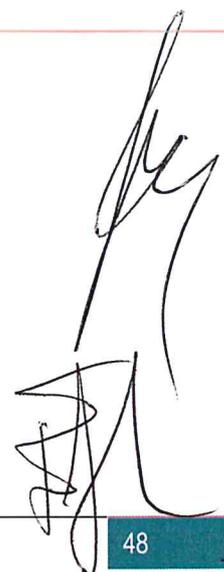




PIANO STRATEGICO 2016 | 2018

Parte II

I RISULTATI

A large, stylized handwritten signature in black ink, positioned on the right side of the page.

Sommario

I RISULTATI.....	48
PREMESSA.....	50
CAPITOLO 1 - L'OFFERTA DEI SERVIZI.....	51
1.1 L'Ospedale	51
1.2 Valutazione puntuale ed analitica del percorso di riorganizzazione: condizionamenti, imprevisti ed emergenze.	51
1.3 La Produzione Ospedaliera	52
1.4 Il tasso di Ospedalizzazione.....	52
1.5 I ricoveri	54
1.6 L'Indice di appropriatezza	56
1.7 L'Indice di complessità (peso medio).....	57
1.8 I Primi DRG per regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery.....	58
1.9 La Mobilità Attiva	60
1.10 La Mobilità Passiva.....	62
1.11 "Customer Satisfaction": sistema di rilevazione della qualità percepita, secondo la prospettiva del cittadino.....	64
1.12 - La Rete dell'Emergenza.....	66
CAPITOLO 2 IL TERRITORIO.....	74
2.1 L'Attività di Specialistica Ambulatoriale.....	74
2.2 C.U.P. - Centro Unico di Prenotazione	74
2.3 La Medicina generale e pediatrica	76
2.4 A.D.I. - Assistenza domiciliare intergrata.....	79
2.5 Ospedale di Comunità.....	82
CAPITOLO 3 I CONTI	83
3.1 L'Andamento storico dei risultati economici	83
3.2 - Acquisto di beni.....	84



PREMESSA

Il sostegno di un percorso strategico di sviluppo aziendale, implica una attenta considerazione di quegli elementi di specificità e di contingenza che condizionano i margini di intervento e le potenzialità evolutive dell'Azienda. Ogni opportunità di cambiamento o innovazione, per tradursi in strategia, deve partire dal passato e dalla conoscenza del contesto locale, per formulare gli scenari e gli obiettivi futuri, valorizzando, e non eludendo la situazione di partenza e i risultati conseguiti.

La condizione per un cambiamento strategico è inoltre data dal potenziale di apprendimento organizzativo che può realizzarsi, intendendo in questo senso non tanto l'aumento di conoscenza e competenza del personale dell'Azienda, quanto piuttosto la capacità degli stakeholder coinvolti, a diversi livelli e ambiti di responsabilità, di adeguarsi a condizioni nuove, sia in termini di comprensione, sia di valutazione e comportamento conseguente.

Per sostenere i concetti di miglioramento di efficienza, efficacia e qualità dei servizi sanitari, si richiama l'assunto, fortemente consolidato nella letteratura manageriale, secondo cui il miglioramento continuo della qualità dei servizi e della performance complessiva di un'azienda, incluse quelle pubbliche che erogano servizi sanitari, è determinato, per la gran parte, dalla capacità di coordinare, in modo sinergico e sistemico, le scelte di orientamento strategico (quali priorità assumere, quali modelli clinico-assistenziali adottare, ecc.) con le scelte di assetto organizzativo (ruolo dei dipartimenti, ampiezza delle funzioni di staff, articolazione delle responsabilità gestionali, sistema degli incarichi, meccanismi operativi di programmazione e controllo, ecc.).

Uno degli aspetti qualificanti del Piano Strategico è quindi la scelta di un approccio che focalizzi l'attenzione nell'arginare i prevedibili fattori inibitori emergenti sia nell'ambiente esterno, che in quello organizzativo interno.

Altro aspetto qualificante riguarda l'intensificazione di una serie di «fattori critici di successo» che comportano una concezione strategica caratterizzata da forte dinamismo nel governo dei processi dell'intera operazione di cambiamento che miri innanzitutto alla costruzione di una rappresentazione condivisa del quadro diagnostico d'insieme.

Si intende continuare ad agire identificando gli «embrioni» del cambiamento già presenti nell'Azienda aiutandoli a uscire dai circuiti inibitori che ne bloccano un positivo sviluppo.

Si tratta di sostenere costantemente e sistematicamente il terreno progettuale di sviluppo, ricettivo e stimolante verso le potenzialità (opportunità, minacce, punti di forza e debolezza) nel cui ambito sia di fatto possibile realizzare un processo di miglioramento ed elaborare conoscenze e strumenti da diffondere nell'intero sistema organizzativo.

Il cambiamento strategico e organizzativo per essere ulteriormente sviluppato e sostenuto presuppone delle scelte sul piano delle priorità. L'Azienda dovrà maturare le proprie priorità a partire da fondamentali presupposti, di seguito presentate su tre distinti livelli di approfondimento:

- l'offerta di servizi,
- il patrimonio,
- i conti.

CAPITOLO 1 - L'OFFERTA DEI SERVIZI

1.1 L'Ospedale

Il contesto aziendale e la normativa regionale

La Regione Abruzzo con l'approvazione del Programma Operativo 2010 (Deliberazione Commissariale n. 44 del 03/08/2010) ha dato seguito al Piano di Rientro per l'anno 2007-2009 secondo gli interventi e le relative azioni ulteriormente descritte nella Deliberazione Commissariale n. 45 del 05/08/2010.

In particolare è stato delineato il crono-programma delle riconversioni dei presidi ospedalieri della Regione.

Per l'Azienda Sanitaria Locale di Lanciano-Vasto-Chieti, ha previsto la riconversione in PTA degli Ospedali di Casoli e Gissi entro il 31 agosto 2010 e di Guardiagrele entro il 31 dicembre 2010 (a causa della presenza in quest'ultimo dell'SPDC, struttura sanitaria di difficile ricollocazione logistica in ragione della presenza di ricoverati estremamente critici dal punto di vista della messa in sicurezza).

Come noto, proprio il maggior intervallo di tempo necessario per la riconversione del PO di Guardiagrele ha, con ogni probabilità, favorito, dal punto di vista delle procedure giurisdizionali innanzi il TAR Abruzzo, i provvedimenti di sospensiva degli atti regionali ed aziendali di riconversione. A tutt'oggi, i procedimenti giurisdizionali avverso la riconversione del PO di Guardiagrele in PTA sono pendenti presso il Consiglio di Stato, con l'effetto che le attività (con particolare riferimento a quelle in regime di ricovero ospedaliero) che vi erano svolte nel 2010 sono rimaste congelate.

Per effetto di quanto sopra, a tutt'oggi nel presidio di Guardiagrele sono attivi 57 posti letto (distribuiti su 4 moduli assistenziali), tutti eccedenti rispetto alla dotazione di posti letto previsti nei Piani Operativi regionali e nella Delibere di questa ASL adottate sin dall'ottobre 2012 ed aventi ad oggetto proprio il Piano di riordino dei Posti Letto (P.L.).

La rimodulazione dei P.L. dell'intera rete provinciale definitivamente approvata con la Delibera 757/2013 non solo ha confermato il rispetto del tetto dei 1075 PL imposto dalla Deliberazione commissariale 45/2010 (fatto salvo quanto già espresso per il PO di Guardiagrele), ma ha altresì determinato ulteriori aggregazioni per moduli omogenei e funzionali ad una riduzione delle Strutture Complesse e ad una ottimizzazione, seppur parziale, delle dotazioni organiche.

Ed infatti, con deliberazione n. 758 del 31 maggio 2013 e n. 322 del 11 marzo 2014 si è provveduto a formalizzare la nuova Dotazione Organica della ASL Lanciano Vasto Chieti, in recepimento delle Linee di indirizzo regionali in materia contenute nel DCA 49/2012, in conformità con il nuovo assetto dei PL delineato nella Delibera 757/2013 e a conclusione di un articolato percorso di confronto ed affinamento con i competenti uffici regionali.

In realtà, in maniera propedeutica al percorso di razionalizzazione della rete dei servizi appena delineato, si è provveduto a modificare e aggiornare l'Atto Aziendale già adottato con Delibera 1460/2011 – il quale aveva già recepito i criteri degli "Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art 12 comma 1 lett. B) Patto della per la Salute 2010-2012" contenuti nel documento approvato, nella seduta del 26/3/2012, dal Comitato permanente (cd Comitato LEA) per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia, di cui all'intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, e la cui attuazione era stata prevista nel Decreto commissariale 49/2012.

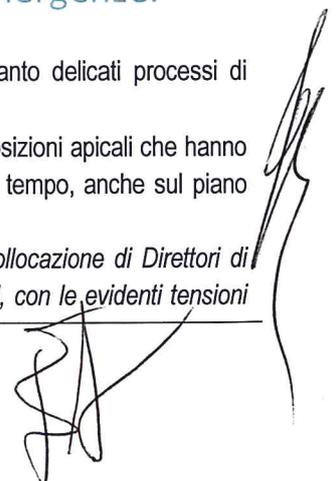
Pertanto, il riconoscimento regionale di conformità dell'atto aziendale della ASL Lanciano-Vasto-Chieti ha dato piena attuazione al percorso di riordino della rete assistenziale.

1.2 Valutazione puntuale ed analitica del percorso di riorganizzazione: condizionamenti, imprevisti ed emergenze.

In sintesi, l'Azienda si è trovata ad operare, nella realizzazione e nell'attuazione di così importanti quanto delicati processi di razionalizzazione, in un mare di **condizionamenti, imprevisti ed emergenze**.

- L'accorpamento di funzioni e strutture sanitarie ha prodotto un numero rilevante di esuberanti nelle posizioni apicali che hanno determinato, tra l'altro, la perdita, per gli interessati, delle prerogative "primariali" acquisite a suo tempo, anche sul piano economico, tramite concorso pubblico.

Nessun'altra ASL della Regione ha dovuto affrontare un così elevato numero di percorsi di ricollocazione di Direttori di Struttura Complessa, per lo più in UOSD o addirittura in UOS o in semplici incarichi professionali, con le evidenti tensioni



sindacali (e non ultime, personali) che hanno, non poco, rallentato il processo di razionalizzazione della rete dei servizi, anche per effetto di un "clima organizzativo" comprensibilmente teso e conflittuale.

La mancata sottoscrizione del nuovo accordo quadro tra Regione e Università ha irrigidito e ristretto lo spazio di manovra a disposizione di questa direzione, costringendo, almeno in una prima fase, ad amplificare gli squilibri già esistenti nella rete provinciale a scapito dell'area territoriale di Lanciano-Vasto e a ricorrere, in una seconda fase (revisioni dell'atto aziendale approvate nel 2013 e nel 2014), all'istituto del "Programma di ricerca" quale unica alternativa percorribile per una riduzione "unilaterale" delle strutture complesse a direzione universitaria (e quindi per un riequilibrio su base territoriale).

- le carenze e i vizi strutturali riscontrati nei corpi di fabbrica "C" ed "F" del PO SS. Annunziata di Chieti hanno di molto ostacolato un ordinato processo di riordino dei posti letto e, conseguentemente, della stessa articolazione delle strutture complesse e semplici. Ancora oggi lo sgombero dei citati corpi di fabbrica non è completato (anche per la mancanza di specifici finanziamenti in e/capitale e di aree libere, adeguate e a norma); in taluni casi si è dovuto ricorrere alla chiusura di attività nel PO di Chieti e alla (quasi) contestuale apertura di analoghe attività, principalmente nel PO di Ortona (in quanto struttura storicamente già collegata funzionalmente con quella di Chieti). Il tutto, attraverso i complessi meccanismi delle norme regionali in materia di autorizzazione e accreditamento.

I risultati comunque conseguiti appaiono, pertanto, di straordinaria rilevanza, nella misura in cui hanno ridisegnato completamente la rete dei servizi sul territorio, con soluzioni talora molto innovative, in conformità agli indirizzi programmatici regionali e/o discendenti da norme nazionali e, perfettamente in linea con le attuali evidenze e tendenze in materia di organizzazione sanitaria.

1.3 La Produzione Ospedaliera

La grande variabilità nell'erogazione dei livelli di assistenza offerta dal Servizio Sanitario Nazionale è un aspetto peculiare del nostro sistema sanitario. È quindi importante disporre di adeguati strumenti di analisi per poter costantemente monitorare la variabilità dell'assistenza sanitaria. Tale analisi ha lo scopo di fornire all'Azienda le informazioni utili a definire le necessarie strategie di intervento per il triennio di valenza del presente Piano Strategico.

Pertanto, gli indicatori analizzati in riferimento all'attività ospedaliera, di cui alle pagine seguenti, costituiscono la base su cui poggerà l'interno processo di sviluppo ed integrazione riprogettazione a livello ospedaliero della sanità provinciale.

Tali indicatori sono da considerare in relazione al contesto socio-economico ed epidemiologico di cui alla Parte I e, in particolare, alla luce dell'invecchiamento della popolazione residente, in provincia di Chieti e della fragilità assistenziale della stessa.

Nella tabella seguente sono elencati gli ospedali attivi al 30.11.2015, con le relative articolazioni dipartimentali.

