emergenza che necessita di provvedimenti urgenti e incisivi, ma una politica sanitaria efficace deve comunque assumere una "vision" lungimirante, evitando il prevalere di mere logiche "ragionieristiche" tendenti al razionamento, e deve saper individuare le aree di disfunzione e di non-appropriatezza,

sulle quali è possibile recuperare risorse da riconvertire sulle aree a maggiore impatto strategico per la salute comunitaria e per il miglioramento del sistema assistenziale. In altre parole, una politica regionale oculata deve indirizzarsi verso **logiche di razionalizzazione, non di razionamento** e deve, oggi più che mai, basarsi su scelte ponderate che originino dai dati e dagli elementi di conoscenza da sviluppare in tempi rapidi¹.

Una politica equilibrata deve, inoltre, saper innovare il sistema sanitario e favorire la specializzazione delle parti più avanzate, ma allo stesso tempo ciò non deve avvenire a discapito delle componenti "meno visibili" del sistema, cioè delle categorie di pazienti "senza voce né volto" perchè a scarso "impatto mediatico", costretti a confrontarsi in modo solitario con i loro bisogni assistenziali, arrangiandosi in uno scenario di *welfare* futuro che tende a ridurre progressivamente, quando a non dismettere completamente, servizi, attività e professionalità la cui funzione sociale è stata, è e continua ad essere fondamentale per le comunità.

Gli effetti devastanti di una politica di "tagli" indiscriminati tenderebbero a rendersi progressivamente evidenti su tutta la comunità ed in particolare sulle fasce socialmente più deboli. Bisogna, pertanto, dotarsi di una serie di tecnologie in grado di generare risultati significativi in termini di appropriatezza e di capacità di discernere tra costi utili e costi superflui, di indirizzare verso strategie fattibili che mettano al centro sì l'economicità, ma intesa come garanzia di soddisfacimento dei bisogni di salute della comunità e dei pazienti in una logica di uso oculato e documentabile delle risorse.

Non a caso la Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ed il correlato Programma di Prevenzione, adottato dalla Regione Abruzzo insieme all'accordo integrativo con la Medicina generale, ribadito dal recente Patto per la Salute hanno individuato alcune linee di priorità nazionali e regionali, quali il diabete mellito, le patologie cardiovascolari, le patologie neoplastiche, le broncopneumopatie cronico ostruttive, gli infortuni sul lavoro. Tali scelte sono supportate dall'evolversi del quadro epidemiologico degli ultimi anni che ha spinto l'OMS Europa a parlare di "nuova epidemia" riferendosi al crescente aumento delle patologie cronico-degenerative e delle patologie correlate a problematiche di tipo sociale che hanno grandi refluenze sulla salute della popolazione e degli individui. Non bisogna, tra l'altro, dimenticare che l'Italia registra un profondo aumento della popolazione anziana, con il 14,6% degli uomini ed il 19,8% delle donne oltre la soglia dei 65 anni, così come un aumento consistente delle patologie a particolare rilevanza sociale, quali le demenze e la malattia di Alzheimer, che impone una rivisitazione ed un potenziamento della rete assistenziale per la non autosufficienza.

In via orientativa vengono individuati come target prioritari le seguenti aree:

- **fasce di popolazioni "fragili"** (giovani-adolescenti, donne in gravidanza, vecchie e nuove emarginazioni sociali, ecc.);

¹ Appare utile riportare le considerazioni del Procuratore Generale Vincenzo Apicella - Relazione Rendiconto Generale 2004 della Corte dei Conti, 24 giugno 2005. "... La spesa sanitaria segna di anno in anno sempre maggiori livelli. Per l'anno in corso, senza un notevole recupero di efficienza, si prevede un deficit di almeno 2 miliardi e mezzo di euro, dovuto anche all'assistenza gratuita, pur se umanamente giustificata, agli immigrati. In definitiva, nonostante gli sforzi fatti, **la Sanità delle cosiddette tre "T" (tetti di spesa, tagli e ticket) non ha dato i risultati sperati.** A maggior ragione appare improponibile ritenere che il sistema possa essere governato solo da criteri aziendalistici e dall'esigenza di far quadrare i conti, perché all'apice della sua attività deve restare la centralità della persona malata. **Il problema** che si ripropone, dunque, ancora una volta **non è tanto quello di ridurre la spesa, ma di riqualificarla**, operando un più proficuo utilizzo di risorse oggi spesso male impiegate. Mi riferisco ad una migliore utilizzazione dei macchinari di diagnosi e cura, ad un maggiore controllo dei tempi di degenza, ad un uso più razionale del ricorso a medicinali, all'eliminazione di sprechi, in definitiva ad una più puntuale organizzazione dei mezzi materiali e di quelli professionali. ..."

- **popolazioni di pazienti con pluripatologie** (gli anziani non autosufficienti, le disabilità psico-sensoriali, le disabilità fisiche, ecc.);
- **specifiche patologie** (diabete mellito, patologie cardiovascolari, patologie neoplastiche, demenze/malattia di Alzheimer, malattie rare, ecc.).

3. Logiche di sistema

Alla luce degli elementi enunciati, dovranno essere declinate le "logiche" e "le parole-chiave" che caratterizzeranno la politica sanitaria regionale nel prossimo futuro.

La **logica di fondo** è quella che viene tradotta, a forma di slogan, nel sottotitolo del PSR: **Un sistema di garanzie per la salute.**

Un sistema di garanzie **significa rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate a tutti i portatori d'interesse** del sistema assistenziale: ai cittadini e ai pazienti; alla comunità e le sue espressioni organizzate; agli operatori sanitari; ai privati erogatori di servizi sanitari, ai fornitori di beni, al mondo della comunicazione e informazione

Logiche, assunti e premesse, all'interno del PSR della Regione Abruzzo, si concretizzeranno in alcune "**parole-chiave**", sulla base delle quali il PSR delinea gli indirizzi programmatici dai quali scaturiranno le prassi assistenziali ed i potenziali risultati:

1. **eticità**
2. **sistema**
3. **processi**
4. **integrazione e logiche di rete**
5. **continuità assistenziale**
6. **qualità/appropriatezza/ sicurezza**
7. **fiducia e umanizzazione**
8. **cultura del dato e del risultato**
9. **formazione, ricerca e sviluppo**
10. **corresponsabilità per la salute**
11. **sostenibilità**
12. **legalità**

Tali parole chiavi costituiscono capisaldi ormai irrinunciabili per qualsiasi sistema organizzativo che si occupi di salute e verranno declinate per la loro ottimale comprensione e condivisione.

Un altro concetto irrinunciabile per un Piano innovativo è "**governance**" (Governo clinico), la cui caratteristica fondamentale è rappresentata dal lavoro di rete, dalla condivisione di scelte e di prassi tra tutti gli attori che generano assistenza.

Il progressivo affermarsi delle logiche di *governance* nel sistema socio-sanitario può aiutare a superare le tendenze all'autoreferenzialità che hanno sempre contraddistinto il sistema socio-sanitario e che sono state alla base della storica contrapposizione tra le diverse professionalità, tra i differenti livelli assistenziali, tra sociale e sanitario, tra tecnico e gestionale, tra clinica e assistenza, tra ospedale e territorio.

Il lavoro di costruzione del Piano, realizzato con il supporto delle componenti tecniche del livello centrale, tra le quali l' Agenzia Sanitaria Regionale (di seguito ASR) , porterà a delineare gli indirizzi strategici sostenibili nel contesto ed a definire le modalità di monitoraggio dei risultati del sistema al fine di aggiornare la pianificazione delle politiche regionali.

Ma sono le componenti tecniche e le componenti gestionali delle aziende sanitarie gli attori preposti a tradurre gli indirizzi e le parole-chiave in programmi ed in prassi compatibili con gli aspetti tecnico-professionali, con le tecnologie disponibili e con le caratteristiche dei contesti di lavoro.

Proprio in ragione di ciò, è con queste componenti, oltre che con i rappresentanti, istituzionali e non, della comunità che si condivideranno logiche, orientamenti e prospettive d'azione attraverso tavoli di concertazione e di programmazione operativa sulle aree prioritarie del PSR.

Sulla base delle parole-chiave vengono quindi individuati **metodi e strumenti** che dovranno essere approntati per tradurle nel concreto a livello regionale e/o aziendale. Tra questi dovranno essere sviluppati quelli relativi a :

- **la medicina basata sulle evidenze**
- **la valutazione delle tecnologie**
- **i percorsi assistenziali**
- **l'accreditamento istituzionale**
- **la gestione del rischio clinico**
- **la carta dei servizi e la comunicazione istituzionale**

Per ciascun metodo/strumento verranno indicati:

- il/i modello/i di riferimento;
- il ruolo della regione e del sistema aziendale;
- il ruolo dei professionisti;
- il cronogramma di sviluppo, comprensivo dei prodotti intermedi e finali.

4. Organizzazione del sistema sanitario

Gli obiettivi strategici da perseguire con la riorganizzazione dei macrolivelli assistenziali sono:

- il **potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali** da realizzarsi attraverso il **progressivo spostamento di risorse economico-finanziarie** dal macrolivello ospedaliero e con la **riorganizzazione dell'assetto distrettuale**;
- la **ridefinizione dell'offerta ospedaliera** orientata all'appropriata e tecnologicamente avanzata assistenza al paziente acuto e alla garanzia delle situazioni di emergenza-urgenza;
- il **potenziamento dei servizi e degli interventi di prevenzione** individuale e collettiva;
- la **valorizzazione** dell'intero sistema delle **cure primarie**, anche attraverso la promozione delle **forme evolute di associazionismo medico** (Unità Territoriali di Assistenza Primaria (di seguito UTAP), Casa della salute, ecc.);
- la **sostenibilità economica** del sistema a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, attraverso una forte politica di responsabilizzazione dei generatori di spesa e una incisiva lotta agli sprechi.

Per il perseguimento di tali obiettivi è necessaria una **politica delle alleanze** attraverso:

- una puntuale **distinzione dei ruoli e delle funzioni specifiche e integrate** (di governo e di gestione) della **Regione**, delle **ASL** e degli **EE.LL.**;
 - il **coinvolgimento di tutte le componenti professionali** del Sistema Sanitario Regionale (di seguito SSR), dipendenti e non **negli organismi di governo/consultazione** a livello regionale e aziendale;
- che dovranno trovare nel PSR precisi metodi e strumenti di attuazione.

Nelle pagine seguenti, per ciascun macrolivello assistenziale, vengono presentati schemi riassuntivi che delineano:

- le principali **criticità** rilevate
- gli **obiettivi** da perseguire
- le principali **azioni** correttive

Il PSR, oltre che sviluppare tali indirizzi programmatici, dovrà:

- **quantificare gli obiettivi** da raggiungere
- definire i **cronogrammi** di attuazione
- attivare i **sistemi di monitoraggio** di struttura, processo ed esito
- indicare le **risorse** da impegnare

4.1. Macrolivello territoriale

L'azione riorganizzativa muove dall'esigenza di recuperare e valorizzare il ruolo centrale del macrolivello territoriale in una logica di integrazione e di sistema. L'esigenza di superare una visione che individua nel macrolivello ospedaliero la sede pressoché esclusiva della risposta alla malattia, riconducendo in modo appropriato a questo livello la gestione delle acuzie, comporta una irrinunciabile implementazione del sistema delle cure territoriali verso la **reale presa in carico dei bisogni di salute** dei cittadini. Ciò si realizza assegnando al Distretto la funzione di luogo fisico ed organizzativo in cui si sviluppano: i **percorsi di cura ed assistenza** propri nell'ottica della **continuità assistenziale**; l'uso integrato delle risorse; **l'integrazione socio-sanitaria**.

Il Distretto deve sviluppare la funzione di accettazione, valutazione ed orientamento della domanda di salute dei cittadini, rappresentando inoltre la sede di **risposta appropriata e non differita alle condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità**.

DISTRETTO

Criticità	Obiettivi	Azioni
<ul style="list-style-type: none"> • Numero elevato di distretti non conforme al rapporto indicato nel D.L.vo 229/99 di 1 distretto ogni 60.000 abitanti. • Non coincidenza con gli ambiti sociali. 	Ridefinizione degli ambiti territoriali distrettuali	<p>Riduzione del numero di distretti dagli attuali 73 previsti dal PSR (di cui 44 attivati) a 24.</p> <p>Contestuale ridefinizione degli ambiti sociali (attualmente 35) per raggiungere la perfetta coincidenza con i distretti.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Disomogeneità dell'articolazione organizzativa e del funzionamento delle strutture. • Carenza di erogazione di alcuni servizi territoriali. • Scarsa integrazione col sistema delle cure primarie e con gli altri macrolivelli assistenziali. 	Organizzazione del Distretto	<p>Costituzione di un Dipartimento Aziendale di Assistenza Territoriale con ridefinizione del modello regionale di organizzazione del Distretto</p> <p>Individuazione del distretto come struttura complessa</p> <p>Sviluppo dell'integrazione con gli Ambiti Sociali</p> <p>Individuazione delle modalità di coordinamento con i Dipartimenti di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, Dipartimento di Prevenzione</p> <p>Potenziamento delle forme complesse di associazionismo medico (UTAP)</p>
Scarsa integrazione del sistema delle cure primarie nella programmazione delle attività distrettuali	Coinvolgimento dei medici del sistema delle cure primarie nel "governo" (programmazione-monitoraggio-valutazione) delle attività territoriali	<p>Attivazione delle UCAD (Unità di Coordinamento dell'Assistenza Distrettuale) in tutti distretti sanitari</p> <p>Possibile sperimentazione di Dipartimenti funzionali delle Cure Primarie</p>

CURE DOMICILIARI

Criticità	Obiettivi	Azioni
<ul style="list-style-type: none"> • Disomogeneità delle varie forme di assistenza domiciliare tra i diversi distretti con difformità anche nell'ambito di una stessa ASL • Forte diversificazione dei modelli organizzativi ed operativi adottati tra le diverse aziende 	Riorganizzazione del Sistema delle Cure Domiciliari	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione di una classificazione delle diverse forme di erogazione delle cure domiciliari, con indicazione delle figure professionali coinvolte e delle modalità di erogazione • Monitoraggio dell'adozione delle Linee Guida Regionali in corso di emanazione
Tasso di assistenza domiciliare (nelle sue varie forme) della popolazione ultrasessantacinquenne ancora quantitativamente insufficiente a coprire i bisogni della popolazione.	Aumento progressivo dell'assistenza domiciliare, nelle varie forme previste dalle linee guida, a copertura del fabbisogno stimato	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio dell'adozione delle Linee Guida Regionali in corso di emanazione • Adeguamento del finanziamento regionale del LEA domiciliare • Potenziamento dell'assistenza domiciliare oncologica e ai malati terminali
Bassa quota di forme di assistenza domiciliare integrata con i servizi sociali.	Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria ed elevamento della quota	<ul style="list-style-type: none"> • Sottoscrizione di accordi di programma con gli ambiti sociali • Compartecipazione da parte del SSR (almeno l'80%) ai costi sostenuti dagli EE.LL. per la spesa sociale. • Realizzazione del Punto unico di Accesso ai servizi territoriali
Carenza di continuità della presa in carico del paziente tra i diversi setting operativi dei servizi (domicilio->ospedale->territorio->residenze->cure domiciliari)	Garantire la Continuità del percorso assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento delle funzioni delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per la "presa in carico" dei bisogni del • Formalizzazione di percorsi assistenziali e delle dimissioni protette e attivazione di sistemi di monitoraggio e di controllo

SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Criticità	Obiettivi	Azioni
Carenza dell'offerta residenziale per anziani non autosufficienti e disomogenea distribuzione territoriale	Riequilibrio territoriale e potenziamento dell'offerta di strutture per anziani non autosufficienti	<ul style="list-style-type: none"> • Piano del fabbisogno dell'offerta delle RSA e dei CR in base al numero degli anziani non autosufficienti gravi individuati tra il 2% e il 3% degli ultrasessantacinquenni (circa 8000 anziani - dati ISTAT anno 2005). • Allocazione delle risorse nel piano di riparto
Non conoscenza della tipologia di assistiti nelle RSA e CR	Verifica dell'appropriatezza dell'utilizzo di regimi assistenziali residenziali	Messa a regime del sistema RUG III, attualmente in fase di sperimentazione
Assenza di verifica della qualità dell'assistenza e delle prestazioni erogate		
Assenza flussi informativi	Costruzione flusso informativo regionale	
Disomogeneità delle tariffe in base alle effettive prestazioni erogate	Congruità della remunerazione delle prestazioni rispetto ai costi di erogazione	Rimodulazione del sistema tariffario

HOSPICE/CURE PALLIATIVE

Criticità	Obiettivi	Azioni
Assenza della rete degli hospice	Sviluppo tempestivo della rete	<ul style="list-style-type: none"> • Ridefinizione del piano regionale degli hospice • Completamento e attivazione degli hospice in fase di realizzazione • Avvio del piano regionale degli hospice • Promozione e sviluppo delle terapie del dolore

ASSISTENZA RIABILITATIVA EXTRA-OSPEDALIERA

Criticità	Obiettivi	Azioni
Assenza di Linee Guida Regionali in materia (esiste solo il recepimento delle Linee guide Nazionali)	DGR di approvazione di Linee Guida Regionali	Redazione delle Linee guida Regionali
Elevato numero di prestazioni residenziali di riabilitazione	Appropriatezza di uso del regime assistenziale residenziale riabilitativo	Definizione <ul style="list-style-type: none"> • delle modalità di accesso (UVM); • dei criteri di accesso • del monitoraggio del piano assistenza riabilitativa individuale • degli standard assistenziali
Disequilibrio nell'offerta riabilitativa territoriale (continua)	<i>Ricondurre tutta la riabilitazione intensiva extra-ospedaliera (ex art.26) fascia A in ambito ospedaliero.</i>	Cfr. Piano di riordino della rete ospedaliera
	<i>Riqualificazione dell'offerta riabilitativa intensiva fascia B ed estensiva territoriale.</i>	<p>A) Riclassificazione delle attività di riabilitazione estensiva secondo il seguente schema</p> <p>1.Riabilitazione estensiva extra-ospedaliera Saranno riconducibili a questo livello di assistenza i pazienti classificabili in quattro aree di bisogno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Area della cronicità di lunga durata o stabilizzata, con gravi disabilità che necessitano di interventi assistenziali complessi in associazione terapia riabilitativa a bassa intensità. - Area della cronicità riacutizzata e/o scompensata, per persone disabili che necessitano di cicli di terapia estensiva. - Area della post-acuzie con potenzialità di recupero funzionale, per prosecuzione di trattamenti intensivi o non suscettibile di trattamento intensivo. - Area della cronicità di lunga durata o stabilizzata, inseriti in programmi di trattamento riabilitativo ambulatoriale, domiciliare o semiresidenziale, quando si verificano necessità di ricovero, incapacità di assistenza da parte della famiglia o necessità di sollievo da parte del caregiver <p>2.RSA disabili-Strutture destinate ad accogliere pazienti cronici, stabilizzati, non autosufficienti con livelli di disabilità medio-gravi e lievi</p> <p>3.USAP-Strutture riservate a soggetti in Stato Vegetativo o Stato Minimamente Cosciente prolungati</p> <p>B) Rimodulazione dei posti letto di Riabilitazione Estensiva</p> <p>Nel PSR saranno indicati i criteri di accesso, la durata di permanenza, il personale, i flussi informativi , gli standard assistenziali (appropriatezza trattamenti, controllo da parte delle asl) e gli standard programmatori per ogni livello assistenziale. Orientativamente tali standard potrebbero essere di 0,5 posti letto per 1000 abitanti per la riabilitazione estensiva extra-ospedaliera, 0,2 posti letto per 1000 abitanti per le RSA disabili e 0,046 posti letto per 1000 abitanti per le SUAP</p>

SALUTE MENTALE

Criticità	Obiettivi	Azioni
Elevato numero di ricoveri in regime ospedaliero (nel 2002 l'Abruzzo ha il primato del più alto tasso di dimissioni-dati ISTAT del 2006)	<p>Trasferimento di tutta la riabilitazione psichiatrica ospedaliera in regime extraospedaliero</p> <p>Potenziamento dei CSM e dei trattamenti a regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento delle operazioni di "filtro" ai ricoveri da parte dei CSM. • Collegamento operativo tra equipe dei CSM e medici ospedalieri nella fase di dimissione per favorire la "presa in carico" del paziente. • Collegamento operativo tra Dipartimento di salute mentale e medico di medicina generale.
Elevato numero di posti letto di riabilitazione psichiatrica residenziale (7 su 10.000 abitanti)	Potenziamento del "sistema di cura" del paziente psichiatrico nel proprio contesto di vita	<ul style="list-style-type: none"> • Riqualificazione dei Centri Diurni . • Riclassificazione delle strutture residenziali psichiatriche • Implementazione di linee guida per la definizione dei percorsi riabilitativi e l'appropriatezza dei trattamenti. • Realizzazione dell'assistenza domiciliare al paziente psichiatrico attraverso protocolli di intesa con il sociale. • Implementazione di "protocolli operativi" condivisi tra Medici di medicina generale e DSM
Presenza di una tipologia di risposta alla tutela della salute mentale solo di tipo "sanitario"	Integrazione socio-sanitaria: potenziamento delle risposte "sociali" ai problemi di salute mentale a tutti i livelli dell'intervento.	<ul style="list-style-type: none"> • "Lavoro di rete" finalizzato a rendere tra loro sinergici interventi a carattere socio-assistenziale, abitativo, culturale/associazionistico. • Potenziamento degli interventi di Prevenzione Primaria con azioni volte a contrastare il fenomeno del disagio psichico nell'infanzia e nell'adolescenza • Agevolazione dei percorsi di reinserimento degli utenti nel ciclo produttivo
Incompleta applicazione del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" Stigma sociale verso la malattia mentale	Avvio di nuove pratiche e percorsi di assistenza innovativi, più di tipo comunitario. Lotta allo "stigma" sociale.	<ul style="list-style-type: none"> • Promozione negli utenti e nelle famiglie, del diritto di cittadinanza, di una migliore qualità della vita, maggiori autonomia ed emancipazione. • Potenziamento delle campagne di informazione e sensibilizzazione sul disagio psichico

DIPENDENZE PATOLOGICHE

Criticità	Obiettivi	Azioni
<p>Cambiamento del quadro epidemiologico dell'abuso e delle dipendenze (Report Regione Abruzzo 2001-2004):</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumento di abuso di cocaina, psicostimolanti, alcool • aumento dell'utenza femminile, • allargamento della fascia d'età che chiede aiuto ai servizi • aumento dell'utenza genitoriale • maggiore incidenza del disturbo psichiatrico 	<p>Potenziamento della prevenzione primaria sul territorio e delle attività preventive dei servizi territoriali per le dipendenze</p> <p>Ridefinizione delle modalità operative e delle funzioni del Dipartimento delle dipendenze e delle strutture residenziali</p>	<p>Definizione delle aree di rischio; prevenzione primaria nei diversi contesti sociali attraverso informazione e sensibilizzazione ai problemi delle dipendenze in campo scolastico, lavorativo, familiare, in gruppi sociali e/o associazioni operanti nel territorio</p> <p>Coordinamento con le attività consultoriali e raccordo operativo con i medici di medicina generale</p> <p>Istituzione del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche</p> <p>Definizione dei protocolli operativi sulle nuove dipendenze</p> <p>Protocolli diagnostici condivisi con altri servizi territoriali (es. salute mentale, medici di medicina generale).</p> <p>Inclusione del Servizio di Alcolologia nel Dipartimento delle dipendenze</p>
<p>Carenza del personale dedicato alla cura delle dipendenze patologiche</p>	<p>Potenziamento quantitativo e qualitativo del personale</p>	<p>Aumento delle figure professionali, ove necessario,</p> <p>Sviluppo di "modalità" lavorative che valorizzino al massimo le diverse professionalità (es. incontri periodici delle equipe di operatori, confronto e scambio con la "rete" allargata del territorio)</p> <p>Potenziamento supporto psicologico per evitare il burn-out degli operatori</p> <p>Supervisione" professionale.</p> <p>Valorizzazione delle risorse del privato-sociale.</p>
<p>Scarsa proattività dei Ser.T e "attesa" dell'utenza al servizio</p>	<p>Potenziamento delle relazioni e collaborazioni dei SerT con gli altri servizi aziendali (ASL) e col Dipartimento Aziendale di Assistenza Territoriale</p>	<p>Potenziamento dell'attività informativa, comunicativa e propositiva dei Ser.T in tutto il territorio;</p> <p>Promozione di incontri con reti "formali" ed "informali" del territorio</p>

4.2. Macrolivello della prevenzione collettiva

L'indagine conoscitiva promossa dalla ASR Abruzzo sullo stato di funzionamento dei Dipartimenti di Prevenzione ha utilizzato, come riferimento principale le prestazioni previste dal livello di assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro. Ne è emersa un'immagine sfocata dei Dipartimenti di Prevenzione in termini di attività, prodotti, qualità delle prestazioni, costi essendo assolutamente carenti i sistemi informativi (se non per alcune aree: es. vaccinazioni e sanità animale) e di contabilità.

Le criticità più evidenti riguardano i seguenti ambiti:

- * l'organizzazione dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione (disomogeneità dell'assetto organizzativo e nella erogazione delle prestazioni);
- * il sistema informativo;
- * la funzione di vigilanza e controllo;
- * la funzione di sorveglianza nutrizionale;
- * l'integrazione dei servizi.
- * la funzione epidemiologica;
- * la funzione di informazione e comunicazione

Il contesto normativo istituzionale nel cui ambito opera il Dipartimento di Prevenzione è rappresentato da:

1. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che individua gli obiettivi di salute;
2. Piano Nazionale della Prevenzione '05-07, che pone come obiettivi la sorveglianza degli stili di vita, la riduzione del rischio cardiovascolare e delle complicanze del diabete, diminuzione degli incidenti (stradali, domestici, sul lavoro), implementazione dei programmi di screening oncologici, miglioramento e implementazione dell'offerta vaccinale;
3. Linee Guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di Prevenzione (5 luglio 2002).

In questo scenario vengono individuati gli obiettivi generali per il macrolivello della prevenzione da perseguire nel triennio del PSR:

- razionalizzare ed omogeneizzare i livelli di assistenza della prevenzione in tutte le ASL regionali;
- potenziare e riqualificare i settori critici della prevenzione;
- migliorare la qualità.

naturalmente nell'ambito di un finanziamento del macrolivello che dovrebbe crescere progressivamente nel corso dei prossimi anni fino ad avvicinarsi a livello del 5% come allocato al livello del riparto del fondo sanitario nazionale..

PREVENZIONE COLLETTIVA		
Criticità	Obiettivi	Azioni
Disomogeneità nell'assetto organizzativo e nella erogazione delle prestazioni)	Razionalizzare ed omogeneizzare i livelli di assistenza della prevenzione in tutte le ASL regionali	Riprogettazione delle funzioni complessive del macrolivello prevenzione a livello regionale (unico riferimento tecnico-organizzativo) e a livello locale (screening oncologici, UU.OO. consultoriali, ...)
Inadeguatezza delle risorse a disposizione	Incremento progressivo delle quote destinate al macrolivello	Adeguamento del finanziamento. Analisi delle prestazioni erogate e da erogare sulla base della EBPH (Evidence Base Public Health - Medicina Pubblica Basata sulle Evidenze) Ricognizione delle carenze di risorse (strutturali, umane e tecnologiche) in rapporto alle prestazioni EBPH
Carenza di un sistema informativo	Potenziare e riqualificare i settori critici della prevenzione	Riprogettare i flussi informativi, articolando e distinguendo tra le informazioni necessarie al governo della prevenzione e quelle necessarie all'esercizio della prevenzione
Inappropriatezza e carenza della funzione di vigilanza e controllo		L'organizzazione delle attività di vigilanza deve essere rivista per essere improntata alla previsione dell'impatto sulla salute degli interventi stessi
Insufficiente integrazione dei servizi		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione attiva con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati tra cui gli MMG e PLS ▪ Costruzione e realizzazione di <i>Piani per la salute</i> ▪ <i>Implementazione e razionalizzazione del sistema di sorveglianza veterinaria</i>
Assenza della funzione di sorveglianza nutrizionale		Attivazione e potenziamento dei centri per la nutrizione e integrazione tra SIAN, MMG, PLS e strutture coinvolte
Assenza della funzione epidemiologica		Migliorare le competenze tecniche per la conoscenza dei problemi di salute e la valutazione dell'efficacia dei programmi di intervento in base alle evidenze scientifiche
Insufficiente funzione di comunicazione		Migliorare la qualità

4.3. Macrolivello ospedaliero

Gli interventi di riassetto del macrolivello ospedaliero vengono esplicitati nel Piano di Riordino Posti Letto Ospedalieri.

Si riportano di seguito i macroobiettivi in esso esplicitati, rimandando al Piano il dettaglio degli interventi da effettuare.

Dal suddetto Piano vengono riportati i macroobiettivi

L'obiettivo primario del piano di riordino ospedaliero, oltre che corrispondere alle esigenze sopra riportate, è quello di **rendere più efficace ed economico** il sistema dell'offerta garantendo nel contempo:

- un **aumento dei servizi offerti** al cittadino, anche con la creazione di **nuovi servizi di alta specialità**;
- una più **equa ed uniforme accessibilità e fruizione** degli stessi;
- una **maggiore tempestività della risposta** alla domanda

Nell'arco del triennio 2007-2009 si avvia la trasformazione del sistema ospedaliero regionale (pubblico e privato), che dovrà:

- portare a compimento l'assetto e le funzioni della ospedalità pubblica e privata;
- riequilibrare in modo uniforme, particolarmente verso le aree dell'entroterra regionale, l'offerta ospedaliera
- portare a compimento la trasformazione dei piccoli ospedali in Ospedali del Territorio;
- portare a compimento il potenziamento della rete dell'emergenza-urgenza;
- portare a compimento la razionalizzazione del sistema della riabilitazione ospedaliera compreso lo sviluppo delle alte specialità riabilitative;
- avviare e rendere operativi almeno il 50% dei progetti "Reti Cliniche e percorsi assistenziali" e "Centri di riferimento regionali".
- fissare requisiti minimi (analoghi e vevoli per il pubblico e privato) generali, strutturali, tecnologici, organizzativi e di risorse umane per tipologia di regimi di assistenza e specialità.