Presidi Aziendali	DIPARTIMENTO CHIRURGICO	DIPARTIMENTO MEDICO	DIPARTIMENTO CUORE	DIPARTIMENTO ONCOLOGICO	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
OSPEDALE DI CHIETI	X	X	X	X	X
OSPEDALE DI LANCIANO	X	X	X	X	X
OSPEDALE DI ORTONA	X	X	X	X	X
OSPEDALE DI VASTO	X	X	X	X	X
OSPEDALE DI ATESSA	X	X			

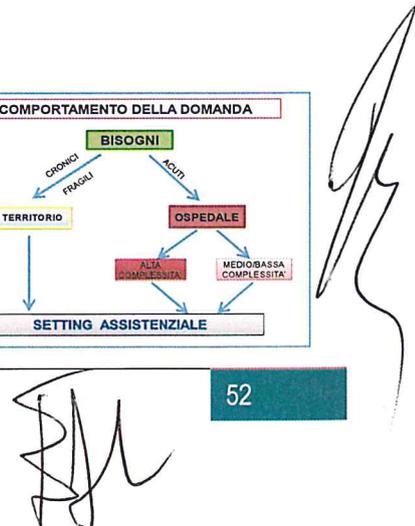
N.B. il Presidio di Guardiagrele in seguito alle procedure giurisdizionali del TAR Abruzzo non è stato ancora riconvertito in P.T.A. e pertanto risultano presenti alcune attività come nell'anno 2010.

1.4 Il tasso di Ospedalizzazione

Un indicatore significativo della performance ospedaliera è rappresentato dal tasso di ospedalizzazione, inteso come rapporto tra numero dei ricoveri riferito ai residenti e numero dei residenti per mille.

Tale indicatore, in una prospettiva di performance di sistema, meglio esprime la relazione tra il comportamento della **domanda** (bisogni di salute) e **offerta sanitaria** in relazione alla giusta determinazione del setting assistenziale.

L'elevato tasso di ospedalizzazione, storicamente per questa regione, oltre che per questa

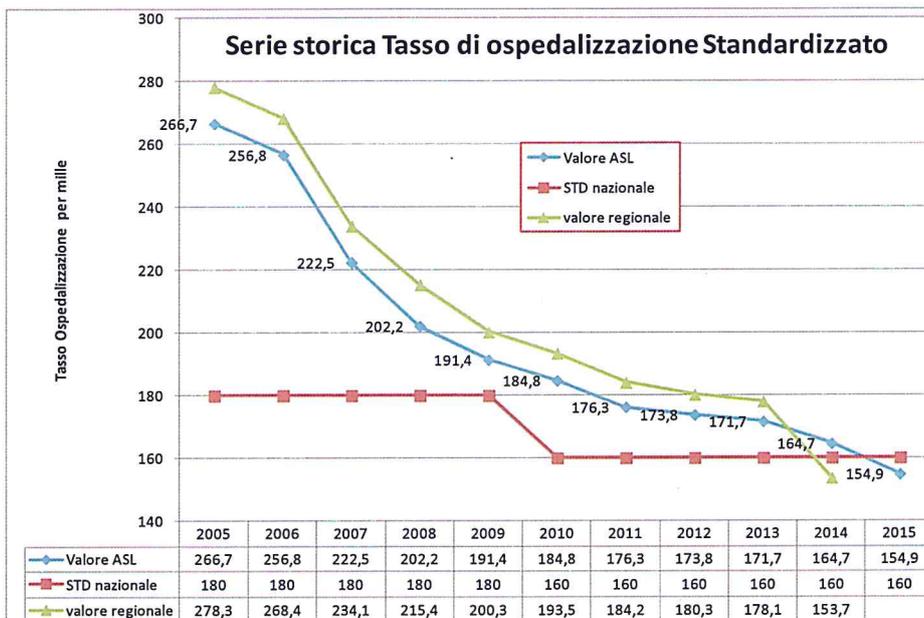


Azienda sanitaria, è sempre stato un elemento di fortissima criticità.

La Regione Abruzzo nel 2005-2006 registrava un Tasso di ospedalizzazione standardizzato di quasi il 280 per mille (*prima in Italia, anzi prima nella classifica mondiale*), tale valore rappresentò uno dei maggiori elementi che determinarono l'imposizione ministeriale di un Piano di Risanamento nel 2007. Un "gap" di oltre 100 punti per mille rispetto al Tasso di ospedalizzazione allo standard nazionale (*180 per mille*) "difficilmente" anzi raramente, si concilia con una buona offerta e un appropriato setting assistenziale Ospedale-Territorio, oltre che con dei risultati in termini di **sostenibilità economica** accettabili.

Di fianco si riporta un grafico che meglio rappresenta gli andamenti di tale indicatore strategico di performance, sia a livello aziendale che regionale, oltre che i risultati delle continue azioni poste in essere al fine dell'attuazione nel processo di risanamento.

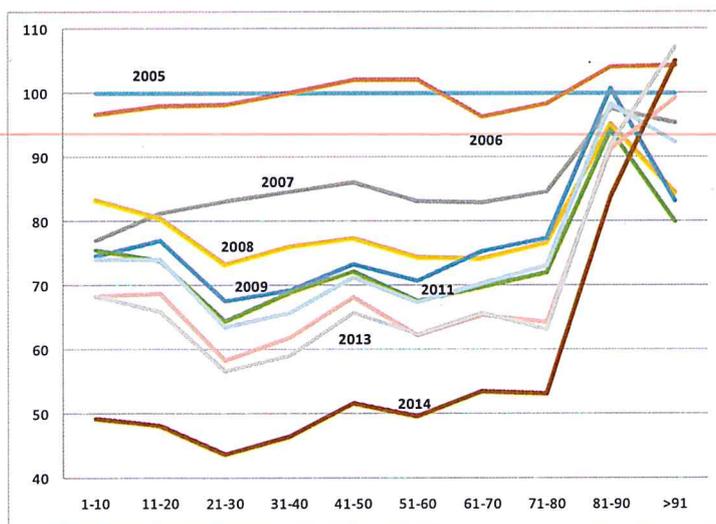
Il tasso di ospedalizzazione standardizzato dell'Azienda Lanciano – Vasto – Chieti è passato in 10 anni dal 266.7 ricoveri ogni mille abitanti a 154.9 (-41,9 %).



Regione Abruzzo - trend ospedalizzazioni per età (2005=100)

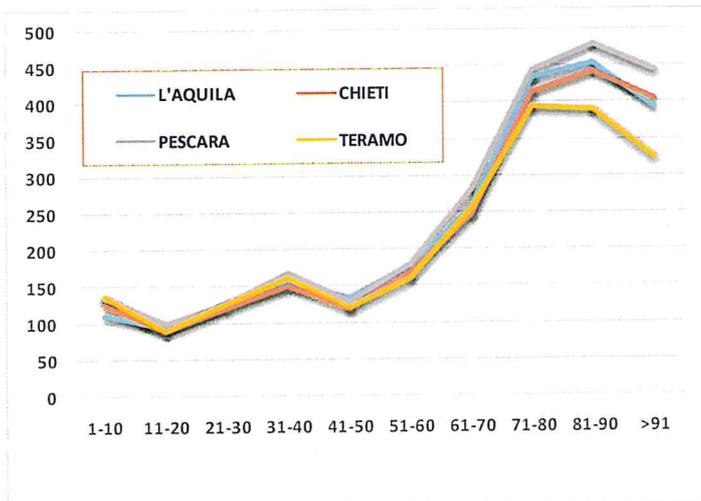
Allargando lo sguardo ai ricoveri dell'intera Regione Abruzzo, è necessario osservare i ricoveri per classi di età. Come mostrato nella figura a fianco, le linee colorate rappresentano il numero di ricoveri per ciascuna classe di età (nella ascissa), per ciascun anno in regione dal 2005 (a base 100) al 2014 (dato basato su oltre 3 milioni di ricoveri). Si può notare che il tasso di ospedalizzazione risulta diminuito nel corso degli anni come è avvenuto in

tutta Italia, ad eccezione per la classe di anziani over 80. Come, infatti, evidenzia la figura i tassi di ospedalizzazione sopra gli 80 anni di età son rimasti invariati nel corso degli ultimi dieci anni.

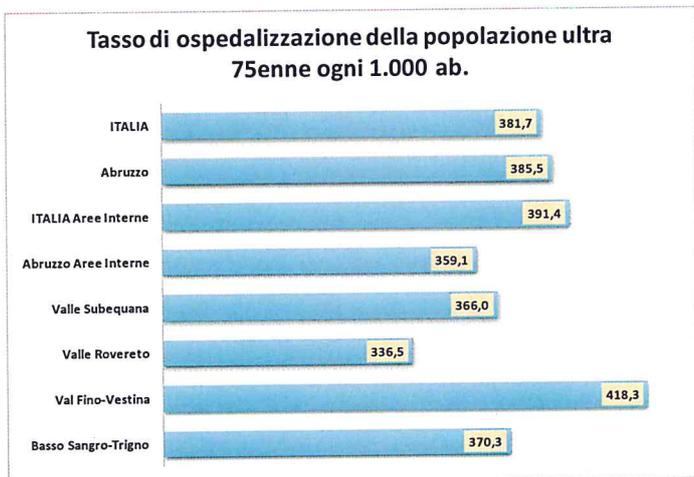


Ciò a dimostrazione, ancora una volta, del progressivo invecchiamento della popolazione che ricorre all'ospedale anche per situazioni di cronicità e pluripatologia non supportate a livello territoriale da strutture di offerta "intermedia".

Questo dato invita a riflettere sulla considerazione che sia non solo auspicabile, ma anche necessaria, l'integrazione tra cure ospedaliere e servizi territoriali, per consentire una cura maggiormente appropriata, centrata sul paziente, fondata sul Chronic Care Model e collocata nei luoghi di vita della persona anziana.



Il grafico successivo illustra il tasso di ricovero per 1.000 abitanti distinto per classe di età, nelle quattro Asl abruzzesi nel decennio 2005-2014 (si tratta di circa tre milioni di ricoveri): risulta evidente che le classi giovani (<40 anni) si ricoverano meno (da 100 a 150 ricoveri per 1000 ab.) di quelle più anziane, senza significative differenze tra le Asl. Il tasso aumenta con l'avanzare dell'età (con il picco nella classe 81-90) ma non in modo uniforme in tutte le Asl: questo dato sta ad indicare un diverso stile nell'utilizzo dell'ospedale da parte dei soggetti fragili e di conseguenza, un differente utilizzo delle strutture territoriali.



Questa evidenza viene confermata analizzando il tasso di ricovero per 1.000 abitanti con più di 75 anni. Esso risulta alto (in Italia 381,7 e in Abruzzo 385,5 ogni mille abitanti), ma risulta più basso nelle Aree interne abruzzesi, per via della distanza degli ospedali (tranne che per la Val Fino Vestina).

Quattro ricoveri ogni dieci pazienti anziani e fragili, rende sempre più necessaria la presa in carico di pazienti con il loro carico di patologie croniche da parte dei MMG, dal punto di vista clinico e dagli Infermieri, dal punto di vista assistenziale (che significa essenzialmente il controllo della aderenza ai trattamenti e raccomandazioni prescritte dal medico) elaborando le opportune forme di integrazione e supporto. Inoltre bisogna sviluppare le cure intermedie (nelle aree di lungodegenza, ospedali di comunità, nelle strutture residenziali territoriali e al domicilio dei pazienti) e potenziare la rete delle cure palliative.

1.5 I ricoveri

L'attività di ricovero ospedaliero della ASL Lanciano Vasto Chieti nel corso dell'ultimo quadriennio, con dati 2015 preconsuntivi stimati sulla base del primo semestre, va di anno in anno diminuendo. Infatti il trend in diminuzione evidenzia un calo dei ricoveri di 10.257 dimissioni ospedaliere. Nel 2015 ogni 100 persone 17,8 non sono state ricoverate.

Degenza Media

Degenza media

Anno 2012	8,1
Anno 2013	8,2
Anno 2014	7,5
Anno 2015*	7,8

Ulteriore fattore critico di analisi è quello riferito alla degenza media. Si può notare nella tabella che la degenza media è passata da 8,1 nel 2012 a 7,8 nel 2015 (diminuzione del 3,7%). Calcolando il costo unitario di una giornata di degenza, le 10.257 dimissioni ospedaliere in meno, hanno prodotto un risparmio di € 3.937.908 nel quadriennio.

Ricoveri totali

Ricoveri erogati in regime ordinario e diurno

Anno 2012	57.573
Anno 2013	57.464
Anno 2014	53.624
Anno 2015*	48.499

Di seguito si riportano i dati dei Ricoveri Ordinari e dei Ricoveri Diurni distinti per Presidio Ospedaliero al fine di analizzare il fenomeno di produzione di attività e meglio approfondire le peculiarità derivanti dalle rispettive vocazioni e attività.

Ricoveri Ordinari Anno Storico 2014 e I Semestre Anno 2015.
Ricoveri ordinari: confronto storico indicatori per Presidio Ospedaliero

Presidio Ospedaliero	Anno 2013			Anno 2014			Scostamento		
	Dimissioni RO	P. Medio RO	% Ric. program.	Dimissioni RO	P. Medio RO	% Ric. program.	Δ % Dimissioni	Δ % P. Medio	Δ % Ric. Program.
P.O. Chieti	17.118	1,17	54,3%	16.142	1,19	40,9%	-7,4%	2,0%	-24,7%
P.O. Vasto	8.917	0,96	41,2%	8.850	0,97	31,5%	-1,2%	1,1%	-23,5%
P.O. Lanciano	8.170	0,99	38,5%	7.360	1,02	26,8%	-11,1%	2,5%	-30,4%
P.O. Ortona	4.071	0,86	49,8%	4.449	0,87	33,8%	-4,2%	1,5%	-32,2%
P.O. Atesa	2.082	1,03	47,3%	1.629	1,00	52,2%	-12,6%	-2,8%	10,3%
P.O. Guardagrele	1.512	0,86	32,3%	1.419	0,87	6,8%	-6,8%	1,2%	-78,9%
Totale ASL	41.870	1,04	46,9%	39.849	1,06	34,7%	-6,7%	1,3%	-26,0%

Anno: 2014 Intero anno



Presidio Ospedaliero	Valore RO	Dimissioni RO	Peso Medio RO	GG Degenza	Degenza Media	DRG LEA	% DRG LEA	% Ricoveri programmati	% Ricoveri Urgenti	Deceduti	Dimissioni protette
P.O. Chieti	€ 63.998.415	16.142	1,19	111.843	6,9	1.569	9,7%	40,9%	59,1%	529	224
P.O. Vasto	€ 26.642.017	8.850	0,97	50.472	5,7	611	6,9%	31,5%	68,4%	316	120
P.O. Lanciano	€ 23.500.851	7.360	1,02	52.783	6,7	520	7,1%	26,8%	72,7%	349	230
P.O. Ortona	€ 11.855.181	4.449	0,87	21.662	4,9	340	7,6%	33,8%	66,1%	135	12
P.O. Atesa	€ 5.200.012	1.629	1,00	15.642	6,5	178	10,9%	52,2%	47,8%	85	245
P.O. Guardagrele	€ 3.576.053	1.419	0,87	18.301	11,5	200	14,1%	6,8%	89,4%	139	45
Totale ASL	€ 134.772.528	39.849	1,06	270.703	6,5	3.418	8,6%	34,7%	65,1%	1.553	876

Ricoveri ordinari: confronto storico indicatori per Presidio Ospedaliero

Presidio Ospedaliero	I°sem 2014			I°sem 2015			Scostamento		
	Dimissioni RO	P. Medio RO	% Ric. program.	Dimissioni RO	P. Medio RO	% Ric. program.	Δ % Dimissioni	Δ % P. Medio	Δ % Ric. Program.
P.O. Chieti	8.206	1,19	45,9%	8.166	1,16	28,9%	-10,0%	-2,3%	-37,0%
P.O. Vasto	4.512	0,96	34,1%	4.380	0,98	30,6%	-3,1%	2,0%	-10,3%
P.O. Lanciano	3.762	1,01	29,7%	3.554	1,02	23,1%	-10,3%	0,8%	-22,2%
P.O. Ortona	2.176	0,84	35,5%	1.961	0,91	30,1%	-19,5%	7,6%	-15,3%
P.O. Atesa	849	1,04	55,4%	819	1,06	50,2%	-21,2%	2,4%	-9,4%
P.O. Guardagrele	706	0,88	6,5%	496	0,89	7,7%	-30,5%	1,2%	17,6%
Totale ASL	20.211	1,05	38,2%	19.376	1,06	28,7%	-11,1%	0,7%	-24,8%

Anno: 2015 Primo semestre

Presidio Ospedaliero	Valore RO	Dimissioni RO	Peso Medio RO	GG Degenza	Degenza Media	DRG LEA	% DRG LEA	% Ricoveri programmati	% Ricoveri Urgenti	Deceduti	Dimissioni protette
P.O. Chieti	€ 31.306.643	8.166	1,16	54.673	6,7	819	10,0%	28,9%	71,1%	273	137
P.O. Vasto	€ 13.375.350	4.380	0,98	24.878	5,7	273	6,2%	30,6%	69,4%	170	91
P.O. Lanciano	€ 11.508.532	3.554	1,02	26.678	7,0	233	6,6%	23,1%	75,7%	223	101
P.O. Ortona	€ 5.487.441	1.961	0,91	9.214	4,7	83	4,2%	30,1%	69,9%	65	10
P.O. Atessa	€ 2.782.373	819	1,06	8.428	7,3	47	5,7%	50,2%	49,8%	66	93
P.O. Guardiagrele	€ 1.430.016	496	0,89	7.621	13,5	72	14,5%	7,7%	91,5%	51	9
Totale ASL	€ 65.890.355	19.376	1,06	131.492	6,5	1.527	7,9%	28,7%	71,0%	848	441

Leggendo le tabelle degli indicatori di sintesi per presidio ospedaliero dei ricoveri ordinari, confrontati con l'anno o con il semestre, la differenza percentuale delle dimissioni è calata del -6.7% nel 2014 e -11.1% nel 2015 rispetto all'anno precedente (in particolare per i presidi di Atessa e Guardiagrele).

Il peso medio del RO in percentuale è passato complessivamente da un +1.3% ad un + 0.7% nel 2015. È evidente una riduzione del -2.3% nell'Ospedale di Chieti, un incremento del +7.6% nell'Ospedale di Ortona.

Per quanto riguarda i ricoveri programmati, osserviamo che sono diminuiti del 26% e del 24.8% (rispettivamente annuale e semestrale), in special modo nel P.O. di Chieti (-37%) e nel P.O. di Lanciano -22.2%).

La percentuale dei DRG potenzialmente impropri (DRG LEA) è stata del 7.9% nel 2015 contro l'8.6% nel 2014, il calo è stato più evidente ad Ortona (da 7.6% a 4.2%) e ad Atessa (da 10.9% a 5.7%).

Si rileva, inoltre, che la percentuale dei ricoveri impropri è del 14.5% e che la percentuale a Chieti è rimasta invariata al 10% circa.

Tali considerazioni risultano ancora più strategiche da affrontare in tale sede, in quanto la scelta di rafforzare e orientare sempre più le diverse vocazioni dei singoli presidi e la rispettiva integrazione tra ospedale e sviluppo dei servizi distrettuali, se si considera un altro elemento di analisi ed approfondimento che è quello relativo alla suddivisione dei dimessi per fasce d'età in rapporto alla rispettiva composizione della popolazione.

1.6 L'Indice di appropriatezza

Gli indicatori di appropriatezza si configurano come elementi di valutazione dell'efficienza di una struttura ospedaliera, evidenziando quei casi di ricovero che avrebbero dovuto trovare risposta in un livello assistenziale di tipo ambulatoriale o territoriale.

L'indice di appropriatezza fa parte degli indicatori di risultato del Decreto Commissariale n. 149 del 7.11.2014 – servizio DG 18.

Il Ministero ha identificato 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza (DPCM 50/2010), essi sono oggetto di analisi e di monitoraggio costante da parte degli staff aziendali e di valutazioni nelle schede di budget delle unità operative.

DRG LEA ad alto rischio di inappropriatezza

Ricoveri erogati in regime ordinario

Indicatore	Anno 2012	Anno 2013	Variaz. % 2012-2013	Anno 2014	Variaz. % 2013-2014	Proiezione Anno 2015	Variaz. % 2014-2015
Numero Ric. Ordinari ad alto rischio inappropri.	4.752	4.265	- 10,25%	3.418	- 19,86%	3.054	- 10,65%
Totale Dimissioni Ricoveri Ordinari	42.290	41.870	- 0,99%	39.849	- 4,83%	38.752	- 2,75%
% Ricoveri Ordinari ad alto rischio inappropri.	11,2%	10,2%	- 9,35%	8,6%	- 15,79%	7,9%	- 8,12%

Nell'anno 2014, così come del biennio 2012-2013, possiamo constatare una costante e considerevole diminuzione del tasso di inappropriatezza, espresso dalla percentuale dei ricoveri con DRG potenzialmente inappropriati, che è passato da l'11.2% del 2012 a 10.2% nel 2013 a 8.6% nel 2014 e al 7.9% nel 2015, seppure l'assistenza territoriale è in regime di sviluppo.

1.7 L'Indice di complessità (peso medio)

Un dato interessante e significativo dell'attività di ricovero è quello rappresentato dal peso medio (o indice di complessità) delle

Peso Medio Ricoveri

Ricoveri erogati in regime ordinario

Anno 2012	1,02
Anno 2013	1,04
Anno 2014	1,06
Anno 2015	1,06

prestazioni. Il peso indica la complessità del caso trattato per quel singolo ricovero e viene misurato tramite le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Tanto più è alto il valore del peso medio, tanto più complesse sono le prestazioni erogate durante il ricovero.

L'indice di complessità dei ricoveri effettuati da questa Azienda, già dall'anno 2014, risulta in lieve aumento, rispetto ai riferimenti nazionali (1.15 – valore 2013 Rapporto Ministeriale SDO).

Ciò denota un innalzamento dell'indice di complessità dei ricoveri erogati, nonché, un miglioramento dell'attrattività del cittadino per le prestazioni di alta specialità erogate dalla nostra Azienda.

Peso Medio Aziendale 2012-2013-2014-proiezione 2015

Dipartimento	Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014		Proiezione Anno 2015	
	Totale ASL		Totale ASL		Totale ASL		Totale ASL	
	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media
Dipartimento Chirurgico	1,23	7,1	1,27	6,8	1,34	6,9	1,35	7,0
Dipartimento Cuore	1,89	10,0	1,88	9,6	1,89	9,7	1,80	9,0
Dipartimento di Salute Mentale	0,72	11,5	0,73	13,0	0,75	12,7	0,73	12,2
Dipartimento Materno - Infantile	0,54	5,1	0,54	5,0	0,54	4,7	0,52	4,8
Dipartimento Medico	1,04	10,9	1,05	10,5	1,08	9,8	1,12	10,7
Totale	1,02	8,1	1,04	8,2	1,06	7,5	1,06	7,8

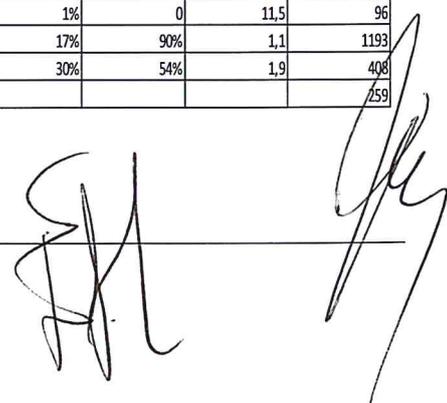
A livello aziendale si evince, come ovvio, un basso peso medio delle attività mediche, inferiore a quello delle attività chirurgiche (che risentono dell'impiego di risorse pesanti come la sala operatoria e la terapia intensiva).

È evidente un incremento dei punti DRG medi per i Dipartimenti chirurgico, cuore e emergenza a fronte di un sostanziale mantenimento del case mix dei dipartimenti medici.

In particolare è interessante analizzare gli andamenti (2012-2014...2015) che il peso medio e la degenza media hanno registrato nel dettaglio di presidio ospedaliero distinto per singolo dipartimento.

Le tabelle che seguono, pertanto, risultano funzionali alle scelte di programmazione strategica, soprattutto se rilette in ottica di identificazione ed implementazione delle vocazioni dei singoli Presidi Ospedalieri.

	Indicatori di attività per singolo ospedale ricoveri 2014									
	REGIME ORDINARIO 2014					REGIME DIURNO				
	Ricoveri Totali	N. Ricoveri	% Rischio inappropriato	Degenza media	Peso Medio DRG	% Ricoveri Chirurgici	N. Day Hospital	% Ricoveri Chirurgici Day Hospital	Accessi Medi	N. Ricoveri Lungodegenza e riabilitazione
PO Clinizzato Ss. Annunziata Chieti	22.309	16.145	10%	7,1	1,19	37%	28%	43%	4,4	0
Ospedale Renzetti Lanciano	9.156	7169	7%	6,7	1,02	30%	20%	64%	5,2	192
Ospedale Civile Vasto	10.942	8827	7%	5,7	0,97	36%	19%	61%	4	23
Ospedale Vitt. Emanuele Atezza	2.364	1035	10%	6,5	1,13	25%	31%	91%	1,70%	594
Ospedale 'G. Bernabeo Ortona	7.430	4449	8%	5	0,87	26%	40%	88%	1,9	0
Ospedale Maria Ss Immacolata Guardagrele	1.429	1325	14%	11,5	0,86	0	1%	0	11,5	96
Casa di cura Villa Pini D'Abruzzo Chieti	3.350	1590	11%	8,8	1,3	41%	17%	90%	1,1	1193
Casa di cura Dott. Spatocco	4.806	2937	22%	5,4	1,26	57%	30%	54%	1,9	408
Casa di cura Istituto San Francesco Vasto										259



1.8 I Primi DRG per regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery

Ricoveri Ordinari - Primi 20 DRG

Peso medio primi 20 DRG anno 2012	0,98
Peso medio primi 20 DRG anno 2013	1,29
Peso medio primi 20 DRG anno 2014	1,25

Per quanto riguarda i R.O. (ricoveri ordinari) si osserva un costante aumento del p.m. (peso medio) dei primi 20 DRG, nel corso degli anni 2012-2013-2014.

Nelle tabelle che seguono sono stati raggruppati i primi 20 DRG per prestazioni in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital o Day Surgery eseguiti nella ASL di Lanciano Vasto Chieti nell'anno 2014.

Dall'analisi dei DRG per ricovero ordinario si nota che il peso medio, che indica la complessità del caso trattato per singolo ricovero, è spesso superiore a 1. Questo indica che la produzione ospedaliera è caratterizzata da una alta complessità. Inoltre da un'analisi approfondita dei primi 20 DRG, il cui peso medio risulta superiore a 1, emerge la presenza di prestazioni di alta specializzazione.