4.4 Aree trasversali tra macrolivelli

Oltre agli obiettivi e azioni riferite a macrolivelli assistenziali il PSR dovrà dare indicazioni su aree che interessano trasversalmente tali livelli.

Per la rilevanza dei temi vengono fornite in questa sede indicazioni sulla spesa farmaceutica e sulle liste di attesa.

SPESA FARMACEUTICA		
Criticità	Obiettivi	Azioni
Assenza di dati sul consumo farmaceutico ospedaliero, in ambito RSA e ADI, e conseguente impossibilità di verificarne l'uso razionale e appropriato, specialmente per quanto riguarda i farmaci antitumorali.	Creazione di un database dei consumi farmaceutici ospedalieri. Definire linee guida per l'uso appropriato e razionale dei farmaci	Costituzione della Commissione Terapeutica Regionale e del regolamento di funzionamento. Formazione dei sottogruppi di lavoro per le classi di farmaci a più alto costo e più alto consumo. Redazione del prontuario ospedaliero e dei prontuari per RSA e ADI Progettazione e attivazione di un sistema di monitoraggio dei consumi farmaceutici a livello delle strutture di ricovero a qualsiasi titolo mediante reportistica omogenea
Livello elevato della spesa farmaceutica erogate a livello territoriale per le categorie terapeutiche ad alto costo e/o utilizzate in ADI, RSA.	Potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci e secondo la modalità "in nome e per conto".	Garantire la presenza e la piena operatività dei punti di distribuzione diretta di farmaci su tutto il territorio. Accordo con Farmacie Private urbane e rurali, Farmacie Comunali e Distribuzione intermedia per l'organizzazione del canale alternativo di distribuzione dei farmaci "in nome e per conto". Progettazione e attivazione di un sistema di monitoraggio mediante reportistica omogenea per tutti i punti di distribuzione, dettagliata per RSA/Distretto.
Livello elevato della spesa pro-capite per farmaci prescritti sul territorio. Disallineamento dei dati di prescrizione registrati dalle singole ASL. Eterogeneità degli strumenti di monitoraggio. Eterogeneità del processo di selezione dei farmaci acquistati dalle ASL; scarsa razionalizzazione delle risorse nella fase di acquisto; assenza di informazioni centralizzate e condivise del processo di prescrizione, preparazione e somministrazione del farmaco; assenza di sistemi di tracciabilità del farmaco ai fini del controllo.	Monitoraggio della prescrizione di farmaci, sia territoriali che ospedalieri, mediante sistema di reportistica regionale omogenea, con cadenza trimestrale, ai prescrittori. Miglioramento del processo di selezione dei farmaci; recupero di economie nella fase di acquisto; ottimizzazione delle fasi di stoccaggio e distribuzione; progettazione e attivazione di sistemi di monitoraggio sui processi di espletamento delle gare farmaceutiche.	Istituzione di un centro regionale di raccolta ed organizzazione dei dati prescrizioni farmaceutiche e supporti informativi sull'uso corretto del farmaco. Progettazione e attivazione di un sistema di monitoraggio mediante reportistica uniforme per tutti i Medici di Base, UTAP, Distretti, ASL della Regione Abruzzo. Coinvolgimento delle ASL Abruzzesi nel progetto denominato "Unione di acquisto farmaci" attraverso attivazione di gare in forme consortili o di area vasta.

Scarso utilizzo di LG, Percorsi Assistenziali e di informazioni "evidence-based" a supporto dei Medici di Base e Ospedalieri come strumento per la massimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva, specialmente per le patologie croniche prevalenti.	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per le patologie più gravi e prevalenti, fondate sulla logica EMB	Avvio e messa a regime del progetto regionale "Percorsi assistenziali" (territorio – ospedale – territorio) per le seguenti patologie: IMA, Stroke, Frattura femore, Scompenso cardiaco, BPCO, Diabete, Ipertensione arteriosa. I percorsi assistenziali si fondano su l'EBM e ricomprendono i protocolli diagnostico-terapeutici individuati dalle linee guida nazionali ed internazionali delle singole discipline.
Scarso livello di prescrizione dei farmaci generici.	Potenziamento dell'utilizzo dei farmaci generici in tutti gli ambiti prescrittivi e assistenziali.	Accordi specifici con la Medicina Generale Corsi di formazione per i prescrittori territoriali e ospedalieri Informazione al cittadino sulla certificata equivalenza in efficacia e sicurezza dei farmaci generici.

LISTE DI ATTESA		
Criticità	Obiettivi	Azioni
Elevati tempi di attesa in particolare in riferimento alle aree: cardiovascolare, radio-diagnostica, radioterapia, assistenza riabilitativa extraospedaliera, anche a causa di un inefficiente utilizzo delle apparecchiature diagnostiche	Riduzione dei tempi di attesa	Aumento dell'offerta attraverso : assunzione/incentivi per il personale, acquisto di materiali e tecnologie, adeguamento delle strutture, concentrazione delle apparecchiature in punti di riferimento partecipazione del privato in termini di integrazione/collaborazione con il pubblico con standard assistenziali adeguati (controllo della dotazione del personale da parte delle Asl e dell'appropriatezza delle prestazioni) Verifica del personale del privato acceditato
Attuale impossibilità di collegamento in forma integrata a livello regionale dei CUP aziendali attualmente presenti	Attivazione del CUP Regionale	Dotazione regionale di sistemi di prenotazione in rete (CUP)
Non puntuale utilizzo di percorsi organizzativi alternativi: day hospital, day service, Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), day surgery, chirurgia ambulatoriale	Razionalizzazione dell'offerta e della domanda	Implementazione dei percorsi organizzativi alternativi in collaborazione con le attività distrettuali ed i MMG
Inappropriatezza della domanda da parte del cittadino		Formulazione dei PAC
Inappropriatezza prescrittiva		Potenziamento dell'informazione e comunicazione al cittadino Coinvolgimento delle associazioni degli utenti nella formulazione di proposte sul tema
		Diffusione delle direttive sulla prescrizione medica dei protocolli diagnostico-terapeutici, Implementazione di percorsi diagnostico terapeutici basati sull'EBM, Costruzione delle priorità in merito alle prestazioni di maggiore rilevanza regionale ed ai ricoveri per la patologia oncologica



Regione Abruzzo

REGIONE ABRUZZO

Piano Riordino Posti Letto Ospedalieri

1 - Premessa

Il **riordino dei posti letto della rete ospedaliera** è il primo atto del riassetto complessivo del macrolivello ospedaliero, che verrà completato, come previsto nelle Linee Guida per il Piano Sanitario Regionale 2007-2009, congiuntamente al riassetto del macrolivello territoriale e della prevenzione collettiva.

L'anticipazione dell'atto di riordino è prevista dall'art 7 della LR 20/2006 *"per garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali ospedaliere e della domanda ospedaliera"*. In tale atto il numero complessivo dei posti letto (appresso denominati PL) regionali è fissato in 5.850 (4,5 PL per 1000 abitanti), nel rispetto dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, riequilibrando l'offerta dei PL per acuti a 3,5 PL per 1.000 abitanti, e la lungodegenza e riabilitativa a 1 PL per 1000 abitanti. Il piano di riordino deve essere emanato entro 6 mesi dall'entrata in vigore della LR 20/2006.

Tale atto è imposto anche dal Piano di Risanamento 2007-2009², in corso di sottoscrizione con i Ministeri della Salute e dell'Economia. Questi Ministeri hanno individuato nell'alto tasso di ospedalizzazione³ e nell'eccessivo numero di PL per acuti⁴ (in aggiunta al forte incremento della spesa farmaceutica) le cause strutturali del disavanzo, accumulato negli ultimi anni, della spesa sanitaria regionale, e hanno pertanto richiesto, per la firma dell'intesa, un atto formale da parte della Regione Abruzzo.

In riferimento al numero dei PL per acuti, la Regione ritiene che la dotazione possa essere incrementata del 5% dei PL ai sensi dell'art.4 comma, 1.a, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che prevede *"una variazione che, in ogni caso, non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni"*.

L'obiettivo primario del piano di riordino ospedaliero, oltre che corrispondere alle esigenze sopra riportate, è quello di **rendere più efficace ed economico** il sistema dell'offerta, garantendo nel contempo:

- un **aumento dei servizi offerti** al cittadino, anche con la creazione di **nuovi servizi di alta specialità**;
- una più **equa ed uniforme accessibilità e fruizione** degli stessi;
- una **maggiore tempestività della risposta** alla domanda.

² Programma operativo di riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale di cui all'art. 1 comma 180 Legge n. 311 del 30-12-2004 e s.m.i., finalizzato alla stipula dell'accordo di cui all'art. 8 dell'Intesa Stato Regioni del 23-03-2005 per gli anni 2004 e precedenti, nonché per l'anno 2005.

³ Nell'anno 2005, il tasso di ospedalizzazione complessivo (ricoveri ordinari, day hospital e day surgery) delle strutture abruzzesi, per i soli residenti, è stato pari a 246‰ (ordinari 182‰, DH 43‰, DS 21‰), ovvero 318.532 ricoveri.

⁴ La dotazione di PL nel **2005** è di **6480**, 5.139 pubblici (80%) e 1.341 privati; indice: 5,08‰ (pubblico: 4,04%) (4,54‰ acuti; 0,54‰ R/LD: i PL di LD sono 95 - 0,07‰, i PL di R sono 610 - 0,46‰). I PL di day-hospital/surgery sono 627 (9,7% dei PL). L'offerta privata rappresenta nel complesso il 20% dei posti letto complessivi.

2 - Principi generali del riordino della rete ospedaliera

La rete ospedaliera regionale, allo stato attuale e per ragioni storiche, pur presentando diffusi valori professionali e diversi punti di eccellenza, e nonostante le cospicue risorse assorbite, non riesce ancora a raggiungere gli obiettivi attesi nel:

- modulare l'offerta, in forma organica e razionale, con la distribuzione territoriale dei bisogni;
- divenire un sistema integrato (presentandosi spesso come struttura isolata sia rispetto agli altri presidi della rete che alle funzioni extraospedaliere);
- perdere quelle connotazioni di tipo "asilo di ricovero", ormai non più giustificabili in una struttura sanitaria moderna.

Gli elementi che definiscono le caratteristiche del **moderno ospedale per acuti** sono:

1. la stratificazione per complessità della casistica trattata e la conseguente organizzazione della struttura secondo una logica di intensità assistenziale;
2. la concentrazione di tecnologie ad alta complessità ed alto costo e degli specialismi professionali per ottimizzare l'uso delle risorse;
3. l'ampliamento dei regimi di assistenza ospedaliera alternativi al ricovero ordinario;
4. il potenziamento/riorganizzazione dei servizi di emergenza-urgenza e l'attivazione dell'Osservazione Breve per permettere, nelle Unità Operative (di seguito denominate UU.OO.) di degenza per acuti, un adeguato rapporto tra ricoveri programmati e ricoveri urgenti;
5. il potenziamento delle UU.OO. di lungodegenza e riabilitazione per decongestionare i reparti per acuti, garantendo comunque il livello di assistenza ospedaliera ed evitando i rischi derivanti da dimissioni precoci;
6. il potenziamento dei servizi diagnostici per soddisfare in modo appropriato e con immediatezza i bisogni dell'utenza interna ospedaliera, ed anche per contrastare il fenomeno delle lunghe liste di attesa dei pazienti esterni;
7. la riduzione dei PL di degenza ordinaria per acuti conseguente allo sviluppo di quanto previsto nei punti 3-4-5 e 6, comunque con una dotazione per stabilimento ospedaliero superiore a 120 posti letto totali (acuti e post-acuti).
8. il modello organizzativo basato su dipartimenti integrati a forte livello di responsabilizzazione ed autonomia gestionale;
9. il modello operativo fondato sulla logica di reingegnerizzazione dei processi assistenziali, in stretta connessione con il macrolivello territoriale, per garantire la continuità di assistenza al paziente e l'uso appropriato delle risorse;
10. lo sviluppo delle funzioni di ricerca, di didattica e di formazione continua del personale.

Un cambiamento così sostanziale del modello di ospedale per acuti non può che avvenire in modo graduale e progressivo, dovendo compiersi nell'arco di un quinquennio, nel rispetto delle direttrici sovraindicate e della programmazione complessiva del redigendo piano sanitario regionale .

Nell'arco del triennio 2007-2009, con il presente atto, si avvia la trasformazione del sistema ospedaliero regionale (pubblico e privato), che dovrà:

- portare a compimento l'assetto e le funzioni della speditività pubblica e privata;
- riequilibrare in modo uniforme, particolarmente verso le aree dell'entroterra regionale, la topografia dell'offerta ospedaliera;
- *trasformare i piccoli ospedali riconvertendoli in strutture di degenza specialistiche sulla base di una precisa mission individuata dalle esigenze del territorio;*
- portare a compimento l'attivazione dell'intero sistema di lungodegenza ospedaliera;
- portare a compimento la riorganizzazione ed il potenziamento della rete dell'emergenza-urgenza;
- portare a compimento la razionalizzazione del sistema della riabilitazione ospedaliera, incluso lo sviluppo delle alte specialità riabilitative;
- avviare e rendere operativi almeno il 50% dei progetti "Reti Cliniche e percorsi assistenziali" e "Centri di riferimento regionali" (cfr. di seguito).

*All'interno di questa visione dell'ospedale per "acuti", la formulazione del piano di riordino ospedaliero è stato predisposto lungo le direttrici di riqualificazione che attengono alle logiche programmatiche, ai modelli organizzativi e all'assetto dotazionale. **Naturalmente la gradualità di riconversione della rete ospedaliera è necessariamente dettata dai tempi di implementazione dei processi di ristrutturazione della rete della residenzialità e dell'assistenza domiciliare e pertanto deve essere attuata contestualmente alla stessa.***

3 - Le logiche programmatiche

3.1. Programmazione regionale e locale

Agli indirizzi generali si aggiunge il dato esplicitato del punto III lettera b del comma 3 - art. I [(programma operativo per gli anni 2007 - 2009) dell'accordo per l'approvazione del Piano di rientro siglato il 6/02/07 tra Ministero della Salute, Ministero dell'economia e la Regione Abruzzo, dato che impone "il completamento del processo di aziendalizzazione delle strutture ospedaliero- universitarie, ai sensi del d.lgs 21/12/99], n.517.

Poiché da questo punto discende, anche in previsione della conversione in legge del DDL Turco- Mussi (Atto Senato 1334) che regola questo processo di aziendalizzazione, un'ovvia ridefinizione dell'assetto del S.S.R., per una realistica possibilità di attenta e razionale gestione di questa fase nuova che incide sostanzialmente sul sistema attuale, è opportuno, in sede di definizione del nuovo Piano Sanitario Regionale, un cronoprogramma di verifica di tutti gli obblighi e delle modalità di attuazione delle aziendalizzazioni.

La previsione di istituzione delle AOU di Chieti e L'Aquila impone anche l'istituzionalizzazione di strumenti in grado di accompagnare e governare i processi in considerazione del fatto che la presenza sul territorio di strutture in grado di erogare prestazioni di alta specialità e di esercitare attrazione a livello regionale impone, nel rapporto con le Aziende Sanitarie Locali, un'obbligata razionalizzazione dei punti di eccellenza ed una rivisitazione dei parametri generali.

Per la creazione di un sistema funzionale è opportuno istituzionalizzare due Conferenze di area allo scopo di garantire un equilibrio nell'offerta assistenziale su tutto il territorio abruzzese che tenga conto della collocazione delle eventuali Aziende Ospedaliero - Universitarie, delle sinergie fra territori confinanti, dei progetti di

ammodernamento del parco ospedaliero regionale, dei possibili nuovi aspetti organizzativi scaturiti dall'applicazione degli elementi del governo clinico. Le conferenze di area sono così individuate:

Conferenza A comprendente

ASL n.1 , AS n. 4 – AOU Aq – ASL n. 6;

Conferenza B comprendente

AS n. 2 – AOU CH - ASL n. 3 – ASL n. 5.

La regolamentazione dell'assetto delle Conferenze di area consentirà la definizione di indirizzi strategici alternativi ma coerenti con il progetto di riordino quali la eventuale implementazione dei Presidi ospedalieri di Avezzano, Pescina e Tagliacozzo e la creazione di una AOU a Chieti che comprenda anche i presidi di Guardiagrele e Ortona.

Questo impianto metodologico deriva dalla consapevolezza che la strategia per procedere agli interventi di riduzione/conversione non può essere realizzata sulla base di ogni singola area territoriale di ASL bensì sulla base di una più vasta che comprenda più ASL e Aziende O.U.

3.1.1. LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Una programmazione puntuale per PL per specialità e per presidio **ingesserebbe** il sistema per lungo tempo e non corrisponderebbe a quelle esigenze di "flessibilità" che un processo di riqualificazione, come quello ivi descritto, richiede. Tale approccio sarebbe anche in contrasto con il continuo processo di innovazione tecnologica che attualmente vive il mondo della sanità. Solo dieci anni fa non era prevedibile, nelle dimensioni macro, lo sviluppo poi realizzatosi a livello nazionale e mondiale della *day surgery* (chirurgia diurna, di seguito denominata D.S.); tecnologia che comporta la reingegnerizzazione completa del sistema di offerta del settore chirurgico (generale e specialistico).

Pertanto, la pianificazione prevista sarà oggetto di verifica periodica per poter intervenire, in modo sollecito, con eventuali atti di revisione ed aggiustamento. Questo anche alla luce di eventuali disposizioni, progetti o indirizzi che dovessero pervenire sia dal Ministero della Salute e/o da nuovi orientamenti clinico-diagnostici o organizzativi sostanziati da evidenze scientifiche.

I PL complessivi sono distribuiti tra le diverse funzioni in modo da poter consentire a ciascuna di esse l'erogazione di volumi di attività atti a soddisfare i bisogni del bacino di utenza. Nella ripartizione dei PL si è tenuto conto della possibilità di integrazioni inter-dipartimentali, per livelli di assistenza, favorendo al massimo la condivisione delle risorse. Ad ogni funzione/UU.OO. (Unità operative) è stato assegnato un numero di PL tarato su un'ipotesi di massima appropriatezza sia in termini di ammissione che di durata della degenza. Un'organizzazione così configurata, per aree funzionali omogenee (di seguito denominate AFO), potrà consentire continui adattamenti alla evoluzione della domanda e dell'offerta, rimanendo sempre all'interno delle discipline provvisoriamente accreditate ai sensi di quanto previsto dalla L 724/94 (art.6, comma 6), dalle Linee Guida n.1/95 (punto 5) e dalla LR 02-07-1999 n.37 (PSR 1999-2001).

Nel capitolo relativo all'assetto dotazionale sono riportati i PL complessivi previsti per ciascuna ASL, per ciascuna AFO, ed i criteri di base per l'articolazione organizzativa delle diverse funzioni in termini di UU.OO., con o senza PL autonomi, e funzioni specialistiche.

3.1.2. PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

Sulla base dei parametri di programmazione regionale, le Direzioni Generali Aziendali, sentito il Consiglio dei Sanitari e la Conferenza dei Sindaci, formulano e sottopongono al parere obbligatorio ma non vincolante della competente commissione consiliare, entro 3 mesi dall'approvazione del piano, una proposta Aziendale di riordino che dovrà:

- *indicare la distribuzione, nei diversi presidi, delle UU.OO. e delle Funzioni specialistiche, con l'obiettivo di una riduzione complessiva delle UU.OO. stesse e nel contempo, riutilizzando le risorse, del raggiungimento del soddisfacimento delle istanze assistenziali di area;*
- *valutare, per ciascun presidio, la stima dei costi ed il rispetto della compatibilità economica della proposta, sia a livello della struttura che dell'azienda;*
- *determinare le eventuali modifiche ed integrazioni da apportare all'atto aziendale, qualora già approvato;*
- *prevedere l'applicazione del disposto, in materia di posti letto, con il perseguimento degli obiettivi di rimodulazione dei posti letto del 60% entro il 31.12.2007 ed il restante 40% entro la data del 31.12.2008.*

3.1.3. PROGRAMMAZIONE DELLA SPEDALITA' PRIVATA

Le case di cura private rappresentano un'importante risorsa del sistema se operano in una logica non concorrenziale, ma di cooperazione e di condivisione di regole esplicite, nel rispetto dell'appropriatezza.

Occorre, quindi, che la spedalità privata riorienti la propria offerta in modo da allineare l'attività ai modelli assistenziali che il sistema pubblico persegue fornendo un'integrazione, quando e dove e necessaria, per il raggiungimento del soddisfacimento della richiesta assistenziale dell'utenza.

La proposta, esplicitata nel capitolo 5, ha tenuto conto della vocazione delle strutture presenti nel territorio abruzzese.

3.2. Progetto reti cliniche e percorsi assistenziali

La progettazione operativa delle reti cliniche verrà predisposta all'interno del P.S.R., in quanto l'elemento fondante delle reti cliniche è quello della logica dei **Percorsi assistenziali**, che prevedono il fondamentale coinvolgimento del territorio (sistema riabilitazione extra-ospedaliera; sistema delle cure domiciliari; etc.).

La riforma dell'assetto del macrolivello distrettuale avverrà nel prossimo P.S.R., nel rispetto delle linee guida che precedono, dove si realizzerà il riallineamento della programmazione ospedaliera con quella di sistema.

Il processo di progettazione vedrà il **coinvolgimento degli operatori** per dare sostanza alla pratica della *clinical governance* (governo clinico), che rappresenta uno degli obiettivi da perseguire costantemente nella prassi operativa della regione.

Si prevede lo sviluppo/riassetto delle seguenti reti:

- *rete emergenza-urgenza;*
- *rete cardiologica;*
- *rete per lo stroke (ictus cerebrale);*

- rete dei trapianti;
- rete oncologica;
- nefrodialitica;
- rete ematologica;
- rete traumatologica;
- rete diabetologica;
- rete laboratori;
- rete della diagnostica per immagini;
- rete della salute mentale;
- rete per i disturbi del comportamento alimentare;
- rete di immunoematologia e medicina trasfusionale;
- **rete per la diagnosi e terapia dei disturbi dell'accrescimento, dello sviluppo puberale e del disagio in epoca adolescenziale;**
- rete delle malattie rare

e dei "Percorsi assistenziali" per le seguenti patologie/condizioni:

- infarto miocardico acuto;
- stroke (ictus);
- frattura del femore;
- scompenso cardiaco;
- broncopneumopatie croniche ostruttive;
- diabete;
- trombosi venose profonde;
- nefropatie croniche;
- percorso nascita.

Entro la legislatura dovranno essere portate a compimento almeno il 50% delle reti e dei percorsi individuati. Il completamento si prevede entro il quinquennio.

*Nella ridefinizione delle reti cliniche verrà posta una particolare attenzione all'Abruzzo di confine (in particolare **alle aree interne della ASL di Lanciano-Vasto e Avezzano-Sulmona e alla ASL di Teramo**) al fine di qualificare l'offerta ospedaliera per recuperare la mobilità passiva e, se possibile, per generare flussi attivi verso la nostra regione.*

3.3. Progetto Centri di riferimento

*Per perseguire l'obiettivo di migliorare i servizi e l'attività degli operatori che hanno sviluppato nel tempo expertise (profili) professionali di alto livello, in qualsiasi località del sistema sanitario regionale si trovino ad operare, si prevede, entro tre mesi dall'approvazione del Piano di Riordino, una regolamentazione dei Centri di Riferimento Regionali (di seguito denominati CRR), **che saranno parte integrante del Piano Sanitario Regionale.***

La regolamentazione dovrà aver luogo prevedendo il seguente percorso:

- la richiesta di riconoscimento come CRR attraverso:
 - Analisi epidemiologica del bisogno sanitario da soddisfare;
 - Documentazione delle attività svolte dalla struttura candidata, corredata dalla pubblicistica prodotta;
 - Conformità agli standard regionali, nazionali ed internazionali;
- il sistema di valutazione della richiesta, anche attraverso l'utilizzo di esperti nazionali o internazionali;
- le modalità di rilascio di certificazione provvisoria come CRR;
- il sistema di monitoraggio, almeno triennale, delle attività del CRR;
- le modalità di rilascio della certificazione definitiva come CRR.

Gli *expertise* (conoscenze) maturati nella sanità abruzzese, oltre ai CRR attualmente riconosciuti, che comunque dovranno essere "ri-certificati" secondo la nuova proposta, permettono di prevedere la possibile attivazione di nuovi CRR.

Per le aziende ASL in cui insistono i Centri di Eccellenza a valenza Regionale già esistenti che svolgono servizi per tutta la regione in quanto unici per le prestazioni erogate, nel calcolo della spesa relativa al personale, è consentita la deroga al rispetto del relativo tetto nei limiti del fabbisogno indispensabile per le attività dei Centri. E' fatto comunque salvo il rispetto del tetto di spesa relativa al personale in ambito regionale.

La deroga è immediatamente operativa per il Centro di Ematologia di Pescara.

3.4. I Piccoli Ospedali

La caratterizzazione delle nuove patologie ed il prolungamento dell'età media non permettono di esaurire il bisogno di assistenza all'interno dell'ospedale per acuti (ancorché abbia differenziato i regimi dell'offerta). Occorre affrontare in modo nuovo e qualificato le esigenze che derivano dalle condizioni di cronicità, polipatologia, e disabilità, destinate a aumentare progressivamente nei prossimi anni, garantendo:

- la continuità e la qualità dell'assistenza nel lungo periodo;
- l'appropriatezza dei regimi assistenziali offerti (residenza, semiresidenza, domicilio, etc.);
- il decentramento della risposta, che favorisca il permanere del soggetto nel proprio contesto sociale;
- l'integrazione socio-sanitaria.

Per i **piccoli ospedali**⁵ esiste una difficoltà oggettiva ad acquisire adeguate caratteristiche di complessità. I limitati bacini di utenza per tipologia e numerosità della casistica trattata, infatti, non permettono di garantire nel tempo il perfezionamento/mantenimento dell'*expertise* (livello professionale) dei professionisti, ed il raggiungimento di quei livelli necessari a minimizzare i rischi per i pazienti e per gli stessi operatori.

⁵ Legge n. 724 del 23/12/1994, art. 3, comma 1, "...Le regioni provvedono, entro il termine perentorio di 6 mesi dalla entrata in vigore della presente legge, alla disattivazione o alla riconversione degli ospedali che non raggiungevano alla data del 30/6/1994, la dotazione minima di 120 posti letto... anche operando le eventuali conseguenti trasformazioni di destinazione in servizi sanitari ambulatoriali e/o in strutture non ospedaliere...". Fatto salvo le deroghe alla citata disposizione previste per gli ospedali montani, il cui bacino di utenza coincide con il territorio della comunità montana (oltre gli 800 m di altitudine) e/o con un bacino d'utenza prevalentemente turistico.

Per i piccoli ospedali, occorre prevedere lo sviluppo di una duplice integrazione: una verso gli ospedali maggiori, l'altra verso le funzioni assistenziali distrettuali e quindi verso la salvaguardia del *patrimonio storico* rappresentato da questi presidi per le rispettive comunità locali. Tali presidi hanno sempre ricoperto una funzione di servizio assistenziale più ampio di quello strettamente ospedaliero, essendo anche un'importante risorsa per l'economia locale.

Non compiere scelte ed ignorare il problema dei piccoli ospedali, ridenominati **Ospedali del Territorio**, può condurre ad un blocco del sistema, mentre affrontare oggi il difficile tema della riconversione dei piccoli ospedali può aiutare a preservare il sistema per il futuro.

E' tacito che nessuna riorganizzazione efficace può realizzarsi senza che agli interventi di natura "tecnica" si affianchino interventi di riqualificazione e di forte motivazione dei lavoratori. Il desiderio è che si riesca a rendere partecipi gli operatori sanitari della trasformazione, in un clima di forte coinvolgimento ideale, ossia di condivisione della nuova missione dell'*ospedale del territorio*, che da struttura piccola diverrà un'organizzazione perfettamente efficiente nelle dimensioni consone ai nuovi scopi ad essa attribuiti.

La riconfigurazione dell'offerta dei piccoli ospedali, che prevede la garanzia di prestazioni di ricovero, ambulatoriali e domiciliari, è una scelta strategica che porterà allo sviluppo di una rete di servizi diffusi sul territorio. Servizi che andranno a soddisfare i bisogni emergenti e multidimensionali delle popolazioni che formano il bacino di utenza dell'ospedale del territorio.

La riconfigurazione dell'offerta dell'Ospedale del Territorio consisterà nell'attivazione/potenziamento dei seguenti servizi:

- *pronto soccorso territoriale (servizio di emergenza sanitaria territoriale con postazione fissa, punto di primo intervento, sistema di trasporti secondari protetti (118));*
- *medicina orientata alla gestione di definite condizioni di acuzie e subacuzie (da definire con apposito atto **regolamentare**)*
- *lungodegenza;*
- *riabilitazione;*
- *day hospital (Ricovero diurno, di seguito denominato D.H.);*
- ***attività chirurgiche espletabili in regime di Day Surgery (chirurgia diurna senza ricovero) e One Day Surgery (chirurgia diurna con ricovero di un giorno), comunque in articolazione programmata con poli ove si esplicano attività di medio –alta complessità, articolazione funzionale alla riduzione delle liste di attesa;***
- *chirurgia e ambulatoriale;*
- *day service (servizi ambulatoriali in un giorno, di seguito denominato D.Serv.);*
- ***servizi di dialisi ove già esistenti;***
- *pacchetti ambulatoriali complessi;*
- *ospedale di comunità (gestito dai medici di medicina generale);*
- *ambulatori specialistici;*
- *articolazioni organizzative della medicina generale.*

*La trasformazione in Ospedali del Territorio dovrà essere avviata contestualmente alla riorganizzazione della rete dell'emergenza e del sistema delle cure domiciliari. Fino al completamento delle suddette realizzazioni, che devono avere priorità assoluta nella programmazione regionale e aziendale, e devono essere portate a compimento nell'arco del prossimo triennio, nei "piccoli ospedali" rimarranno attivi, ove già presenti, i servizi di pronto/primo soccorso **con le funzioni anche di osservazione breve** e/o le UU.OO. o moduli di medicina interna/geriatria, anche con funzioni di ricovero ordinario, che avverrà attraverso il servizio di accettazione di reparto.*

3.5. Il ruolo delle Università

La Regione, prima dell'adozione o dell'adeguamento del Piano Sanitario Regionale acquisirà il parere delle Università (Facoltà di Medicina) per gli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali necessarie allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca.