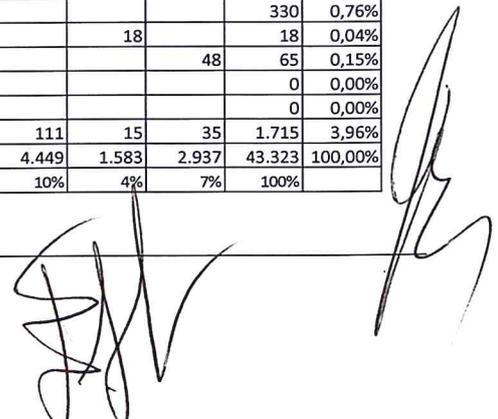
Primi 20 DRG Ordinari erogati nel 2014 dai Presidi Ospedalieri dell'Asl Lanciano Vasto Chieti		Dimissioni	Peso Medio
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	2.194	0,44
127	Insufficienza cardiaca e shock	2.041	1,03
371	Parto cesareo senza CC	1.320	0,73
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1.251	1,22
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	793	1,26
316	Insufficienza renale	745	1,15
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	623	0,98
\	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	564	2,03
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	557	1,14
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	445	0,70
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	330	1,72
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	265	3,39
075	Interventi maggiori sul torace	204	2,40
210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	200	2,09
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovas	162	2,24
550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	142	3,22
386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	84	8,69
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca	76	8,54
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	73	4,56
525	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	28	9,93

Primi 20 DRG Diurni erogati nel 2014 dai Presidi Ospedalieri dell'Asl Lanciano Vasto Chieti		Dimissioni	Peso Medio
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.537	0,75
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.336	0,84
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.195	0,46
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	701	0,98
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	399	0,74
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	351	0,60
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	341	0,79
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	242	0,88
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	234	0,74
119	Legatura e stripping di vene	224	0,74
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	221	0,55
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	219	0,54
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	197	0,97
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	196	0,82
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	180	0,94
284	Malattie minori della pelle senza CC	179	0,42
298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	160	0,27
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	155	0,40
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	150	0,92
342	Circoncisione, età > 17 anni	148	0,56

Per quanto riguarda i ricoveri diurni effettuati nel 2014 osserviamo che i primi tre DRG consistono la maggior parte del volume delle dimissioni effettuate, che comprendono tre branche oncologia, chirurgia (oftalmologia) e materno infantile.

I primi 20 DRG mantengono un peso medio discreto sui DRG chirurgici (0,98 "interventi su utero...", 0,97 "trapianti di pelle..." 0,92 "interventi sul ginocchio...").

ATTIVITA'	MDC									Totale	Percentuale
	PO Clinizzato Ss-Annuziata Chieti	Ospedale Renzetti Lanciano	Ospedale Civile Vasto	Ospedale Vtt. Emanuele Atesa	Ospedale Maria Ss Immacolata Guardiagrele	Ospedale G. Bernabeo Ortona	Casa di cura Villa Pini D'Abruzzo Chieti	Casa di cura Dott Spatocco			
01-SISTEMA NERVOSO	1.216	758	515	49	87	251	343	30	3.249	7,50%	
02-OCCHIO	382								382	0,88%	
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	236	106	309	3	13	38		268	973	2,25%	
04-APP. RESPIRATORIO	1.736	614	1.006	209	140	484	245	179	4.613	10,65%	
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	2.531	967	711	259	356	425	155	403	5.807	13,40%	
06-APP. DIGERENTE	1.077	765	748	79	57	456	274	502	3.958	9,14%	
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	664	303	506	83	52	305	72	206	2.191	5,06%	
08-APP. MUSCOLOSCHLETR. TESS. CONNETTIVO	1.164	652	641	188	10		30	972	3.657	8,44%	
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA				6		503	70	45	624	1,44%	
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	468	118	248	47	95	220	229	91	1.516	3,50%	
11-RENE E VIE URINARIE	977	158	897	47	52	153	55	22	2.361	5,45%	
12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	198		268				50		516	1,19%	
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	386	195	376		33	115		48	1.153	2,66%	
14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	1.940	687	1.003			625			4.255	9,82%	
15-PERiodo NEONATALE	1.749	655	850			566			3.820	8,82%	
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIETICI SIST. IMMUNITARIO				15	33	79		39	166	0,38%	
17-MELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIA				11		64	8	33	116	0,27%	
18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	602	184	211	25	26	54	9	16	1.127	2,60%	
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI		330			344				674	1,56%	
20-ABUSO ALCOL/FARMACI DIST. MENTALI ORG.INDOTTI					27		10		37	0,09%	
21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF. TOSSICI FARMACI		292	21	8	9				330	0,76%	
22-USTIONI							18		18	0,04%	
23-FATT. INFLUENZ. SALUTE ED IL RICORSO AI S. SANITA				2	15			48	65	0,15%	
24-TRAUMATISMI MULTIPLI									0	0,00%	
25-INFEZIONI DA HIV									0	0,00%	
Altre	819	385	337	4	9	111	15	35	1.715	3,96%	
Totale	16.145	7.169	8.647	1.035	1.358	4.449	1.583	2.937	43.323	100,00%	
Percentuale	37%	17%	20%	2%	3%	10%	4%	7%	100%		



La numerosità dei ricoveri distribuita per Major Disease Classification (MDC) è mostrata dalla tabella precedente per i PP.OO. e casa di cura privata.

Per quanto riguarda il P.O. di Chieti è rilevante il numero dei casi riguardanti l'apparato cardiocircolatorio (2.531), seguito da gravidanza e puerperio (1.940), periodo prenatale (1749) e apparato respiratorio (1736).

Anche per il P.O. di Lanciano l'apparato cardiocircolatorio (967), seguito da gravidanza e puerperio (687), periodo prenatale (655) e apparato respiratorio (614). Nell'ospedale di Vasto invece i ricoveri sono maggiori nell' app. respiratorio (1.006), seguito, ancora una volta da gravidanza e puerperio (1.003) e da rene e vie urinarie (897). Ad Atessa l'attività di ricovero è bassa un po' in tutti i settori, come anche nella casa di cura privata di Villa Pini. I PP.OO. di guardiagrele e Ortona si difendono abbastanza bene: a Guardiagrele abbiamo picchi di ricoveri nell'apparato cardiocircolatorio (356) e Malattie e disturbi mentali (344); ad Ortona invece i picchi sono evidenti nella gravidanza e puerperio (625) periodo prenatale (566). Nella casa di cura privata "Spatocco" invece va considerata l'attività di ricovero nell'apparato muscoloscheletrico e tess. Connettivo di ben 972 ric. e app. digerente e apparato cardiocircolatorio (rispett. di 502 e 403).

1.9 La Mobilità Attiva

La mobilità attiva rappresenta l'indice di attrazione di una struttura ed è espressione della numerosità dei pazienti provenienti da fuori ASL o da fuori Regione che usufruiscono delle nostre strutture. Un alto indice di attrazione è sinonimo di efficacia e buona reputazione delle strutture. Dai dati riportati nella tabella si nota un indice di attrazione è rimasto stabile al 26% negli anni 2012 2013, mentre si evidenzia una diminuzione nell'anno 2014, diminuito drasticamente nell'anno in corso.

Mobilità attiva - Indice di attrazione	
Ricoveri erogati in regime ordinario e diurno	
Anno 2012	26,0%
Anno 2013	25,9%
Anno 2014	25,6%
Anno 2015	24,1%

Indicatore	2013	2014	Variaz. % 2013-2014	Primo semestre 2015
Totale ricoveri (Ord. e Diurni) erogati in Mobilità attiva	14.863	13.713	- 7,74%	5.708
Ricoveri (Ord. e Diurni) erogati ad assistiti di altre Regioni	4.300	4.030	- 6,28%	1.656
Ricoveri (Ord. e Diurni) erogati ad assistiti di altre ASL della Regione	10.563	9.683	- 8,33%	4.052
Totale ricoveri (Ord. e Diurni) erogati	57.464	53.624	- 6,68%	23.658
Indice di attrazione	25,9%	25,6%	- 1,13%	24,1%

Considerando che la mobilità attiva ha subito un calo del 7.74% sui ricoveri totali, osserviamo una maggiore diminuzione dei ricoveri totali ad assistiti infraregionale (8.33%), piuttosto che extra regionale (6.28%), con un conseguente calo dell'indice di attrazione (-1.13%).

I pazienti in mobilità infraregionale provengono principalmente dal ASL di Pescara così come si evidenzia dalla tabella che segue:

Mobilità attiva infraregionale - provenienza pazienti

Ricoveri erogati in regime ordinario e diurno

ASL regionali di residenza	Anno 2013		Anno 2014		Variaz. % 2013-2014		Primo semestre 2015	
	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore
ASL Pescara	7.987	22.606.209	7.510	20.862.319	- 5,97%	- 7,71%	3.159	8.928.371
ASL Teramo	1.500	3.664.044	1.300	3.411.073	- 13,33%	- 6,90%	555	1.336.421
ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila	1.076	3.606.881	873	3.124.940	- 18,87%	- 13,36%	338	1.043.724
Totale mobilità attiva infraregionale	10.563	29.877.134	9.683	27.398.332	- 8,33%	- 8,30%	4.052	11.308.516

Dal grafico su riportato leggiamo che la mobilità attiva ha subito un calo significativo proveniente dalla ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila (-18.87%) e dalla ASL di Teramo (-13.33%). I dati relativi al primo semestre mostrano un ulteriore drastico calo della mobilità attiva infraregionale in maniera assoluta.

I pazienti in mobilità extra regionale (tabella sotto) provengono per circa il 50% dalla regione Molise e il resto dalle altre regioni confinanti.

Mobilità attiva extraregionale - provenienza pazienti

Ricoveri erogati in regime ordinario e diurno

ASL extra-regionali di residenza	Anno 2013		Anno 2014		Variaz. % 2013-2014		Primo semestre 2015	
	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore
ASL della Regione Molise	2.108	6.475.547	2.020	5.969.796	- 4,17%	- 7,81%	965	2.727.409
ASL della Regione Lazio	369	1.016.919	331	968.660	- 10,30%	- 4,75%	112	274.014
ASL della Regione Marche	257	619.296	183	368.528	- 28,79%	- 40,49%	85	215.949
ASL di altre Regioni	1.435	4.233.550	1.321	4.077.462	- 7,94%	- 3,69%	441	1.465.219
Estero	131	386.852	175	500.765	+ 33,59%	+ 29,45%	53	163.497
Totale mobilità attiva extraregionale	4.300	12.732.165	4.030	11.885.211	- 6,28%	- 6,65%	1.656	4.846.088

Andando nel dettaglio ed analizzando le tabelle seguenti, rileviamo che per quanto riguarda la chirurgia generale abbiamo subito nel 2014 un decremento delle dimissioni (-0.93%), seppur un notevole aumento del valore (+10.39%), desumento che benchè le dimissioni siano scese, le prestazioni chirurgiche hanno aumento di tanto il proprio peso medio. Medesimo discorso applicabile alla branca di ortopedia e traumatologia: significativa diminuzione delle dimissioni (-10.99%) contro un aumento del peso medio (+11.20%).

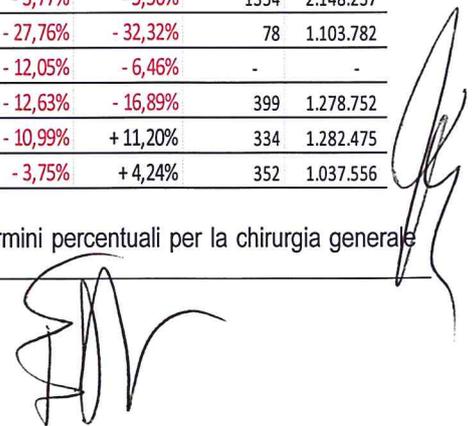
Discorso contrario va fatto per la cardiocirurgia, medicina e oncologia, che palesano un decremento sia nelle dimissioni che nel valore.

Mobilità attiva - Prime 7 Discipline di ricovero

Ricoveri erogati in regime ordinario e diurno. Classifica definita sulla base del Valore 2013.

Codice disciplina	Descrizione disciplina	Anno 2013		Anno 2014		Variaz. % 2013-2014		Primo semestre 2015	
		Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore
09	Chirurgia generale	1.836	5.996.606	1.819	6.619.776	- 0,93%	+ 10,39%	787	3.193.146
37	Ostetricia e ginecologia	2.733	4.304.111	2.630	4.064.690	- 3,77%	- 5,56%	1354	2.148.237
07	Cardiologia	245	4.640.673	177	3.140.581	- 27,76%	- 32,32%	78	1.103.782
64	Oncologia	664	3.135.455	584	2.933.003	- 12,05%	- 6,46%	-	-
26	Medicina generale	1.299	3.357.830	1.135	2.790.776	- 12,63%	- 16,89%	399	1.278.752
36	Ortopedia e traumatologia	764	2.453.541	680	2.728.233	- 10,99%	+ 11,20%	334	1.282.475
43	Urologia	801	2.294.972	771	2.392.280	- 3,75%	+ 4,24%	352	1.037.556

Per la mobilità attiva extraregionale, la tabella mostra un incremento delle dimissioni in termini percentuali per la chirurgia generale



(+3.72%), per l'urologia (+2.41%) e per l'ortopedia (+5.54%), fruttando un aumento ancor più alto nel valore stesso. Proporzionali sono invece i cali delle dimissioni e dei valori dell'ostetricia e della medicina generale.

Ricoveri - Mobilità attiva extraregionale - Prime 5 Discipline di ricovero

Ricoveri erogati in regime ordinario e diurno

Codice	Descrizione disciplina	Anno 2013		Anno 2014		Variaz. % 2013-2014		Primo semestre 2015	
		Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore
09	Chirurgia generale	511	1.998.207	530	2.297.848	+ 3,72%	+ 15,00%	215	1.009.335
43	Urologia	456	1.429.349	467	1.501.306	+ 2,41%	+ 5,03%	225	670.142
36	Ortopedia e traumatologia	325	1.250.009	343	1.433.380	+ 5,54%	+ 14,67%	152	600.158
37	Ostetricia e ginecologia	761	1.196.005	657	1.012.204	- 13,67%	- 15,37%	306	480.481
26	Medicina generale	276	712.953	249	647.001	- 9,78%	- 9,25%	89	281.584

1.10 La Mobilità Passiva

La mobilità passiva rappresenta l'indice di fuga ed indica quanti cittadini residenti si sono recati in strutture ospedaliere al di fuori di quelle provinciali. I dati del 2013 fotografano una realtà caratterizzata da un indice di fuga relativamente elevato: il 32.1% del 2012 ed il 31.9% del 2013, dei nostri residenti ha scelto di effettuare un ricovero in strutture fuori dal territorio provinciale.

Mobilità passiva - Indice di fuga

Ricoveri erogati in regime ordinario e diurno

Anno 2012	32,1%
Anno 2013	31,9%

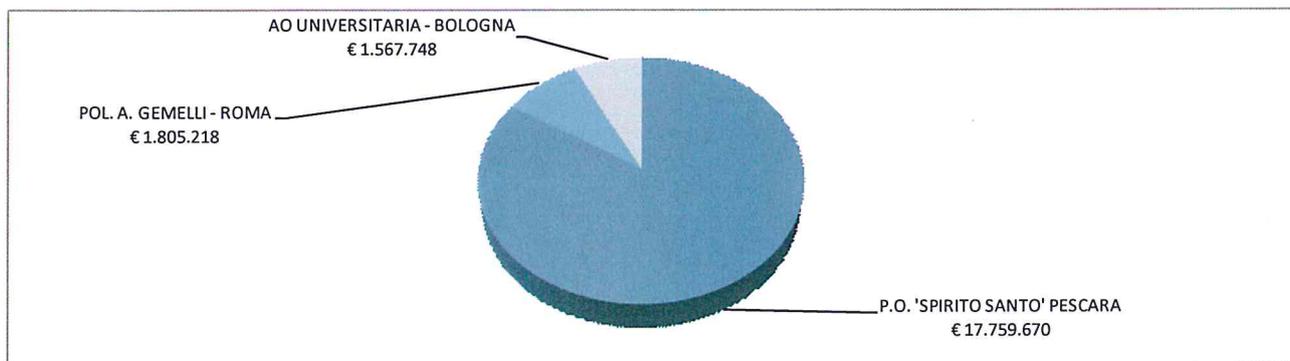
Indicatore	2012	2013	Variaz. % 2012-2013
Totale ricoveri (Ord. e Diurni) in Mobilità passiva	20.157	19.890	- 1,32%
Ricoveri (Ord. e Diurni) da altre Aziende Sanitarie della Regione	9.655	9.620	- 0,36%
Ricoveri (Ord. e Diurni) da Aziende Sanitarie di altre Regioni*	10.502	10.270	- 2,21%
Totale ricoveri (Ord. e Diurni) fruiti dai residenti	62.777	62.421	- 0,57%
Indice di fuga infra regione	15,38%	15,41%	+ 0,21%
Indice di fuga extra regione	16,73%	16,45%	- 1,65%

Quindi possiamo dichiarare che "la fuga" dei "nostri" cittadini residenti, avviene per metà (circa) infraregione e per l'altra metà extra regione.

Di seguito viene fornita una tabella riassuntiva delle tre Aziende Sanitarie che maggiormente attraggono i residenti della ASL di Lanciano - Vasto - Chieti con indicazione del rispettivo numero di dimissioni e relativo valore economico.

Mobilità passiva infra ed extraregionale Anno 2013
Strutture Pubbliche di ricovero
Ricoveri erogati in regime ordinario e diurno

Descrizione	Des Azienda	Codice istituto	Dimissioni	Valore
Abruzzo	ASL Pescara	P.O. 'SPIRITO SANTO' PESCARA	5069	€ 17.759.670
Lazio	ASL Roma E	POL. A. GEMELLI - ROMA	501	€ 1.805.218
Emilia Romagna	ASL Bologna	AO UNIVERSITARIA - BOLOGNA	328	€ 1.567.748



La torta ci fa vedere come una grossissima fetta di utenza (percentuale) della mobilità passiva, fugge verso la vicina ASL di Pescara. Le principali tipologie di ricovero che alimentano il fenomeno della mobilità passiva infra ed extra regionale sono meglio dettagliate nelle tabelle che seguono:

Mobilità passiva infraregionale 2013 - Primi 20 DRG
Ricoveri ordinari e diurni ordinati per valore dei DRG decrescente

DRG	Descrizione	Valore	Dimissioni	Peso medio
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inf	2.073.465	240	2,0
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con	1.630.352	33	12,4
481	Trapianto di midollo osseo	1.568.700	27	15,5
247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tess	1.198.563	216	0,5
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia	1.158.837	341	0,8
2	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	1.136.775	98	3,2
473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 an	551.398	44	4,2
430	Psicosi	471.573	261	0,8
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	437.745	77	0,9
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con st	423.693	68	1,7
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	407.344	24	1,3
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi p	404.814	12	8,5
528	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emor	378.086	15	5,7
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	369.725	30	3,2
75	Interventi maggiori sul torace	357.192	42	2,4
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza	355.774	155	1,0
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale sen	354.081	104	1,3
223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto s	329.624	120	1,0
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con st	317.300	46	2,2
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	310.086	90	1,6

Una maggiore mobilità passiva infraregionale, guardando la tabella sopra riportata, la osserviamo, in termini di numero di dimissioni maggiormente nel settore oncologico (341), salute mentale (261) e ortopedico (240 e 216) tutte con un peso medio relativamente basso.

Poco male per la mobilità passiva extraregionale, sia in termini di numero di dimissione, sia riguardo al peso medio. Eccetto interventi di oftalmologia (507), interventi di ortopedia (295+207) e oncologia (239), che comunque hanno un peso medio basso, tutti gli altri DRG in mobilità passiva extrareg. incidono poco sia in termini di numero di dimissioni che in termini di valore economico.

Mobilità passiva extraregionale 2013 - Primi 20 DRG

Ricoveri ordinari e diurni ordinati per valore dei DRG decrescente

DRG	Descrizione	Valore	Dimissioni	Peso medio
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inf	1.985.541	207	2,0
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori car	1.706.284	67	6,1
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori car	971.886	47	4,6
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	912.756	95	3,2
225	Interventi sul piede	665.537	295	0,9
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza	650.687	95	1,2
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con	636.352	11	12,4
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia	602.579	239	0,8
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza	581.377	241	1,0
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con st	571.843	64	1,7
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	540.712	87	0,9
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	454.301	29	3,6
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	454.105	507	0,5
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cris	384.026	191	0,8
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto co	372.197	154	0,6
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	364.821	31	2,7
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	350.991	17	4,1
2	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	345.308	34	3,2
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate c	333.097	52	1,5
497	Artrodesi verterbale eccetto cervicale con CC	297.209	19	3,8

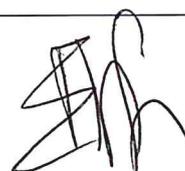
1.11 "Customer Satisfaction": sistema di rilevazione della qualità percepita, secondo la prospettiva del cittadino

Il processo di aziendalizzazione del Sistema Sanitario italiano è il quadro di riferimento che ha consentito l'introduzione degli strumenti di customer satisfaction prima e di qualità percepita poi, nell'ambito dell'erogazione di servizi sanitari.

Ciò è avvenuto non senza ambiguità. L'impresa sul mercato si pone il tema della customer satisfaction in termini di "decidi cosa vuoi" e poi scopri "cosa vuole il cliente", garantisci la costanza del servizio e del miglioramento che deve essere graduale e sostenibile anche se minimo, nella prospettiva di garantire all'impresa profitti sempre più cospicui grazie alla fidelizzazione del cliente.

L'Azienda sanitaria pubblica si trova inserita in un mercato e chiamata da indicazioni normative (ad esempio il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000) ad attivare funzioni di customer satisfaction o di qualità percepita, per riformulare e differenziare l'offerta in funzione della domanda, ma allo stesso tempo è in una condizione di risorse limitate e offre un bene (la salute) che non può sottostare a vere e proprie regole di mercato in quanto tutelato dalla Costituzione.

Inoltre, in sanità permane la forte preoccupazione che un'aziendalizzazione spinta, che punti esclusivamente al riequilibrio dei conti, possa avvenire a spese delle aree più deboli (prevenzione, assistenza domiciliare, assistenza continuativa a disabili e anziani) e a spese della qualità dell'assistenza sanitaria garantita universalmente. In tale prospettiva, il paziente non è tanto un utente e tanto meno un cliente, quanto piuttosto un cittadino, partner e interlocutore, un ruolo ben diverso da quello previsto dalla customer per il cliente.



Il sistema "qualità percepita" è connesso con l'attività di monitoraggio degli esiti, di verifica dei risultati e di ascolto dei cittadini/utenti, propedeutica alle azioni di miglioramento dei servizi erogati e al cambiamento organizzativo. D'altra parte, se anche non direttamente legato a strategie aziendali, il processo conoscitivo a monte costituisce il presupposto fondamentale per evitare che il sistema qualità percepita si trasformi in un sistema autoreferenziale che produce risultati attesi, allontanandosi dal punto di vista del cittadino.

Ma da dove partire per realizzare il miglioramento? In primo luogo dalla consapevolezza che la qualità deve diventare una strategia dell'Azienda, che mette in campo diversi strumenti: dal sistema di gestione dei reclami alla gestione del rischio, dall'accreditamento al sistema qualità percepita, includendo le indagini sul clima organizzativo, la Carta dei Servizi e gli aspetti gestionali e organizzativi in una prospettiva integrata che compone i diversi punti di vista.

Contesto normativo

Fin dai primi anni '90 la questione della centralità dei cittadini ha cominciato ad essere riconosciuta come uno degli assi portanti del riordino delle strutture sanitarie disegnato dai Decreti legislativi 502/1992 e 517/1993, nonché dalla normativa in materia di qualità dei servizi pubblici.

Per quanto riguarda l'implementazione della partecipazione dei cittadini alla programmazione e al miglioramento dei servizi sanitari, i riferimenti normativi di carattere nazionale, sono rilevanti anche se complessivamente disarticolati.

- Decreto Legislativo 502/1992 e Decreto ministeriale 15 ottobre 1996, con lo scopo di introdurre e validare - attraverso il concreto utilizzo da parte delle Aziende sanitarie - indicatori di qualità dal lato dell'utente;
- Decreto Ministeriale 12 dicembre 2001 sul "Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" nel contesto nazionale, richiede anche la rilevazione di indicatori di qualità dal lato degli utenti;
- Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 ribadisce la necessità per le organizzazioni sindacali di rilevare la percezione dei cittadini sulla qualità delle cure e favorire la loro partecipazione al processo terapeutico.

Con l'emanazione della Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 24 marzo 2004 (G.U. n. 80 del 5 maggio 2004), si è fornito a tutte le strutture della pubblica amministrazione un documento che precisa gli obiettivi e le modalità di una rilevazione della qualità percepita dai cittadini: "In linea con la volontà del Governo di attuare un radicale processo di cambiamento e ammodernamento della Pubblica Amministrazione, scopo di questa direttiva è di promuovere, diffondere e sviluppare l'introduzione nelle amministrazioni pubbliche di metodi di rilevazione sistematica della qualità percepita dai cittadini basati sull'ascolto e sulla partecipazione, finalizzati a progettare sistemi di erogazione dei servizi tarati sui bisogni effettivi dei cittadini, utilizzando al meglio le risorse disponibili".

Inoltre il Decreto Brunetta (D. Lgs n. 150/2009), introduce quale novità la misurazione della performance individuale e organizzativa, "secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi", da attuarsi attraverso la rilevazione del suo grado di soddisfazione, utile tanto a migliorare l'organizzazione quanto le sue relazioni con il cittadino.

Il percorso intrapreso dalla ASL 2 Abruzzo si inserisce perfettamente nel contesto di riforme che la pubblica amministrazione sta vivendo e l'attivazione del progetto di customer satisfaction nella ASL Lanciano Vasto Chieti risponde non solo all'esigenza di misurare la qualità dei servizi erogati, ma anche e soprattutto a quella di ascoltare e comprendere a fondo i bisogni che il cittadino-cliente esprime, porre attenzione costante al suo giudizio, sviluppare e migliorare la capacità di dialogo e di relazione.

Già dal 2013 questa Azienda ha svolto una indagine pilota di Customer Satisfaction a livello aziendale per valutare la percezione di qualità del ricovero ospedaliero e del servizio nei Poliambulatori.

L'indagine ha coinvolto i sei Presidi Ospedalieri ed i tre Poliambulatori presenti all'interno dei Presidi di Chieti, Atesa e Lanciano: sono stati somministrati n. 1165 questionari di cui 943 sono stati restituiti compilati.



Presidio Ospedaliero/ Poliambulatorio	N ° reparti coinvolti	N ° questionari restituiti compilati
P.O. Chieti	22	319
P.O. Atesa	5	33
P.O. Guardiagrele	4	22
P.O. Lanciano	12	99
P.O. Ortona	8	80
P.O. Vasto	14	154
Poliambulatorio Chieti	17	155
Poliambulatorio Atesa	5	47
Poliambulatorio Lanciano	5	34
Totale	92	943

La ricerca doveva consentire la standardizzazione del questionario di rilevazione, e sviluppare le competenze degli operatori sanitari addetti al rilievo delle valutazioni dei pazienti: in particolare è stata data attenzione allo sviluppo e alla facilitazione dell'utilizzo di strumenti standardizzati.

Sono state eseguite indagini anche nel 2014 e nel 2015.