Va parimenti rafforzata la collaborazione con le altre Facoltà delle due Università abruzesi sui temi della formazione in campo economico-gestionale, aziendale, sociologico e giurisprudenziale.

4 - I modelli organizzativi

4.1. Modello Hub and Spoke

Il modello per lo **sviluppo del sistema integrato delle funzioni ospedaliere** è quello dell'**hub and spoke (perno e raggi)**. Tale modello prevede il collegamento tra una **sede centrale di riferimento (hub)** e più **sedi periferiche (spoke)**, per lo svolgimento di attività della stessa disciplina o della stessa area dipartimentale; attività che in base alla loro complessità sono distribuite tra le varie sedi con una unitarietà di modelli tecnico-professionali, l'utilizzo di equipe integrate e percorsi assistenziali condivisi. Le relazioni tra sede centrale di riferimento e sedi periferiche devono ispirarsi ai seguenti criteri:

- il governo del percorso clinico del paziente è in carico alle unità periferiche;
- la selezione e l'invio dei pazienti agli *hub* è compito esclusivo degli *spoke* a garanzia dell'appropriatezza;
- il paziente, dopo aver eseguito la procedura e non appena le sue condizioni lo permettono, ritorna allo *spoke* per il completamento del percorso ed il *follow-up* (l'osservazione).
- dovranno essere individuati:
 - i criteri di ammissione dei pazienti e le priorità di accesso;
 - i tempi e le liste di attesa differenziate per gli *hub* e *spoke*;
 - i criteri di dimissione e re-Invio allo *spoke*;
 - le modalità di gestione integrata della documentazione relativa al paziente.

Il modello hub and spoke traduce nella pratica il modello delle **reti cliniche**, che va sviluppato in tutti i settori a partire da quelli di **alta complessità** (emergenza, patologia cardiovascolare, patologia neuro-cerebrovascolare, oncoematologia etc.) cioè quelle che si caratterizzano per la severità dei quadri clinici e per la complessità delle tecnologie; ma che può rientrare anche nella configurazione di quelli dedicati a

discipline “**di base**” o comunque a larga diffusione. Tali reti si avvalgono naturalmente anche delle strutture di **alta specialità**, ovvero quelle che sviluppano attività di discipline ad ampio bacino d’utenza per loro natura fortemente specialistiche (cardiochirurgia, neurochirurgia, etc.).

4.2. Modello dipartimentale

L’organizzazione ospedaliera deve naturalmente fondarsi sul modello dipartimentale, reso però fattivo e non meramente nominalistico.

La sua costituzione si propone specifici obiettivi:

- **Un obiettivo organizzativo** per garantire un migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione;
- **un obiettivo clinico** per promuovere la qualità dell’assistenza e la crescita dell’efficacia e dell’appropriatezza delle prestazioni mediante l’approccio dell’*Evidence Based Medicine* (Medicina basata sull’evidenza di seguito indicata con EBM) e l’introduzione della cultura del confronto sistematico tra professionisti sanitari;
- **un obiettivo economico** atto a garantire la realizzazione di economie di scala e di gestione;
- **un obiettivo strategico** per la diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative.

E’ dunque un’organizzazione integrata che, concorrendo a comuni obiettivi di salute, rappresenta il modello organizzativo idealmente favorente l’introduzione ed all’attuazione del Governo Clinico.

Come previsto dalla recente *Delibera di Giunta Regionale (Di seguito indicata D.G.R.) n. 1115 del 9/10/06⁶*, il Dipartimento è costituito da strutture omogenee, affini o complementari, le quali perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale.

Si possono definire due tipologie fondamentali di Dipartimento:

- **Il Dipartimento strutturale**, che aggrega le UU.OO. al fine di razionalizzare, in termini di efficacia, efficienza ed economicità, l’utilizzo delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche assegnate;
- **Il Dipartimento funzionale**, che aggrega le UU.OO., che rimangono indipendenti tra di loro, al fine di ottimizzare i percorsi assistenziali e di garantire un approccio multidisciplinare e la continuità delle cure (e ciò con particolare riguardo alle patologie complesse).

La macrostruttura dipartimentale può essere di tipo verticale, con gerarchie e responsabilità ben definite e con una forte gestione gerarchica delle UU.OO., oppure essere di tipo orizzontale, con un coordinamento trasversale delle UU.OO.

4.3. L’articolazione organizzativa (UU.OO. e Servizi) nel pubblico

L’**articolazione organizzativa** dipartimentale ospedaliera delle strutture pubbliche assume, per le UU.OO. e Servizi, il seguente schema di riferimento:

1. Unità operativa complessa con posti letto autonomi: specifica articolazione organizzativa e strutturale, diretta da un direttore di struttura complessa, con propria area di degenza riservata e autonomia organizzativa, sempre

⁶ DIRETTIVA REGIONALE-GUIDA ALLE AZIENDE SANITARIE LOCALI D’ABRUZZO PER L’ADOZIONE DEGLI “ATTI AZIENDALI”

all'interno di strutture dipartimentali per garantire condivisione di risorse e dei modelli organizzativi.

2. Unità operativa con posti letto di AFO: UU.OO. complessa o semplice, diretta da un responsabile di struttura complessa o semplice, con specifica articolazione organizzativa, che pur in presenza di spazi, tecnologie e personale specificamente dedicati, e quindi di una propria autonomia organizzativa, **utilizza PL indistinti dipartimentali** (cfr. di seguito).

3. Funzioni di Servizi specialistici: unità con specifica articolazione organizzativa, prevista per le strutture specialistiche ad alta diffusione *con vocazione prevalentemente ambulatoriale e/o ad attività a ciclo diurno*. Tali Servizi, pur in presenza di spazi, tecnologie e personale specificatamente dedicati, non si sviluppano con una propria autonomia organizzativa, salvo se a valenza aziendale utilizzando eventualmente PL indistinti dipartimentali nell'interno dell'AFO.

Tale classificazione viene attuata per avviare a soluzione il problema della ridondanza del numero di strutture complesse presenti in alcuni ospedali, e la problematica dei "doppioni" nell'ambito dei presidi presenti nella stessa azienda/struttura.

Il consolidamento dell'organizzazione dipartimentale, orientata alla massima integrazione delle risorse, deve consentire, mediante la ristrutturazione delle aree di degenza, la creazione di veri spazi dipartimentali nei quali effettuare le attività di ricovero delle UU.OO. complesse senza PL autonomi, delle UU.OO. semplici o delle funzioni specialistiche come sopra definite. La presenza di più UU.OO. della stessa disciplina in una struttura dovrà essere giustificata sia dai volumi di attività che dalla specializzazione e differenziazione delle attività svolte nel rispetto del minimo di posti letto definiti in allegato 2.

Infine, sempre in tema di criteri generali, dovrà essere curata la progressiva realizzazione di **posti-letto indistinti dipartimentali** condivisibili in appoggio e/o a disposizione di tutte le UU.OO. dipartimentali. La dotazione di PL indistinti dipartimentali negli ospedali potrà risultare variabile ma dovrà collocarsi, a regime, in una percentuale compresa tra il **10- 15%** dei letti dipartimentali. I pazienti che occupano i posti letti indistinti dipartimentali sono a carico della UU.OO. o Servizio che ha disposto il ricovero, con il proprio codice di disciplina.

Il Direttore Generale dell'Unità Sanitaria Locale, nel rispetto dei criteri sopraindicati, provvede ad individuare, con l'atto aziendale, le strutture complesse e le strutture semplici.

4.4. Sviluppo dei regimi alternativi

La logica dello sviluppo delle forme alternative di assistenza risiede nella volontà di garantire al cittadino la fornitura di prestazioni necessarie a rispondere al proprio bisogno di salute, semplificando l'accesso ai percorsi assistenziali, garantendone la continuità e la razionalità nell'assistenza e ponendo particolare attenzione a specifici determinanti di salute di ciascuno.

La L.R. 20/2006 prevede e regola lo sviluppo dei seguenti regimi alternativi di assistenza: Day Hospital (D.H.), Day Surgery (D.S.), Day Service (D.S.erv), Prestazioni Ambulatoriali Complesse (PAC), Chirurgia Ambulatoriale .

Il **Day Hospital (D.H.)** è un modello organizzativo ed operativo, caratterizzato da accessi o cicli di accessi, in forma ordinaria programmata, di durata normalmente inferiore alle dodici ore, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e polispecialistiche non erogabili a livello ambulatoriale, in quanto richiederebbero

assistenza medica ed infermieristica protratta nell'arco della giornata o potrebbero ridurre sensibilmente il livello di sicurezza del paziente se erogate in forma di day service (D.S.erv).

Il **Day Surgery (D.S.)** è un modello organizzativo ed operativo attuato in ambito ospedaliero, caratterizzato dall'effettuazione di interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive di tipo chirurgico, in anestesia locale, loco-regionale o generale, di durata normalmente inferiore alle dodici ore.

La chirurgia a ciclo diurno non dovrebbe comprendere il pernottamento; il quale è comunque previsto nei casi **"one day surgery"(One D.S.)**.

La **Chirurgia Ambulatoriale** è un modello organizzativo alternativo al ricovero ordinario o al Day Surgery per l'effettuazione di interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive senza necessità di osservazione post operatoria, eseguibile in servizi ambulatoriali protetti in anestesia locale e/o loco-regionale.

Il **Day Service (D.S.erv)** è un modello organizzativo per attività specialistica ambulatoriale programmabile; è funzionale alla gestione di alcune situazioni cliniche complesse, per le quali il ricovero risulta inappropriato, ma che richiedono una presa in carico del paziente per definirne la gestione assistenziale in tempi necessariamente brevi.

Il **Pacchetto di Prestazioni Ambulatoriali Complesse (PAC)** è un modello organizzativo per l'attività specialistica ambulatoriale, che permette al paziente di avere una diagnosi nel più breve tempo possibile, assecondando la richiesta del medico di medicina generale. Le prestazioni erogate, sulla base dei criteri della EBM, devono essere necessarie per la gestione di uno specifico problema clinico. Di norma, il Pacchetto deve avere una durata inferiore ad un mese.

4.5. Il sistema di emergenza-urgenza sanitaria

La Regione Abruzzo, con la L.R. 26 aprile 2004 n. 15 art. 103 e con le D.G.R. n. 176 del 19 marzo 2001 e n. 204 del 30 aprile 2002, ha disposto un'organizzazione del sistema sanitario per l'emergenza-urgenza articolato in due settori tra loro collegati: la rete ospedaliera e il servizio di emergenza territoriale (Sistema 118).

La rete ospedaliera deve essere costituita dai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA di I livello) e UU.OO. di medicina e chirurgia di urgenza e accettazione (ex servizi di pronto soccorso). Le UU.OO. di medicina e chirurgia di urgenza e accettazione devono avere sede in tutti i presidi ospedalieri pubblici della regione e essere dotati di organico autonomo, avendo funzioni di emergenza-urgenza ed accettazione. In questi servizi devono essere allocati i PL tecnici di osservazione breve, nella misura del 2-3% del totale dei PL di ciascun presidio ospedaliero.

*Il DEA di II livello ha valenza aziendale **e, oltre ad assicurare** l'integrazione tra loro dei DEA di I livello e le UU.OO. di medicina e chirurgia di urgenza e accettazione (ex servizi di pronto soccorso) dei singoli presidi ospedalieri, coordina l'organizzazione dei servizi di emergenza territoriale.*

Il sistema di emergenza territoriale 118 è costituito dalle centrali operative, dal servizio di elisoccorso, dalle UU.OO. addette al soccorso sul territorio e dai punti di primo intervento.

Il processo di riorganizzazione del sistema dell'emergenza sanitaria regionale mostra, a quattro anni dalla sua attivazione, la necessità di una rimodulazione per ovviare ad alcune criticità che si sono manifestate:

- problemi di coordinamento operativo tra Centrale Operativa e postazioni di soccorso periferiche;
- mancanza di informazioni in tempo reale sulla disponibilità di PL nei DEA da parte delle Centrali Operative;
- non uniforme distribuzione nel territorio dei mezzi di soccorso;
- non completo rispetto dei tempi di percorrenza previsti dalla normativa;
- mancanza di uno schema di convenzione tipo regionale per la stipula dei protocolli d'intesa con le associazioni di volontariato per il soccorso di base;
- ritardo di attivazione dei DEA di I e II livello;
- carenza di un piano integrato per le maxi-emergenze e la medicina delle catastrofi;
- incompleta attivazione delle Osservazioni Brevi;
- mancanza di protocolli di attivazione per l'emergenza intra-ospedaliera.

Alla luce di tali criticità, e tenendo conto delle indicazioni previste dalla normativa nazionale in materia⁷, si prevede la ridefinizione del sistema dell'emergenza sanitaria nell'ambito del redigendo P.S.R.

4.6. Lungodegenza e Riabilitazione

4.6.1 La lungodegenza post-acuzie

Alla lungodegenza post-acuzie afferiscono pazienti che, dopo una fase acuta di malattia, presentano problemi clinici ancora attivi e richiedono una competente e continua sorveglianza medica ed un *nursing* (assistenza infermieristica), non erogabili in regimi extraospedalieri.

L'assistenza medica è garantita da personale di formazione internistica-geriatrica in integrazione funzionale con l'unità di medicina generale o geriatria. Le consulenze specialistiche sono garantite dal personale del reparto specialistico da cui proviene il paziente.

La lungodegenza è riservata a:

- pazienti con malattia ad andamento cronico-ricidivante, ben definita sul piano diagnostico, che necessitano di accertamenti di I livello (difficilmente eseguibili in altro regime assistenziale), per il controllo periodico della malattia;

⁷ Il D.P.R. 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" individua le condizioni per assicurare questa attività uniformemente su tutto il territorio nazionale.

Il D.M. 15.05.1992, definisce i criteri e i requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza al fine di rendere uniformi e confrontabili i dati registrati in Centrale Operativa.

Le linee guida n. 1/1996 della conferenza Stato-Regioni, recanti "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di emergenza sanitaria", forniscono le indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali.

L'accordo Stato-Regioni del 25.01.2001 ha definito le linee guida sul triage intra-ospedaliero per gli utenti che accedono direttamente al pronto soccorso.

La conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 22.05.2003, ha approvato le linee guida su formazione ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza, al fine di garantire a livello nazionale una fisionomia unitaria dei diversi programmi di formazione e aggiornamento.

- pazienti con pregressa malattia acuta e clinicamente stabilizzati, non autonomi, in cui persiste la necessità di verifica medica quotidiana per l'aggiustamento della terapia ed il recupero dell'autonomia in tempo contenuto;
- pazienti convalescenti con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomi, con deficit funzionali emendabili;
- pazienti destinati a trattamenti periodici ad elevata frequenza;
- pazienti con deficit funzionali lievi e prognosi favorevole per il recupero a breve termine, che necessitano prevalentemente di assistenza internistica oltre ad interventi riabilitativi mirati.

La permanenza dei pazienti in tali strutture è di durata solitamente stimabile in un periodo di tempo non superiore ai 60 giorni.