Questa amministrazione si prefigge di far assumere allo strumento delle indagini di "customer satisfaction" il valore strategico dell'individuazione del proprio potenziale di miglioramento mediante l'analisi dei fattori su cui si evidenzia lo scarto maggiore tra ciò che è stata in grado di realizzare e ciò di cui gli utenti hanno effettivamente bisogno o che si aspettano di ricevere.

Pertanto per il prossimo triennio, questa Azienda intende, a seguito dell'esperienza acquisita in questi anni, mettere a regime l'attività di rilevazione per farla diventare azione di monitoraggio sistematico tra gli obiettivi di budget, inserendo, nell'area Sviluppo Organizzativo/Valutazione della Performance, l'indicatore "indagine Customer Satisfaction".

1.12 - La Rete dell'Emergenza

Per far fronte alla richiesta di prestazioni di emergenza, il Sistema dell'Emergenza Sanitaria è articolato in una fase di allarme e in due fasi di risposta, quella territoriale e quella ospedaliera.

Nella regione Abruzzo il 118 gestisce le fasi di allarme, mentre la fase di risposta ospedaliera è costituita dai nodi della rete dell'emergenza che si costituiscono in centri Hub & Spoke. Il modello Hub & Spoke è un modello organizzativo a reti integrate, caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (centri Hub) supportati da una rete di servizi ospedalieri o di soccorso 118 sul territorio (centri Spoke) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento esclusivamente quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata. L'Azienda di Lanciano Vasto Chieti, per quanto riguarda la rete dell'emergenza, è classificata come DEA di I livello.

Secondo le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" ¹ bisogna "inviare i codici triage con gravità bassa (verde e bianca) a team sanitari distinti per prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero".

La distribuzione degli accessi nei vari presidi di Pronto soccorso denota la variabilità della struttura dell'emergenza territoriale che si articola in centri di maggiore complessità assistenziale (Hub) e centri di maggiore vocazione per le urgenze minori.

Dalla comparazione degli accessi al P.S. per 100 abitanti tra tutto il territorio aziendale, risulta che al presidio di Chieti c'è un maggior

¹ Accordo stato Regioni CSR n.36 del 7 febbraio 2013

numero di ricorso al pronto soccorso rispetto agli altri accessi, seguito da Lanciano (23.2%) e Vasto (18.1%).

Questa maggior propensione al ricorso al P.S. non è supportata da una "gravità" della malattia: infatti nel grafico sottostante notiamo che la maggior parte dei codici triage di tutti i 6 accessi P.S., è di codice verde (49.3% nel 2013 e 58.3% nel 2012) seppur comunque inferiore alla media nazionale (67.3%) e codice giallo (41% nel 2013 e 32.1% nel 2012) notevolmente superiore alla media italiana (16.3%).

Presidio Ospedaliero	Accessi di PS
P.O. Chieti	37,4%
P.O. Lanciano	23,2%
P.O. Vasto	18,1%
P.O. Ortona	9,9%
P.O. Atessa	6,2%
P.O. Guardiagrele	5,2%
Totale accessi	100,0%

La modalità di accesso al P.S. invece segnala che la stragrande maggioranza dell'utenza vi si reca con l'ambulanza privata; solo il 6.6% avviene con chiamata del 118.

Codice Triage	Numero accessi 2013	% 2013	% 2012	Media Italia
Rosso	3.631	2,1%	1,4%	1,0%
Giallo	70.262	41,0%	32,1%	16,3%
Verde	84.521	49,3%	58,3%	67,3%
Bianco	12.917	7,5%	8,1%	13,8%
Non eseguito	104	0,1%	0,1%	1,6%
Totale accessi	171.435	100%	100%	100%

L'esito degli accessi al P.S. esprime ben un 74.6% di dimissioni a domicilio. Solo il 12.5% degli accessi si tramuta in presa in carico in regime di degenza ospedaliera, mentre resta alto il numero dei rifiuti del ricovero (5.6%).

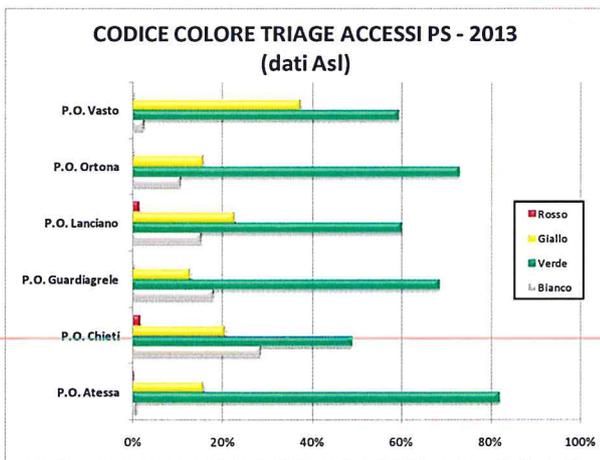
Modalità di accesso	% Accessi
Ambulanza privata	89,7%
Ambulanza 118	6,6%
Altro (in caso di 118 di altre Regioni e ambulanze di Esercito, Vigili del Fuoco, ecc.)	2,4%
Ambulanza pubblica	1,2%
118 di altre regioni	0,1%
Autonomo (arrivato con mezzi propri)	0,0%
Polizia	0,0%
Eliambulanza 118	0,0%
Totale accessi	100%

Le tabelle successive descrivono i disturbi principali che si presentano al pronto soccorso distinti per codice colore di attribuzione e corredati dei minuti medi di attesa per la visita e

Esito	% Accessi
Dimissione a domicilio	74,6%
Ricovero in reparto di degenza	12,5%
Rifiuta ricovero	5,6%
Il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica	3,3%
Dimissione a strutture ambulatoriali	1,6%
Il paziente abbandona il PS prima della visita medica	1,4%
Trasferimento ad altro istituto	0,7%
Altro	0,2%
Deceduto in PS	0,1%
Totale accessi	100%

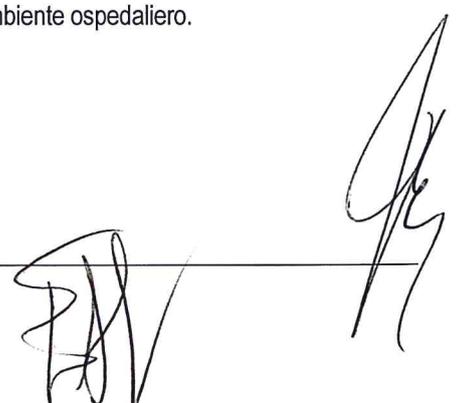
il tempo medio di permanenza al Pronto Soccorso.

Mentre la gamma dei sintomi di presentazione dei codici rossi sono coerenti con quel livello di gravità, la tabella i codici gialli presenta



disturbi sovrapponibili a quello dei codici verdi (dove presumibilmente dovrebbero essere classificati), mentre i codici bianchi presentano sintomi riferibili già ad una classificazione nosologica specialistica, segno di una diagnosi già definita e l'accesso serve opportunisticamente per aggirare la lista di attesa delle prestazioni ambulatoriali. Queste considerazioni sono confermate dal tempo medio di permanenza al PS, tempo usato per erogare le prestazioni diagnostico-terapeutiche. Infatti, mentre il tempo di attesa è coerentemente più elevato al diminuire della urgenza (11 minuti per i

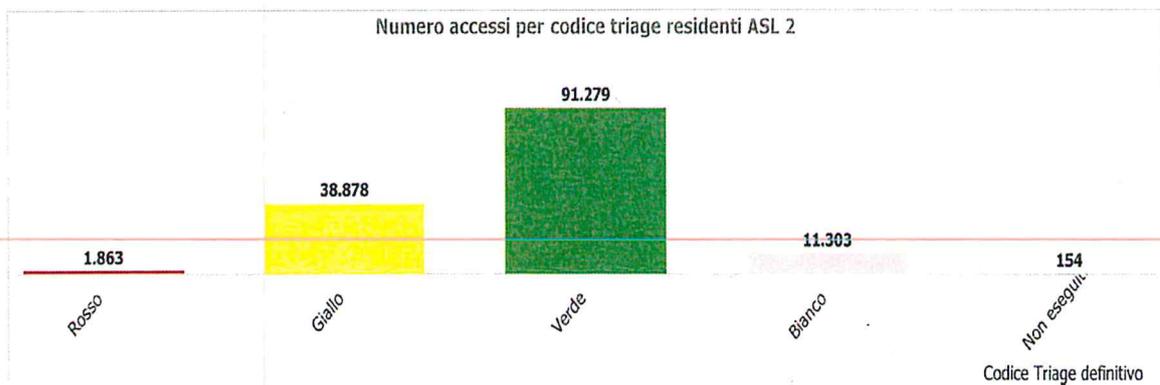
codici Rossi, 21 per i Gialli, 28 per i Verdi e 33 per i Bianchi), il tempo medio di permanenza diminuisce per i codici verdi e bianchi. Un tempo di permanenza inferiore alle due ore (120 minuti) denota disturbi che possono essere trattati con prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero.



Integrazione ospedale territorio - indicatori relativi agli accessi di pronto soccorso per distretto di residenza degli assistiti

Distretto residenza	N. residenti assistiti dai PS ogni 100 residenti	Accessi medi per assistito	% accessi ripetuti	Accessi di PS per 1000 abitanti	Accessi cod. verde per 1000 abitanti	Accessi cod. bianco per 1000 abitanti
ASL LVC - Distretto 1 - Vasto	22,6	1,51	33,7%	341,1	195,3	14,3
ASL LVC - Distretto 2 - Chieti	21,8	1,61	38,0%	351,6	192,5	23,9
ASL LVC - Distretto 3 - Francavilla	19,8	1,56	36,0%	309,9	177,9	24,1
ASL LVC - Distretto 4 - Ortona	25,5	1,59	37,0%	404,4	280,3	35,1
ASL LVC - Distretto 5 - Lanciano	28,0	1,73	42,1%	483,2	348,4	57,6
ASL LVC - Distretto 6 - Sangro Aventino	20,5	1,62	38,3%	332,2	245,1	15,8
ASL LVC - Distretto 7 - Guardigrele	26,8	1,60	37,6%	430,3	265,4	54,3
ASL LVC - Distretto 8 - Alto Vastese	12,2	1,44	30,4%	175,2	95,2	4,7
Totale	22,7	1,60	37,6%	364,0	231,6	28,7

Analisi sintetica composizione degli accessi di pronto soccorso per codice triage fruiti dai residenti della ASL



Codice Triage	Numero accessi	% Accessi
Verde	91.279	63,6%
Giallo	38.878	27,1%
Bianco	11.303	7,9%
Rosso	1.863	1,3%
Non eseguito	154	0,1%
Totale accessi	143.477	100,0%

Integrazione ospedale territorio - indicatori relativi agli accessi di pronto soccorso per distretto di residenza degli assistiti

	Distanza media percorsa (Km)	Tempo medio percorrenza (Min.)	Tempo medio permanenza PS (Min.)	Tempo medio totale (Min.)
ASL LVC - Distretto 1 - Vasto	10,2	12,5	182,5	195,0
ASL LVC - Distretto 2 - Chieti	1,7	1,6	194,2	195,8
ASL LVC - Distretto 3 - Francavilla	14,5	16,6	181,4	198,0
ASL LVC - Distretto 4 - Ortona	8,8	10,2	139,4	149,6
ASL LVC - Distretto 5 - Lanciano	5,4	7,1	181,7	188,8
ASL LVC - Distretto 6 - Sangro Aventino	20,9	25,1	237,8	262,9
ASL LVC - Distretto 7 - Guardiagrele	11,2	13,0	150,1	163,1
ASL LVC - Distretto 8 - Alto Vastese	37,0	42,6	227,0	269,7
Totale	10,5	12,5	184,2	196,7

Anno: 2015

Accessi con codice bianco seguiti da ricovero - analisi ricoveri per Unità operativa					
Unità operativa	Numero ricoveri	% DRG LEA	Peso medio	Degenza media	Ricavo unitario DRG
UOC - Clinica Ostetrico - Ginecologica - P.O. Chieti	10	20,0%	0,9	3,7	2.098
P.O. Chieti - Area chirurgica per intensità di cura	4	0,0%	2,7	7,0	9.927
UOC - Cardiologia e UTIC - P.O. Chieti	3	0,0%	1,9	7,3	6.947
UOC - Clinica Pediatrica - PP.OO. Chieti - Ortona	3	0,0%	0,3	3,7	899
UOC - P.O. Chieti - Clinica Oftalmologica	2	100,0%	0,9	3,0	1.419
UOC - P.O. Chieti - Chirurgia Vascolare	2	0,0%	1,6	8,5	4.631
UOC - P.O. Chieti - Clinica Chirurgica ad Indirizzo Toracico	2	0,0%	2,4	8,0	7.965
UOC - P.O. Chieti - Servizio Cardiologia	1	100,0%	0,5	1,0	179
UOC - P.O. Atesa - Medicina Interna	1	0,0%	1,1	7,0	3.474
UOC - P.O. Chieti - Neonatologia, TIN e Nido	1	0,0%	0,2	3,0	547
Totale	29	17,2%	1,3	5,1	4.016

Accessi di PS seguiti da ricovero - analisi attività di ricovero per Presidio Ospedaliero

Presidio Ospedaliero	Numero ricoveri da PS	% DRG LEA ad alto rischio in.	Peso medio	Degenza media	Ricavo unitario DRG
P.O. Chieti	11.399	9,3%	1,1	8,7	3.639
P.O. Vasto	4.759	5,6%	1,0	7,6	3.125
P.O. Lanciano	4.087	7,7%	1,1	8,9	3.335
P.O. Ortona	2.275	10,0%	0,8	6,6	2.465
P.O. Guardiagrele	1.145	14,5%	0,9	12,3	2.398
P.O. Atesa	617	8,4%	1,0	9,1	2.904
Totale	24.282	8,6%	1,0	8,5	3.300

Anno: 2014

Accessi di PS seguiti da ricovero - analisi attività di ricovero per Unità operativa

Unità operativa	Numero ricoveri...	% DRG LEA ad...	Peso medio	Degenza media	Ricavo unitario DRG
UOC - Clinica Pediatrica - PP.OO. Chieti - Ortona	1.692	14,4%	0,4	5,6	1.483
UOC - Clinica Ostetrico - Ginecologica - P.O. Chieti	1.653	9,0%	0,6	5,2	1.620
PROGRAMMA - P.O. Chieti - Patologia Medica	1.339	9,3%	1,1	10,2	3.049
UOC - P.O. Chieti - Neonatologia, TIN e Nido	1.251	0,0%	0,7	5,8	2.764
UOC - P.O. Chieti - Clinica Medica	1.246	11,9%	1,1	10,0	3.042
UOC - Clinica Geriatrica - PP.OO. Ortona Chieti - UOC	1.235	11,3%	1,0	7,4	2.798
UOC - P.O. Lanciano - Medicina interna	1.023	7,2%	1,1	11,6	3.174
UOC - Cardiologia e UTIC - P.O. Chieti	853	3,5%	1,5	9,9	5.107
UOC - P.O. Lanciano - Pediatria e Nido	840	10,5%	0,4	4,2	1.395
UOC - P.O. Vasto - Ostetricia e ginecologia	746	5,1%	0,5	4,9	1.413
UOC - P.O. Vasto - Geriatria	741	5,1%	1,1	9,0	3.154
UOC - Clinica Ortopedica e Traumatologica - P.O. Chieti	700	19,6%	1,5	6,9	4.905
Transitorio - P.O. Guardiagrele - Medicina generale	640	18,9%	0,9	10,4	2.423
UOC - P.O. Atessa - Medicina Interna	615	8,3%	1,0	9,1	2.909
UOSD - P.O. Vasto - Pediatria e Nido	586	7,0%	0,5	4,1	1.424
Totale	24.282	8,6%	1,0	8,5	3.300

Anno: 2014

Accessi con codice rosso seguiti da ricovero - analisi ricoveri per Unità operativa

Unità operativa	Numero ricoveri	% DRG LEA	Peso medio	Degenza media	Ricavo unitario DRG
UOC - Cardiologia e UTIC - P.O. Chieti	351	3,4%	1,6	10,5	5.249
PROGRAMMA - P.O. Chieti - Patologia Medica	190	3,2%	1,1	9,6	3.135
UOC - P.O. Chieti - Clinica Neurologica	156	3,8%	1,2	11,8	3.458
UOC - P.O. Chieti - Clinica Medica	143	6,3%	1,2	10,8	3.235
UOC - P.O. Lanciano - Neurologia	122	0,0%	1,3	9,7	3.661
UOC - P.O. Lanciano - Cardiologia e UTIC	110	0,0%	1,5	9,1	4.823
UOC - P.O. Lanciano - Medicina interna	77	7,8%	1,2	11,6	3.316
UOC - P.O. Chieti - Anestesia, Rianimazione e Terapia intensiva	72	1,4%	3,7	11,6	12.638
UOC - P.O. Chieti - Pneumologia	69	0,0%	1,5	14,2	4.810
UOC - Chirurgia generale - P.O. Lanciano	42	0,0%	2,6	8,8	8.058
UOC - P.O. Chieti - Clinica Chirurgica ad Indirizzo Toracico	37	2,7%	2,0	15,2	7.063
UOC - P.O. Chieti - Clinica Cardiochirurgica	37	0,0%	4,8	27,6	25.091
UOC - Clinica Pediatrica - PP.OO. Chieti - Ortona	33	24,2%	0,5	5,3	1.512
UOC - Anestesia, Rianimazione e Terapia intensiva - P.O. Lanc...	28	0,0%	4,1	12,6	12.922
UOC - Clinica Ortopedica e Traumatologica - P.O. Chieti	27	25,9%	2,0	12,9	6.944
Totale	1.756	3,5%	1,7	11,1	5.521

Anno: 2014

Accessi con codice giallo seguiti da ricovero - analisi ricoveri per Unità operativa

Unità operativa	Numero ricoveri	% DRG LEA	Peso medio	Degenza media	Ricavo unitario DRG
UOC - Clinica Pediatrica - PP.OO. Chieti - Ortona	1.483	14,5%	0,4	5,6	1.490
UOC - Clinica Geriatrica - PP.OO. Ortona Chieti - UOC	1.189	11,2%	1,0	7,5	2.810
PROGRAMMA - P.O. Chieti - Patologia Medica	1.126	10,1%	1,0	10,3	3.031
UOC - P.O. Chieti - Clinica Medica	1.082	12,5%	1,1	9,9	3.018
UOC - Clinica Ostetrico - Ginecologica - P.O. Chieti	1.039	9,8%	0,5	5,4	1.572
UOC - P.O. Lanciano - Medicina interna	922	7,0%	1,1	11,6	3.166
UOC - P.O. Vasto - Ostetricia e ginecologia	733	5,2%	0,5	4,9	1.410
UOC - P.O. Vasto - Geriatria	725	4,8%	1,1	9,0	3.124
UOC - P.O. Lanciano - Pediatria e Nido	678	9,9%	0,4	4,1	1.390
UOC - Clinica Ortopedica e Traumatologica - P.O. Chieti	620	18,9%	1,5	6,8	4.837
Transitorio - P.O. Guardiagrele - Medicina generale	608	19,1%	0,9	10,4	2.426
UOC - P.O. Atessa - Medicina Interna	588	8,2%	1,0	9,1	2.908
UOSD - P.O. Vasto - Pediatria e Nido	569	6,7%	0,5	4,1	1.420
UOC - P.O. Vasto - Medicina Interna	567	5,5%	1,1	8,4	3.255
UOC - Ortopedia e traumatologia - PP.OO. Lanciano - Atessa	460	10,7%	1,4	10,3	4.720
Totale	19.717	9,1%	1,0	8,5	3.135

Anno: 2014

Accessi con codice verde seguiti da ricovero - analisi ricoveri per Unità operativa

Unità operativa	Numero ricoveri	% DRG LEA	Peso medio	Degenza media	Ricavo unitario DRG
UOC - P.O. Lanciano - Pediatria e Nido	156	13,5%	0,4	4,4	1.426
UOC - Clinica Ostetrico - Ginecologica - P.O. Chieti	141	8,5%	0,5	4,4	1.399
UOC - Clinica Pediatrica - PP.OO. Chieti - Ortona	73	17,8%	0,4	5,5	1.286
UOC - P.O. Lanciano - Ostetricia e ginecologia	25	8,0%	0,5	4,6	1.382
UOC - P.O. Chieti - Neonatologia, TIN e Nido	25	0,0%	0,7	4,8	2.755
UOC - P.O. Lanciano - Medicina interna	24	12,5%	1,0	10,1	3.037
UOC - Clinica Geriatrica - PP.OO. Ortona Chieti - UOC	23	26,1%	0,9	5,5	2.560
UOC - Ortopedia e traumatologia - PP.OO. Lanciano - Atessa	22	22,7%	0,8	3,8	1.664
UOC - P.O. Atessa - Medicina Interna	22	13,6%	1,0	10,8	2.571
Transitorio - P.O. Guardiagrele - Medicina generale	18	27,8%	0,9	10,4	2.318
UOC - Chirurgia generale - P.O. Lanciano	17	17,6%	1,2	6,2	3.373
PROGRAMMA - P.O. Chieti - Patologia Medica	16	25,0%	0,9	7,6	2.608
UOSD - P.O. Vasto - Pediatria e Nido	15	20,0%	0,5	3,6	1.511
UOC - P.O. Chieti - Clinica Medica	15	13,3%	0,9	11,7	2.773
UOC - P.O. Vasto - Ortopedia e traumatologia	14	7,1%	1,2	5,0	3.852
Totale	761	14,2%	0,7	6,2	2.292

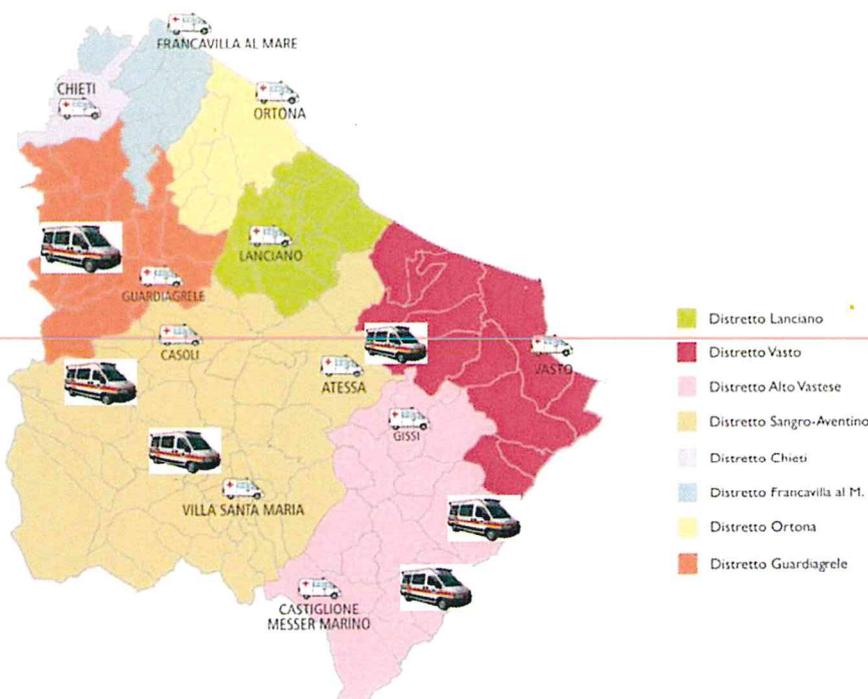
Anno: 2014

Accessi con codice bianco seguiti da ricovero - analisi ricoveri per Unità operativa					
Unità operativa	Numero ricoveri	% DRG LEA	Peso medio	Degenza media	Ricavo unitario DRG
UOC - P.O. Chieti - Neonatologia, TIN e Nido	812	0,0%	0,6	5,5	2.326
UOC - Clinica Ostetrico - Ginecologica - P.O. Chieti	469	7,2%	0,6	4,8	1.796
UOC - Clinica Pediatrica - PP.OO. Chieti - Ortona	103	7,8%	0,5	5,3	1.514
UOC - Cardiologia e UTIC - P.O. Chieti	100	3,0%	1,6	7,7	5.439
UOC - P.O. Chieti - Chirurgia Vascolare	85	2,4%	1,7	6,1	5.792
UOC - P.O. Chieti - Clinica Chirurgica ad Indirizzo Toracico	80	11,3%	1,8	10,4	5.829
UOC - P.O. Chieti - Patologia Chirurgica	78	6,4%	1,4	6,7	4.625
UOC - P.O. Chieti - Clinica Urologica	50	22,0%	1,0	6,9	2.973
UOC - P.O. Chieti - Pneumologia	50	4,0%	1,2	17,7	4.060
UOC - P.O. Chieti - Clinica Cardiochirurgica	45	4,4%	3,8	20,3	18.069
UOC - Clinica Ortopedica e Traumatologica - P.O. Chieti	41	24,4%	1,4	5,5	4.607
UOC - P.O. Chieti - Clinica Oftalmologica	22	77,3%	0,7	4,8	1.362
P.O. Chieti - Area chirurgica per intensità di cura	22	0,0%	2,5	7,5	8.777
UOC - P.O. Chieti - Anestesia, Rianimazione e Terapia intensiva	19	0,0%	4,7	18,0	16.745
UOC - P.O. Chieti - Clinica Neurologica	18	16,7%	0,9	26,7	2.763
Totale	2.048	5,6%	1,0	6,8	3.362

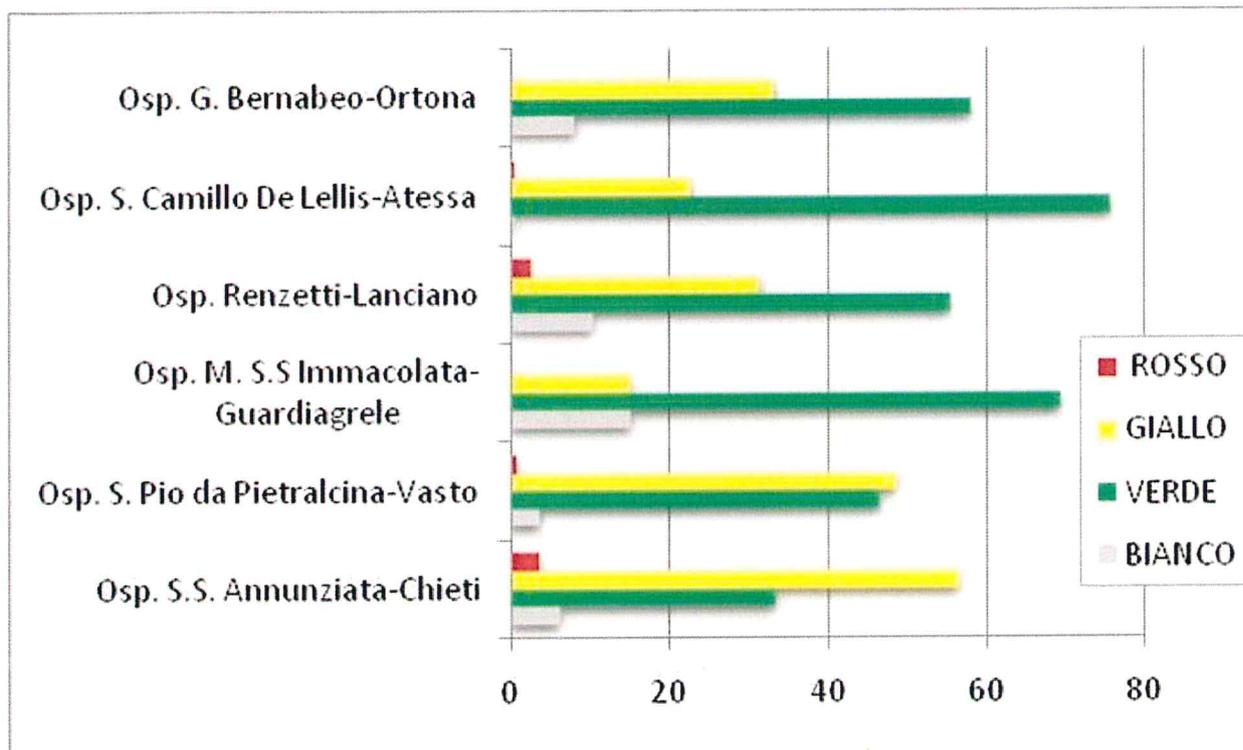
La tabella delle distanze dal comune di residenza al Pronto Soccorso percorse in occasione dell'accesso e il tempo impiegato, sono costi che si aggiungono. Il tempo medio totale (che somma il tempo di percorrenza, quello di attesa e di permanenza presso il PS) va da un minimo di due ore e mezzo di Ortona e Guardiagrele, ad un massimo di quattro ore e mezza nel Sangro Aventino e Alto Vastese. In queste zone (Aree Interne) le popolazioni fragili potrebbero trarre maggiore vantaggio dalla riorganizzazione della rete delle Cure Primarie proposte in questa sede.