Lo standard programmatico per la lungodegenza è previsto in 0,3 PL per 1000 abitanti.

4.6.2. La riabilitazione ospedaliera

Le attività di riabilitazione sono erogate mediante una rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri.

E' necessario che la riabilitazione post-acuzie sia collegata agli ospedali per acuti che trattano patologie che, non appena stabilizzate, necessitano dell'intervento riabilitativo, anche precoce, per il pieno recupero delle capacità funzionali.

Tale collegamento tra Ospedali per acuti e sStrutture di riabilitazione risulta funzionale, nel rispetto dei criteri di appropriatezza, all'immediato trasferimento del paziente in riabilitazione, con il conseguente vantaggio di decongestionare posti letto per acuti.

*L'eventuale trasferimento del paziente, da una AFO all'altra dello stesso Istituto di cura, comporta la sua dimissione e successiva riammissione esclusivamente nell'ipotesi di trasferimento all'AFO riabilitazione. **Le prestazioni di riabilitazione saranno acquistabili a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dal reparto per acuti.***

Nel Piano Sanitario Regionale saranno ridefiniti assetti e funzioni di tutto il sistema riabilitativo (riabilitazione ospedaliera, riabilitazione delle residenze sanitarie, riabilitazione domiciliare e della specialistica ambulatoriale).

La dotazione della riabilitazione ospedaliera regionale è stimata in 879 PL, corrispondenti ad uno standard programmatico di 0,68 PL x 1000 abitanti. Questo valore comprende 90 PL dedicati a tre nuove funzioni di alta specialità riabilitativa, di cui si prevede l'attivazione. Gli standard programmatici sono stati definiti tenendo conto dei dati epidemiologici attesi, ma anche del *trend* (andamento dei tassi) storico e della situazione esistente. La programmazione deve essere interpretata in un'ottica triennale, con la prospettiva di verificare e rivedere nel tempo i diversi parametri.

- *Unità di recupero e rieducazione funzionale (Cod. 56)*

La dotazione di PL di Riabilitazione Intensiva è calibrata su uno standard programmatico di 0,61 PL x 1000 abitanti, corrispondenti ad un totale di 789 PL, la cui distribuzione geografica per ASL (appresso denominata ASL) tiene conto delle situazioni pre-esistenti e consolidate, anche in relazione ad una relativa quota di mobilità prevedibile per questa tipologia di pazienti. Alla riabilitazione afferiscono pazienti entro 30 gg dall'evento acuto o dall'intervento chirurgico, comunque provenienti da UU.OO. ospedaliere per acuti.

- *Unità spinale (Cod. 28)*

L'Unità Spinale è destinata all'assistenza di soggetti con lesione del midollo spinale sia di origine traumatica che non. Lo standard programmatorio è fissato in 25 PL regionali (pari a 0,020 PL x 1000 abitanti). L'accesso è riservato a pazienti entro 60 gg dall'evento acuto o dall'intervento chirurgico, comunque provenienti da UU.OO. ospedaliere specialistiche per acuti.

- *Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite - Riabilitazione in Assistenza Intensiva (UGCA-RAI, ora cod. 75, in attesa di definizione come cod. 80)*

Unità per stati vegetativi dedicati alle condizioni neurologicamente gravi nella fase di post-acuzie per pazienti non responsivi all'ambiente esterno. Lo standard programmatorio è fissato in 33 PL regionali (pari a 0,025 PL x 1000 abitanti). L'accesso è riservato a pazienti in stato di coma entro 180 gg dall'evento acuto e in dimissione da UU.OO. di rianimazione, neurochirurgia e neurologia.

- *Unità gravi cerebrolesioni acquisite (Neuroriabilitazione, cod. 75)*

Unità di riabilitazione intensiva per pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite, traumatiche e non traumatiche, in grado di sostenere una riabilitazione intensiva altamente specialistica. Lo standard programmatorio è fissato in 32 PL regionali (pari a 0,025 PL x 1000 abitanti). L'accesso è riservato a pazienti entro 60 gg dall'evento acuto o dal risveglio, comunque provenienti da UU.OO. ospedaliere specialistiche per acuti.

Nel Piano Sanitario Regionale saranno indicati gli standard operativi e di assistenza dei pazienti per tutti i regimi di assistenza riabilitativa.

5. L'ASSETTO DOTAZIONALE

5.1. Criteri di ridefinizione dei posti letto

L'adeguamento dei PL riguarda tutte le strutture: pubbliche e private accreditate.

I criteri fondamentali che hanno guidato la rideterminazione complessiva dei PL, in base all'analisi dei dati 2004-2005, sono i seguenti:

1. riequilibrio progressivo delle dotazioni per 1.000 abitanti tra le diverse ASL per le discipline di base, e tra acuti e post-acuti;
2. esaustività dell'offerta a livello provinciale per le discipline ad alta diffusione;
3. aumento delle dotazioni dell'AFO di terapia intensiva;
4. potenziamento della lungodegenza ospedaliera per permettere un più appropriato utilizzo delle degenze per acuti;
5. riconduzione a Servizi Specialistici delle discipline a prevalente vocazione ambulatoriale o di ricovero a ciclo diurno (ad es.: dermatologia, diabetologia, etc.)

Il percorso metodologico per la ridefinizione della dotazione dei PL ospedalieri regionali è stato il seguente:

1. Ricognizione conoscitiva della situazione reale del numero di PL attivi (al 31-12-2005) nei Presidi pubblici e privati regionali (certificati nel luglio 2006 dalle Direzioni Sanitarie di Presidio);

2. Analisi della "popolazione utente" regionale pesata per classi di età e definizione dei bacini di utenza "pesati": Regionale, Provinciale e di ASL;

3. Classificazione delle discipline secondo una valenza territoriale in tre classi (**cf. Allegato 1**):

- specialistica di base (valenza di singolo presidio),
- specialistica ad alta diffusione (valenza ASL-Provincia) ,
- specialistica a bassa diffusione (valenza regionale/sovraregionale);

4. Adeguamento del numero dei PL agli standard medi nazionali del tasso per mille abitanti delle discipline di base ed ad alta diffusione sia a livello regionale, che provinciale e di ASL;

5. Riequilibrio territoriale, sui bacini di utenza pesati, dei PL, per Aree Funzionali Omogenee sia a livello Provinciale che Aziendale;

6. Riequilibrio totale, sia a livello regionale che provinciale, del tasso di PL, per mille abitanti, di acuti e post-acuti (Riabilitazione e lungodegenza), secondo lo standard previsto dalla normativa vigente in materia;

7. Definizione delle "UU.OO/moduli base" caratteristici per ogni disciplina, secondo i moderni orientamenti clinico-assistenziali ed alla luce dell'applicazione dei LEA, con definizione del numero minimo di PL (distinto per pubblici e privati) (**cf. Allegato 2**);

8. Valutazione degli indici disponibili di attività, appropriatezza ed "efficienza" (tasso di utilizzo, presenza media giornaliera, appropriatezza regime assistenziale, etc.) delle singole UU.OO. per la definizione, nell'interno dei bacini di utenza, delle dotazioni in UU.OO/modulo per ogni singolo presidio.

9. Riequilibrio a livello Regionale, Provinciale e Aziendale del numero totale dei posti letto, sia pubblici che privati, secondo lo standard medio nazionale per mille abitanti, con riduzioni e assegnazioni proporzionali al pre-esistente, sia per il settore pubblico che per quello privato.

10. Ridefinizione dell'assegnazione della dotazione dei posti letto della ospedalità privata utilizzando per i posti letto di riabilitazione, esclusi i presidi privati con PL complessivi inferiori a 60, criteri di abbattimento fondati sull'appropriatezza fino ad un massimo di abbattimento del 30% e un ulteriore abbattimento pari al 15% della dotazione complessiva dei PL di lungodegenza, che vengono riattribuiti come tali in sostituzione dei PL di riabilitazione. I posti letto per acuti sono stati abbattuti con un criterio fisso per tutte le strutture e una quota aggiuntiva fondata su criteri di appropriatezza fino ad un massimo di abbattimento del 30%.

5.2. La rete ospedaliera: i dati generali

Per la determinazione della dotazione complessiva dei PL la Regione Abruzzo si è avvalsa dell'incremento previsto dall'art.4 comma 1.a) dell'Intesa Stato-Regione del 23 marzo 2005, riferito alle condizioni demografiche delle Regioni. Tale incremento è stato calcolato sulla dotazione standard dei posti letto per acuti.

I posti letto complessivi del piano di riordino sono 6.055 (corrispondenti ad un tasso del 4.66 per 1.000 ab.). Di questi 4.785 sono PL per acuti (tasso del 3.68 per 1.000 ab.) e 1.270 sono PL di postacuzie (riabilitazione e lungodegenza) (tasso dello 0.98 per 1.000 ab.) (**Tabella 1**)

Tabella 1 – Posti Letto complessivi acuti e postacuti

Tipologia Letti	ATTUALI	PIANO
Acuti	5.775	4.785
Postacuti	705	1.270
Totali	6.480	6.055

Rispetto alla situazione attuale la diminuzione complessiva è di 425 PL (- 6.6%), con un forte decremento dei PL per acuti: - 990 (-17.1%); e un incremento sostanziale dei PL postacuti: + 565 (+ 80.1%).

Nella **Tabella 2**, e nelle successive tabelle, vengono riportati i dati complessivi dei posti letto (attuali e da piano) suddivisi tra pubblico e privato con esclusione di 40 PL di alta riabilitazione: 20 PL di Unità gravi cerebrolesioni acquisite-riabilitazione in Assistenza Intensiva (UGCA-RAI ora cod. 75, in attesa di definizione come cod. 80); 20 PL di Unità gravi cerebrolesioni acquisite (Neuroriabilitazione, cod. 75). Per tali 40 posti letto, la Regione si riserva di definirne l'attribuzione in apposita norma contenuta nel Piano Sanitario Regionale.

Tabella 2 – Posti Letto acuti e postacuti pubblici e privati attuali e da piano

Tipologia Letti	ATTUALI			PIANO		
	PUBBLICI	PRIVATI	TOTALI	PUBBLICI	PRIVATI	TOTALI
Acuti	4.921	854	5.775	4.110	675	4.785
Postacuti*	218	487	705	773	457	1.230
Totali	5.139	1.341	6.480	4.883	1.132	6.015

*NB: Nei PL post-acuti del piano non sono compresi 40 PL di alta riabilitazione

La riduzione dei PL è di 256 nel pubblico (-5.0%) e di 209 nel privato (-17.4%). Nel pubblico i PL per acuti diminuiscono di 811 unità (-16.5%) e nel privato di 179 unità (-21.0%). I PL postacuti aumentano di 555 unità (+254.6%) nel pubblico e diminuiscono di 30 unità nel privato (-6.2%).

Le differenze tra le ASL regionali nei tassi dei PL complessivi per 1000 abitanti⁸ (**Tabella 3**), oggi notevoli, vengono ridotte dal Piano, avviando il necessario riequilibrio territoriale che peraltro non potrà essere totale stante la distribuzione di specialità nei presidi in cui insiste la componente universitaria e la configurazione determinatesi nel corso degli anni.

Tabella 3 – Tassi PL complessivi (acuti e postacuti) x 1.000 ab. per ASL*

ASL	Tassi x 1.000 ab. attuali	Tassi x 1.000 ab. Piano
ASL 1 - Avezzano-Sulmona	5,17	4,58
ASL 2 - Chieti	6,60	5,74
ASL 3 - Lanciano-Vasto	4,14	3,75
ASL 4 - L'Aquila	5,79	5,23
ASL 5 - Pescara	5,21	4,95
ASL 6 - Teramo	3,98	4,09

*NB: Nel calcolo non sono compresi 40 PL di alta riabilitazione

⁸ I tassi specifici sono stati calcolati sulla popolazione pesata. Nella tabella vengono riportati i dati riferiti alla popolazione reale

Il disequilibrio nei tassi a livello di ASL viene a ridursi nettamente, quando si analizzano i dati a livello provinciale (**Tabella 4**). Come si nota, infatti, da un range tra le province compreso tra 3.98 e 5.38 (una differenza pari a 1.40), si passa ad un range 4.09-4.95 (corrispondente ad una differenza di 0.86).

Tabella 4 – Tassi PL complessivi (acuti e postacuti) x 1.000 ab. per provincia*

PROVINCIA	Tassi x 1.000 ab. attuali	Tassi x 1.000 ab. Piano
Chieti	5,25	4,65
L'Aquila	5,38	4,80
Pescara	5,21	4,95
Teramo	3,98	4,09

*NB: Nel calcolo non sono compresi 40 PL di alta riabilitazione

Analogo risultato si è realizzato nel riequilibrio delle discipline suddivise (cfr. § 5.1) tra specialistica di base, specialistica ad alta diffusione e specialistica a bassa diffusione.

Permangono disequilibri tra le ASL nel tasso di PL per ciascuna macro-categoria di disciplina, legata ai motivi precedentemente enunciati (**Tabella 5**).

Tabella 5 – Tassi PL specialistica di base, specialistica ad alta diffusione e specialistica a bassa diffusione. x 1.000 ab. per ASL*

ASL	Tassi x 1.000 ab. PL specialistica base	Tassi x 1.000 ab. PL specialistica alta diffusione	Tassi x 1.000 ab. PL specialistica bassa diffusione
ASL 1 - Avezzano-Sulmona	3,13	1,25	0,20
ASL 2 - Chieti	3,53	2,02	0,19
ASL 3 - Lanciano-Vasto	2,47	1,28	-
ASL 4 - L'Aquila	2,77	2,08	0,38
ASL 5 - Pescara	2,87	1,70	0,38
ASL 6 - Teramo	2,51	1,32	0,26

*NB: Nel calcolo non sono compresi 40 PL di alta riabilitazione

Il disequilibrio si attenua decisamente, invece, quando si stratifica per provincia (**Tabella 6**).

Tabella 6 – Tassi PL specialistica di base, specialistica ad alta diffusione e specialistica a bassa diffusione. x 1.000 ab. per Provincia*

ASL	Tassi x 1.000 ab. PL specialistica base	Tassi x 1.000 ab. PL specialistica alta diffusione	Tassi x 1.000 ab. PL specialistica bassa diffusione	Tassi totali x 1.000 ab.
Chieti	2,81	1,54	0,08	4,43
L'Aquila	2,84	1,45	0,25	4,54
Pescara	2,87	1,70	0,38	4,95
Teramo	2,51	1,32	0,26	4,09

*NB: Nel calcolo non sono compresi 40 PL di alta riabilitazione

La riduzione di PL è stata omogenea tra le diverse AFO. (**Tabella 7**). Complessivamente, infatti, il tasso di PL dedicati alle discipline incluse nell'AFO medica

si riduce da 1.89 (attuale) a 1.57; il tasso di PL dedicati all'AFO chirurgica si riduce da 1.78 (attuale) a 1.48; il tasso dei PL materno-infantili cala dall'attuale valore di 0.58 a 0.45. Si è mantenuto costante il tasso dell'AFO delle Terapie Intensive (0.18), mentre quasi raddoppia il tasso dell'AFO di riabilitazione-lungodegenza.

Tabella 7 – Tassi di Posti Letto per 1.000 ab. per AFO, attuali e da piano*

AFO	Tassi x 1000 ab. ATTUALI	Tassi x 1000 ab. PIANO
AFO 1 - MEDICINA	1,89	1,57
AFO 2 CHIRURGIA	1,78	1,48
AFO 3 TERAPIA INTENSIVA	0,18	0,18
AFO 4 MATERNO INFANTILE	0,58	0,45
AFO 5 RIABILITAZIONE E LUNGO DEGENZA	0,54	0,95

*NB: Nel calcolo dell'AFO 5 non sono compresi 40 PL di alta riabilitazione

In seguito alle modifiche previste dal Piano, la distribuzione dei PL a seconda dell'AFO cui sono dedicati, nelle 6 ASL abruzzesi, ricalca in parte – com'è ovvio – quella generale e quella dei PL suddivisi per tipologia di disciplina (**Tabella 8**). In sintesi, si nota come i tassi di PL siano estremamente omogenei tra le varie ASL per ciò che concerne la Terapia Intensiva e la AFO Materno-Infantile, e come le differenze tra le ASL nelle altre AFO non siano comunque particolarmente elevate (permangono i citati e motivati squilibri relativi ai due poli universitari).

Tabella 8 – Tassi di Posti Letto per 1.000 ab. per AFO e ASL*

ASL	AFO 1	AFO 2	AFO 3	AFO 4	AFO 5
ASL 1 - Avezzano-Sulmona	1,19	1,61	0,20	0,48	1,09
ASL 2 - Chieti	1,92	1,85	0,27	0,48	1,22
ASL 3 - Lanciano-Vasto	1,20	1,10	0,19	0,47	0,79
ASL 4 - L'Aquila	2,21	1,93	0,12	0,47	0,51
ASL 5 - Pescara	1,81	1,39	0,17	0,45	1,13
ASL 6 - Teramo	1,39	1,39	0,16	0,39	0,76

*NB: Nel calcolo dell'AFO 5 non sono compresi 40 PL di alta riabilitazione

A livello provinciale avviene un sostanziale riequilibrio tra le AFO (**Tabella 9**).

Tabella 9 – Tassi di Posti Letto per 1.000 ab. per AFO e Province*

PROVINCIA	AFO1	AFO2	AFO3	AFO4	AFO5
Chieti	1,52	1,44	0,22	0,48	0,99
L'Aquila	1,54	1,72	0,17	0,48	0,89
Pescara	1,81	1,39	0,17	0,45	1,13
Teramo	1,39	1,39	0,16	0,39	0,76

*NB: Nel calcolo dell'AFO 5 non sono compresi 40 PL di alta riabilitazione

Gli squilibri territoriali a livello di ASL che, seppur attenuati permangono stante la situazione storica determinatasi, verranno affrontati programmando una adeguata offerta di servizi territoriali/domiciliari e con la garanzia di percorsi assistenziali calibrati ai bisogni peculiari delle popolazioni.

5.3. I posti letto della rete ospedaliera pubblica

L'applicazione dei criteri di ridefinizione della dotazione dei PL della **rete ospedaliera pubblica** conduce complessivamente al seguente assetto distinto per ASL e AFO (**Tabella 10**):

Tabella 10 – Posti letto PUBBLICI per ASL e AFO*

ASL	AFO1	AFO2	AFO3	AFO4	AFO5	Tot. ASL
Avezzano/Sulmona	162	234	37	77	114	624
Chieti	268	251	38	80	89	726
Lanciano/Vasto	257	236	40	102	150	785
L'Aquila	209	150	12	49	40	460
Pescara	422	320	47	133	155	1077
Teramo	413	411	47	115	225	1211
Totale Abruzzo	1731	1602	221	556	773	4883

*NB: Nel calcolo dell'AFO 5 non sono compresi 40 PL di alta riabilitazione. Sono esclusi dal computo i PL tecnici di: Osservazione Breve, Nido, Dialisi, Odontoiatria, Detenuti.

Nelle Tabelle 11, 12, 13, 14, 15 e 16 sono riportati, per la **rete pubblica** di ciascuna **ASL**, distinta per AFO, la dotazione dei PL di AFO⁹, il codice¹⁰, le discipline e il numero massimo di UU.OO. delle diverse tipologie previste dal presente Piano.

⁹ Le UU.OO. di Psichiatria e di Neuropsichiatria infantile, incluse rispettivamente nell'AFO 1 Medicina e nell'AFO 4 Materno-infantile, sono naturalmente aggregate al Dipartimento Transmurale di Salute Mentale

¹⁰ Nelle tabelle 11-16 i codici delle discipline sono a quattro cifre:

a) per le **UU.OO. con PL dedicati** le prime due cifre di codifica identificano la disciplina madre e le seconde vengono codificate con codice da 90 a 96 in caso di più UU.OO. della stessa disciplina (es. una U.O. di Otorinolaringoiatria con PL dedicati assume la codifica 3890; se sono presenti due UU.OO., es ospedaliera e universitaria, saranno codificate come 3890 e 3891) ;

b) per le **UU.OO. con PL di AFO** le prime due cifre di codifica identificano la disciplina madre e le seconde vengono codificate con il codice relativo alla disciplina specialistica svolta (es. una U.O. di Otorinolaringoiatria con PL di AFO assume la codifica 0938: 09 rappresenta la disciplina madre di Chirurgia generale, 38 la Specialistica di Otorinolaringoiatria).

c) per i **Servizi** le prime due cifre di codifica identificano la disciplina madre e le seconde vengono codificate con il codice 00 (es. un servizio di Otorinolaringoiatria che può utilizzare occasionalmente PL di AFO assume la codifica 3800).

Nelle tabelle 13-17 sono state codificate le UU.OO. e i Servizi secondo tale procedura per le discipline previste dalla normativa ministeriale in materia.

La codifica delle attuali articolazioni aziendali di UU.OO., sezioni o servizi vanno riviste secondo il sistema di codifica enunciato. Lo stesso sistema dovrà essere utilizzato per le codifiche future di nuove UU.OO., sezioni e servizi che verranno previste dagli atti aziendali. I pazienti vanno ricoverati per competenza specialistica nella disciplina pertinente alla patologia di cui sono portatori con il relativo codice di specialità, compresi i servizi, anche se su posti letto di AFO non dedicati e/o condivisi.

Nell'AFO materno-infantile si prevedono *due codici* per l'assistenza nel periodo neonatale: cod 62 per la neonatologia e cod. 73 per la TIN (Terapia Intensiva Neonatale). Le linee guida del Progetto Obiettivo Nazionale Materno Infantile (PSN 1998-2000) individua *tre livelli* di unità funzionali di neonatologia:

1° livello - Unità che, in assenza di patologie accertate, assistono neonati normali con età gestazionale > 34 settimane, sono abitualmente delle sezioni nell'interno delle U.O. di Pediatria con posti letto di AFO;

2° livello - Unità che assistono i nati con patologia che non richiedano ricovero presso Unità Operative Pediatriche o Unità TIN, possono essere sezioni nell'interno delle U.O. di Pediatria con posti letto di AFO oppure U.O. semplici con posti letto dedicati;

3° livello - Unità che assistono neonati fisiologici e patologici ivi compresi quelli bisogni di terapia intensiva, sono U.O. semplici o complesse con posti letto dedicati.

Nelle Tabelle i tre livelli vengono codificati come segue:

1° livello: Neonatologia di 1° livello - Codice 3962

2° livello- Neonatologia di 1° e 2° livello - Codice 6290

3° livello - TIN e Neonatologia - Codice 7390

Tabella 11 – Dotazione rete pubblica ASL 1 Avezzano-Sulmona

AFO 1 - MEDICINA		PL AFO	162
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	0890	CARDIOL	2
	2190	GERIATR	1
	2490	INFETT	1
	2690	Med GEN	3
	6490	ONCOL	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	2668	PNEUMO	1
	2629	NEFRO	1
	2618	EMATO	2
	2632	NEURO	1
Servizi	0800	CARDIOL	1
	2100	GERIATR	4
	2600	Med GEN	2
	2900	NEFRO	1
	5800	GASTRO	1
	1900	ENDOCRINO	3
	2001	ALLERGOL e IMMUN	1
6400	ONCOL	1	

AFO 2 - CHIRURGIA		PL AFO	234
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	0990	CH GEN	4
	1490	CH VASC	1
	3090	NEUROCH	1
	3690	ORTOP	3
	3890	ORL	1
	3490	OCULISTICA	2
	4390	UROL	2
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	0938	ORL	1

AFO 3 - TERAPIA INTENSIVA		PL AFO	37
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	4990	T. INTENS	3
	5090	U. CORON	2

AFO 4 - MATERNO INFANTILE		PL AFO	77
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	3790	OST&GIN	3
	3990	PEDIAT	3
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	6290	Neonatologia 1° e 2° livello	1
	3962	Neonatologia 1° livello	2

AFO 5 - RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA		PL AFO	114
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	5690	RIABIL	1
	6090	LUNGOD	5
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	5621	RIABIL	1

PL COMPLESSIVI	624
UU.OO. con pl dedicati	39
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	10
Servizi	36

Tabella 12 – Dotazione rete pubblica ASL 2 Chieti

AFO 1 - MEDICINA		PL AFO	268
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	0890	CARDIOL	1
	2190	GERIATR	1
	2490	INFETT	1
	2690	Med GEN	4
	3290	NEURO	1
	4090	PSICHIATR	1
	6490	ONCOL	1
	6890	PNEUMO	1
	2990	NEFRO	1
	5290	DERMATO	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	2670	RADIOT	1
	2608	CARDIOL	1
	2629	NEFRO	1
	2619	ENDOCRINO	1
Servizi	2100	GERIATR	2
	1800	EMATO	1
	0800	CARDIOL	1

AFO 2 - CHIRURGIA		PL AFO	251
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	0790	CARDIOCH	1
	0990	CH GEN	3
	1490	CH VASC	1
	3490	OCUL	1
	3690	ORTOP	2
	3890	ORL	1
	4390	UROL	2
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	0909	CH GEN	2
	0938	ORL	1
Servizi	3400	OCUL	2
	0900	CH GEN	1

AFO 3 - TERAPIA INTENSIVA		PL AFO	38
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	4990	T. INTENS	2
	5090	U. CORON	1

AFO 4 - MATERNO INFANTILE		PL AFO	80
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	3790	OST&GIN	2
	3990	PEDIAT	2
	7390	TIN e Neonatologia	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	3962	Neonatologia 1° livello	1
Servizi	3700	OST&GIN	1
	3900	PEDIAT	1

AFO 5 - RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA		PL AFO	89
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	5690	RIABIL	2
	6090	LUNGOD	3

PL COMPLESSIVI	726
UU.OO. con pl dedicati	38
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	7
Servizi	9

Tabella 13 – Dotazione rete pubblica ASL 3 Lanciano-Vasto

AFO 1 - MEDICINA		PL AFO	257
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	0890	CARDIOL	2
	2190	GERIATR	2
	2490	INFETT	1
	2690	Med GEN	3
	3290	NEURO	2
	4090	PSICHIATR	2
	5890	GASTRO	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	6490	ONCOL	1
	2619	ENDOCRINO	1
	2629	NEFRO	1
	2618	EMATO	1
Servizi	2652	DERMATO	1
	2100	GERIATR	3
	2600	Med GEN	2
	5800	GASTRO	1
	2900	NEFRO	1
	1900	ENDOCRINO	1

AFO 2 - CHIRURGIA		PL AFO	236
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	0990	CH GEN	3
	3490	OCUL	1
	3690	ORTOP	3
	3890	ORL	1
	4390	UROL	2
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	0934	OCUL	1
	3810	MAXILLO FACCIALE	1
Servizi	0900	CH GEN	2
	3630	ORTOP	1
	3400	OCUL	1

AFO 3 - TERAPIA INTENSIVA		PL AFO	40
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	4990	T. INTENS	3
	5090	U. CORON	2

AFO 4 - MATERNO INFANTILE		PL AFO	102
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	3790	OST&GIN	3
	3990	PEDIAT	3
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	6290	Neonatologia 1° e 2° livello	1
	3962	Neonatologia 1° livello	2

AFO 5 - RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA		PL AFO	150
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	5690	RIABIL	3
	6090	LUNGOD	3

PL COMPLESSIVI	785
UU.OO. con pl dedicati	41
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	9
Servizi	12
Totale	62

Tabella 14 – Dotazione rete pubblica ASL 4 L’Aquila

AFO 1 - MEDICINA		PL AFO	209
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	0890	CARDIOL	1
	2190	GERIATR	1
	2490	INFETT	1
	2690	Med GEN	3
	2990	NEFRO	1
	3290	NEURO	2
	4090	PSICHIATR	1
	6490	ONCOL	1
	6890	PNEUMO	1
	5290	DERMATO	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	1990	ENDOCRINO	1
	2001	ALLERGOL e IMMUN	1
	2670	RADIOT	1
SERVIZI	2658	GASTRO	1
	1800	EMATO	1

AFO 2 - CHIRURGIA		PL AFO	150
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	0990	CH GEN	4
	1090	CH MAXIL	1
	1490	CH VASC	1
	3090	NEUROCH	1
	3490	OCUL	1
	3690	ORTOP	2
	4390	UROL	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	0938	ORL	1
	1290	CH PLAS	1

AFO 3 - TERAPIA INTENSIVA		PL AFO	12
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	4990	T. INTENS	1
	5090	U. CORON	1

AFO 4 - MATERNO INFANTILE		PL AFO	49
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	3790	OST&GIN	2
	3990	PEDIAT	1
	7390	TIN e Neonatologia	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	3933	N.PSIC.INF	1

AFO 5 - RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA		PL AFO	40
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	5690	RIABIL	1
	6090	LUNGOD	1

PL COMPLESSIVI	460
UU.OO. con pl dedicati	33
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	6
Servizi	1

Tabella 15 – Dotazione rete pubblica ASL 5 Pescara

AFO 1 - MEDICINA		PL AFO	422
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	0890	CARDIOL	3
	1890	EMATO	2
	2190	GERIATR	2
	2490	INFETT	1
	2690	Med GEN	4
	2990	NEFRO	1
	4090	PSICHIATR	1
	6490	ONCOL	1
	5290	DERMATO	1
	5890	GASTRO	1
	7190	REUMATO	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	2668	PNEUMO	1
	7090	RADIOT	1
	2629	NEFRO	1
Servizi	2100	GERIATR	1
	4000	PSICHIATR	1
	1800	EMATO	1
	2900	NEFRO	1
	5800	GASTRO	1
	6400	ONCOL	2
	3200	NEURO	1
	6100	NUCLEAR	1
1900	ENDOCRINO	1	

AFO 2 - CHIRURGIA		PL AFO	320
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	0990	CH GEN	5
	1290	CH PLAS	1
	1390	CH TOR	1
	1490	CH VASC	1
	3090	NEUROCH	1
	3490	OCUL	1
	3690	ORTOP	4
	389	ORL	2
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	4390	UROL	1
	0943	UROL	1
Servizi	3400	OCUL	1

AFO 3 - TERAPIA INTENSIVA		PL AFO	47
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	4990	T. INTENS	3
	5090	U. CORON	2
	4790	GRANDI USTI	1

AFO 4 - MATERNO INFANTILE		PL AFO	133
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	1190	CH PEDIATR	1
	3790	OST&GIN	2
	3990	PEDIAT	2
	7390	TIN e Neonatologia	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	3962	Neonatologia 1° livello	1
Servizi	3700	OST&GIN	1
	3900	PEDIAT	1

AFO 5 - RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA		PL AFO	155
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	5690	RIABIL	3
	6090	LUNGOD	3
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	5680	UGCA	1
	5675	UGCA-RAI	1

PL COMPLESSIVI	1077
UU.OO. con pl dedicati	53
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	6
Servizi	13

Tabella 16 – Dotazione rete pubblica ASL 6 Teramo

AFO 1 - MEDICINA		PL AFO	413
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	0890	CARDIOL	4
	2190	GERIATR	2
	2490	INFETT	1
	2690	Med GEN	4
	2690	NEFRO	1
	3290	NEURO	1
	4090	PSICHIATR	3
	6490	ONCOL	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	6890	PNEUMO	1
	2670	RADIOT	1
	2664	ONCOL	2
	2658	GASTRO	1
	2601	ALLERGOL. E IMMUNOL	1
Servizi	2619	ENDOCRINO	2
	2629	NEFRO	1
	2100	GERIATR	2
	4000	PSICHIATR	1
	2900	NEFRO	1
	1800	EMATO	1
	5800	GASTRO	1
	5200	DERMATO	1
	1900	ENDOCRINO	1

AFO 2 - CHIRURGIA		PL AFO	411
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	0790	CARDIOCH	1
	0990	CH GEN	4
	1390	CH TOR	1
	1490	CH VASC	1
	3090	NEUROCH	1
	3490	OCUL	1
	3690	ORTOP	4
	3890	ORL	2
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	4390	UROL	2
	0934	OCUL	1
	0964	CH GEN	1
	0943	UROL	1
	0938	ORL	1
	0910	MAXFACC	1

AFO 3 - TERAPIA INTENSIVA		PL AFO	47
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	4990	T. INTENS	5
	5090	U. CORON	2

AFO 4 - MATERNO INFANTILE		PL AFO	115
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	3790	OST&GIN	3
	3990	PEDIAT	3
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	6290	Neonatologia 1° e 2° livello	1
	3962	Neonatologia 1° livello	2
Servizi	3700	OST&GIN	1
	3900	PEDIAT	1

AFO 5 - RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA		PL AFO	225
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	5690	RIABIL	5
	6090	LUNGOD	4

PL COMPLESSIVI	1211
UU.OO. con pl dedicati	57
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	15
Servizi	10

5.4. I posti letto della rete ospedaliera privata

Per le strutture private accreditate si prevede un'articolazione organizzativa su due livelli:

1. Unità operativa con posti letto: specifica articolazione organizzativa e strutturale con propria area di degenza riservata e autonomia gestionale;

2. Servizi specialistici: unità con specifica articolazione organizzativa, prevista per le strutture specialistiche ad alta diffusione *con vocazione prevalentemente ambulatoriale e/o ad attività a ciclo diurno*. Tali Servizi possono utilizzare eventualmente PL all'interno dell'AFO di appartenenza.

*Nella Tabella 17 sono riportati i PL per le discipline accreditate nella rete ospedaliera privata. I campi della tabella contrassegnati con **X** si riferiscono a discipline senza PL, ma accreditate come Servizi Specialistici. Con la redazione del nuovo Piano Sanitario Regionale, **ferme restando le misure di contenimento della spesa e invariato** il numero dei PL complessivamente riconosciuti a ciascuna struttura privata accreditata e delle discipline accreditate, possono essere modificati i numeri dei PL riconosciuti per singole discipline e la loro articolazione strutturale **sia per le singole strutture sia per i gruppi**. E' vietato l'accREDITAMENTO di PL in sovrannumero rispetto a quelli riportati nella tabella 17.*

Al fine di assicurare l'attuale livello occupazionale presso le Case di cura private indicate nella Tabella 17, eventuali esuberi di personale derivanti dal presente provvedimento, accertati a seguito di apposite verifiche in applicazione degli standard di cui alla L.R. 14 settembre 1989 n. 85 e s.m.i. o di quelli che saranno introdotti con la emananda Legge sull'autorizzazione e l'accREDITAMENTO, troveranno ricollocazione nell'ambito delle strutture sanitarie private territoriali (RSA, Hospice-Cure palliative, ecc.) in coerenza con i criteri ispiratori e con i vincoli previsti dalla presente legge.

La liquidazione dei corrispettivi maturati dalle Case di cura private è subordinata al rispetto dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e delle dotazioni organiche di ciascuna struttura privata accreditata.

La riduzione dei P.L. è efficace, per ciascuna struttura privata accreditata, al momento del raggiungimento del budget negoziato e, comunque, alla data del 31.12.2007.

Tabella 17 – Dotazione rete ospedaliera privata

Codice ministeriale	DISCIPLINA	CdC DI LORENZO	CdC SANTA MARIA	CdC IMMACOLATA	CdC S. RAFFAELE (Ex S. LUCIA)	CdC INI CANISTRO	CdC NOVA SALUS	CdC VILLA PINI	CdC SPATOCCO	CdC SAN FRANCESCO	CdC SANATRIX	CdC VILLA LETIZIA	CdC PIERANGELI	CdC VILLA SERENA
26	MED GEN	24		14		11		16	16		15		30	17
21	GERIATR								8					13
8	CARDIOL	10		5					8		5		14	
32	NEURO	8						23						32
40	PSICHIATR													30
68	PNEUMO			5										
58	GASTRO	X											X	
52	DERMATO	X		X										
19	ENDOCRINO	X		X										
29	NEFR DIALISI					X								
71	REUMATO			X										
	AFO1	42	0	24	0	11	0	39	32	0	20	0	44	92
9	CH GEN	19	15**	15**		X		27	33		20**		32	12
36	ORTOP	10	x			6			15		10	20**	15	20
14	CH VASC												10	
38	ORL	5	X						X		X	X	X	
34	OCUL	X											10	
43	UROL			5		14**					X		10	
12	CH PLAS	X		X				X				X		
9	CH APP DIG	X									X			
13	CH TOR			X										
	AFO2	34	15	20	0	20	0	27	48	0	30	20	77	32
49	T. INTENS	4						6	3				3	3
	AFO3	4	0	0	0	0	0	6	3	0	0	0	3	3
37	OST&GIN	5*	14						5*		X		5*	
39	PEDIATRIA	X	X***											
	AFO4	5	14	0	0	0	0	0	5	0	0	0	5	0
56	RIABIL				30	10	30	83	23	20		13		155
28	UNITA' SPINALE				25									
60	LUNGOD			10				21						37
	AFO5	0	0	10	55	10	30	104	23	20	0	13	0	192
	TOTALE	85	29	54	55	41	30	176	111	20	50	33	129	319

* solo per la specialistica di ginecologia (non punto nascita).

** comprensivi dei posti letto sub-intensivi per trattamenti post-operatori.

*** funzione di appoggio al punto nascita

In merito alle prestazioni a regime di ricovero, producibili sui posti letto accreditati, esse riguardano la produzione sia per il Sistema Sanitario Regionale sia per il Sistema Sanitario Nazionale extraregionale e dovranno rispettare i seguenti requisiti:

- *Essere conformi ai criteri di appropriatezza secondo quanto previsto anche dalla L.R. 23 giugno 2006 n. 20 ed eventuali ulteriori criteri stabiliti d'intesa con le associazioni di categoria;*
- *Rispettare il criterio della non interscambiabilità dei posti letto tra le AFO medica e chirurgica, consentendo il criterio della interscambiabilità nella medesima AFO nell'ambito delle discipline accreditate;*
- *Rispettare la esclusiva pertinenza specialistica.*

Il numero massimo dei ricoveri acquistabili dal SSR per gli assistiti della regione Abruzzo viene determinato secondo la seguente procedura:

- a) Determinazione, da parte della Regione, del numero complessivo di ricoveri acquistabili dai privati accreditati mediante:
 - i. calcolo dei ricoveri attesi complessivi per il rispetto dei seguenti tassi di ospedalizzazione, come previsto dal Piano di Risanamento 2007-2009 (vedi nota 1):
 - a. per l'anno 2007: tasso di ospedalizzazione, 200 x 1000 abitanti;
 - b. per l'anno 2008: tasso di ospedalizzazione 190 x 1000 abitanti;
 - c. per l'anno 2009: tasso di ospedalizzazione 180 x 1000 abitanti.
 - ii. calcolo di ricoveri attesi suddivisi per acuti, riabilitazione e lungodegenti utilizzando come standard di riferimento le relative degenze medie delle strutture ospedaliere pubbliche, fornite dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali di Roma;
 - iii. ripartizione delle quote così calcolate in modo proporzionale tra pubblico e privato in base alla dotazione di PL, così come prevista dal presente piano.
 - iv. il calcolo del costo complessivo delle prestazioni acquistate in modo che si verifichi una riduzione di spesa rispetto al 2006.
- b) Individuazione, da parte della Regione, del numero massimo di ricoveri acquistabili dalle singole strutture private accreditate mediante:
 - i. individuazione della degenza media per ogni singola specialità, sulla base dei valori medi nazionali delle strutture ospedaliere pubbliche, forniti dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali di Roma;
 - ii. determinazione del numero massimo di ricoveri acquistabili, nelle diverse discipline, con la dotazione di posti letto riportate in tabella 17, prevedendo un tasso di occupazione del 75%, per i posti letto per acuti, e del 90% per i posti letto di riabilitazione e lungodegenza, calcolati su base annua.
- c) Contrattazione, da parte delle Direzioni delle ASL con le singole strutture private, sia del numero che della tipologia di ricoveri da acquistare da ogni struttura, ovvero i ricoveri considerati necessari per soddisfare i bisogni assistenziali in un'ottica di integrazione con il pubblico e con le altre strutture in rete.

Allegato 1- Classificazione Specialità

Codice	Nome disciplina	Tasso nazionale (x1000ab)	Valenza
Specialità di Base			
26	Medicina Generale	0.764	Singolo presidio
09	Chirurgia Generale	0.588	Singolo presidio
36	Ortopedia e Traumatologia	0.386	Singolo presidio
56	Recupero e Riabilitazione	0.353	<i>Singolo pr2esidio</i>
37	Ostetricia e Ginecologia	0.337	Singolo presidio
60	Lungodegenza	0.179	Singolo presidio
39	Pediatria	0.141	Singolo presidio
Specialità ad Alta Diffusione (intermedie).			
08	Cardiologia	0.155	ASL-Provincia
32	Neurologia	0.140	ASL-Provincia
43	Urologia	0.138	ASL-Provincia
40	Psichiatria	0.134	ASL-Provincia
38	Otorinolaringoiatria	0.107	ASL-Provincia
34	Oculistica	0.101	ASL-Provincia
21	Geriatrics	0.098	ASL-Provincia
64	Oncologia	0.096	ASL-Provincia
68	Pneumologia	0.096	ASL-Provincia
49	Terapia Intensiva	0.077	ASL-Provincia
24	Malattie Infettive e Tropicali	0.073	ASL-Provincia
50	Unità Coronarica	0.048	ASL-Provincia
14	Chirurgia Vascolare	0.045	ASL-Provincia
29	Nefrologia	0.043	ASL-Provincia
62	Neonatologia	0.040	ASL-Provincia
18	Ematologia	0.038	ASL-Provincia
58	Gastroenterologia	0.037	ASL-Provincia
52	Dermatologia	0.033	ASL-Provincia
75	Neuro-riabilitazione	0.028	ASL-Provincia
19	Malattie Endocrine	0.026	ASL-Provincia
73	Terapia Intensiva Neonatale	0.019	ASL-Provincia

Tutte le specialità non incluse negli elenchi sopra riportati sono considerate Specialità a Bassa diffusione ed a Valenza Regionale.

Allegato 2 - Moduli minimi per Specialità

Numero di posti letto minimi dei moduli/UU.OO. delle singole specialità

Disciplina	Publici	Privati	Valenza
AFO 1 - Medica	Min	Min	Specialità
MEDICINA GENERALE	20	10	Base
GERIATRIA	5	8	Intermedie
CARDIOLOGIA	6	5	Intermedie
NEUROLOGIA	5	8	Intermedie
PSICHIATRIA	10	10	Intermedie
ONCOLOGIA ERADIOTERAPIA	6		Intermedie
PNEUMOLOGIA	5	5	Intermedie
NEFROLOGIA	5		Intermedie
EMATOLOGIA	5		Intermedie
GASTROENTEROLOGIA	5		Intermedie
DERMATOLOGIA	5		Intermedie
ENDOCRINOLOGIA	5		Intermedie
MALATTIE INFETTIVE	12		Intermedie
RADIOTERAPIA	7		Regionale
REUMATOLOGIA	12		Regionale
AFO 2 - Chirurgica	Min	Min	Valenza
CHIRURGIA GENERALE	15	10	Base
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	6	Base
CHIRURGIA VASCOLARE	8	10	Intermedie
OTORINOLARINGOIATRIA	6	5	Intermedie
OCULISTICA	6	8	Intermedie
UROLOGIA	6	5	Intermedie
CARDIOCHIRURGIA	24		Regionale
CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE	10		Regionale
CHIRURGIA PLASTICA	10		Regionale
CHIRURGIA TORACICA	14		Regionale
NEUROCHIRURGIA	15		Regionale
AFO 3 - Terapie Intensive	Min	Min	Valenza
TERAPIA INTENSIVA	3	3	Base
UNITA' CORONARICA	5		Base
AFO 4 - Materno Infantile	Min	Min	Valenza
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10	5*	Base
PEDIATRIA	5	5	Base
NEONATOLOGIA	3		Intermedie
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	3		Intermedie
CHIRURGIA PEDIATRICA	16		Regionale
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	5		Regionale
AFO 5 - Riabilitazione/Lungodegenza	Min	Min	Valenza
RIABILITAZIONE	10	10	Base
LUNGODEGENZA	10	10	Base
UNITA' SPINALE	10	10	Regionale
UGCA	12	12	Regionale
UGCA-RAI	8	8	Regionale

- solo per la specialistica di ginecologia (non punto nascita). Con punto nascita come per il pubblico

Allegato 3 – Ordine del giorno

La V^a Commissione Consiliare, tenuto conto di alcune istanze emerse nel corso del dibattito sul Disegno di Legge di riordino della rete ospedaliera mirate a riconoscere e valorizzare specifiche vocazioni e realtà locali di significativo valore professionale, formula, come atto di indirizzo per la stesura del Piano Sanitario regionale e degli atti di programmazione aziendali e nel rispetto di quanto disposto dal Ddl, le seguenti indicazioni:

- ASL 1 Avezzano-Sulmona: riconoscimento/potenziamento UU.OO./Servizi di Radioterapia oncologica e ortodonzia;
- ASL 2 Chieti: riconoscimento/potenziamento UU.OO./Servizi di Radioterapia e Chirurgia Senologica;
- ASL 3 Lanciano-Vasto: riconoscimento/potenziamento U.O./Servizio di Neurotraumatologia;
- ASL 4 L'Aquila: riconoscimento/potenziamento UU.OO./Servizi di Senologia Chirurgica, Ematologia e Neurofisiopatologia;
- ASL 5 Pescara: riconoscimento/potenziamento U.O./Servizio di Endoscopia Chirurgica;
- ASL 6 Teramo: riconoscimento/potenziamento U.O./Servizio di Chirurgia Oncologica.