Dalla valorizzazione delle attività del Pronto soccorso si ricava che l'82% delle risorse impiegate per le urgenze emergenze dei residenti, mentre il 18% delle risorse sono dedicate ai non residenti, di cui il 10% in Regione Abruzzo (prevalentemente Pescara) e il 6% extra Regione (Molise).

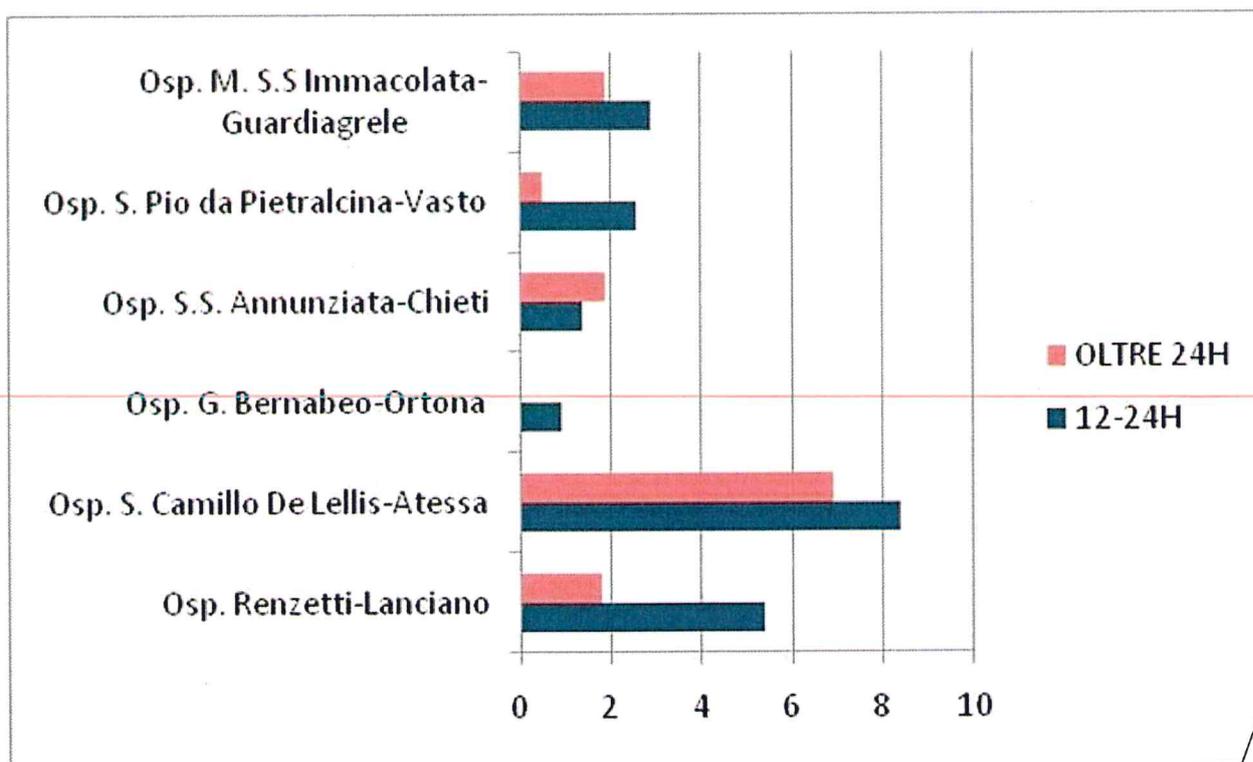
La figura affianco mostra la dislocazione delle postazioni 118 nel territorio della Asl Postazioni 118



Triage per accessi al Pronto Soccorso



Percentuale di permanenza al Pronto Soccorso



CAPITOLO 2 IL TERRITORIO

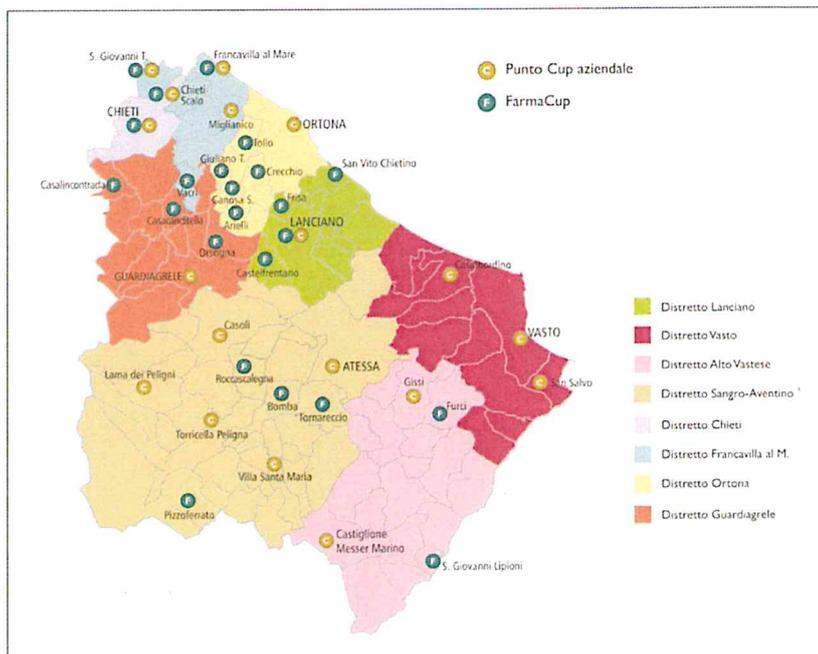
2.1 L'Attività di Specialistica Ambulatoriale

Nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) l'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale comprende tutte le prestazioni, finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione, erogate dai medici specialisti che operano negli ambulatori e nei laboratori del Servizio sanitario nazionale: le visite, la diagnostica strumentale (RX, TAC, Ecografia, ECG, ecc.) le analisi di laboratorio, le prestazioni terapeutiche, inclusi alcuni interventi chirurgici, la riabilitazione, e altro.

A tutti coloro che non sono esenti (per malattia o per reddito) è richiesta una quota di partecipazione al costo (ticket) di tali prestazioni.

L'assistenza specialistica ambulatoriale afferisce all'area più ampia dell'assistenza territoriale, anche se gli ambulatori ed i laboratori possono essere dislocati presso le strutture di ricovero. Il numero totale delle prestazioni specialistiche erogate nel territorio è pressochè stabile nel biennio 2012-2013 (941.439 – 855.356), mentre per l'anno 2014 si evidenzia un calo notevole (790.578) e se la proiezione per l'anno 2015 si avvicinerà al dato reale, avremo un calo ulteriore (648.232). In particolare si registra una contrazione nell'erogazione delle prestazioni del Dipartimento medico e della Salute Mentale,

ma non sono tali da escludere una variabilità



Prestazioni di specialistica ambulatoriale per Dipartimento

	Anno 2012		Anno 2013		Variaz. % 2012-2013		Anno 2014		Proiezione Anno 2015		Variaz. % 2014-2015	
	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore
Dipartimento Medico	384.059	10.724.730	261.411	5.515.567	-31,93%	-48,57%	277.475	6.690.908	298.078	6.587.236	+7,43%	-1,55%
Dipartimento Chirurgico	181.409	3.618.413	174.380	6.457.686	-3,87%	+78,47%	178.937	6.745.801	175.942	7.105.964	-1,67%	+5,34%
Dipartimento Cuore	57.269	1.656.996	54.925	1.728.693	-4,09%	+4,33%	54.907	1.696.357	58.672	1.746.859	+6,86%	+2,98%
Dipartimento di Radiologia	114.743	6.079.004	144.323	8.068.140	+25,78%	+32,72%	73.819	4.181.923	-	-	-	-
Dipartimento Materno Infantile	61.174	1.228.225	56.939	1.247.153	-6,92%	+1,54%	54.448	1.300.655	56.950	1.764.340	+4,60%	+35,65%
Dipartimento Oncologico	123.569	5.537.476	143.343	6.837.685	+16,00%	+23,48%	137.248	6.639.899	44.358	1.389.000	-67,68%	-79,08%
Dipartimento Salute Mentale	19.216	341.935	20.035	351.074	+4,26%	+2,67%	13.744	230.660	14.232	233.510	+3,55%	+1,24%
Totale ASL	941.439	29.186.779	855.356	30.205.998	-9,14%	+3,49%	790.578	27.486.203	648.232	18.826.909	-18,01%	-31,50%

dovuta ai meccanismi di adeguamento del sistema di raccolta e registrazione dei dati e di miglioramento della qualità, che è notevolmente aumentato negli ultimi anni. Ciò è confermato dall'apprezzabile incremento nelle branche di radiologia e oncologia.

2.2 C.U.P. - Centro Unico di Prenotazione

Il Servizio Cup Aziendale svolge funzioni di back office (gestione e programmazione delle agende di prenotazione), front office (per la raccolta delle prenotazioni e la riscossione) e monitoraggio del sistema (in particolare dei tempi di attesa).

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti, sul proprio sito internet aziendale ha attivato la funzionalità del CUP online, utilizzabile e consultabile da qualsiasi utente e non prevede alcuna registrazione su portale.

CUP			
ANNO	ASSISTITI GESTITI	PRESTAZIONI PRENOTATE	PRESTAZIONI REGOLARIZZATE
2013	897.924	429.443	3.026.585
2014	939.919	405.246	3.261.252
1° SEM 2015	514.048	268.680	1.790.462

CALL CENTER			
ANNO	ASSISTITI GESTITI	PRESTAZIONI PRENOTATE	PRESTAZIONI REGOLARIZZATE
2013	122.823	111.353	
2014	123.082	115.381	
1° SEM 2015	44.506	42.226	

FARMA CUP			
ANNO	ASSISTITI GESTITI	PRESTAZIONI PRENOTATE	PRESTAZIONI REGOLARIZZATE
2013	33.894	27.534	50.070
2014	38.113	28.417	63.590
1° SEM 2015	21.473	13.493	45.406

CUP			
ANNO	ASSISTITI GESTITI	PRESTAZIONI PRENOTATE	PRESTAZIONI REGOLARIZZATE
2013	85,1%	75,6%	98,4%
2014	85,4%	73,8%	98,1%
1° SEM 2015	88,6%	82,8%	97,5%

CALL CENTER			
ANNO	ASSISTITI GESTITI	PRESTAZIONI PRENOTATE	PRESTAZIONI REGOLARIZZATE
2013	11,6%	19,6%	0,0%
2014	11,2%	21,0%	0,0%
1° SEM 2015	7,7%	13,0%	0,0%

FARMA CUP			
ANNO	ASSISTITI GESTITI	PRESTAZIONI PRENOTATE	PRESTAZIONI REGOLARIZZATE
2013	3,2%	4,8%	1,6%
2014	3,5%	5,2%	1,9%
1° SEM 2015	3,7%	4,2%	2,5%

Le prestazioni vengono distinte in prenotazioni effettuate per fissare l'appuntamento e numero di prestazioni autorizzate dal punto di vista amministrativo e contabile (regolarizzate) dopo la loro esecuzione.

Dal semplice calcolo delle percentuali riferite al triennio 2013 - 2015 degli assistiti gestiti dagli sportelli CUP in confronto al Call-Center e alle FarmaCup, risulta che l'85% degli assistiti che si rivolgono agli sportelli CUP nel 2013-2014, si è passati all'88.6% del 2015 con un aumento di più di 3 punti percentuali; per il CallCenter si passa da un 11% degli anni 2013-14 ad un 7.7% cioè con un ribasso del 4% circa; per il Farma Cup invece gli accessi rimangono costanti nel triennio (3.2-3.5-3.7%).

Mentre, analizzando le prestazioni

prenotate nei punti CUP, nei periodi considerati, si evidenzia una percentuale in aumento pari a 7-9% delle prestazioni prenotate agli sportelli CUP, una diminuzione del 6-8% delle prestazioni al call-center e un calo dell'1% delle prestazioni al FarmaCup.

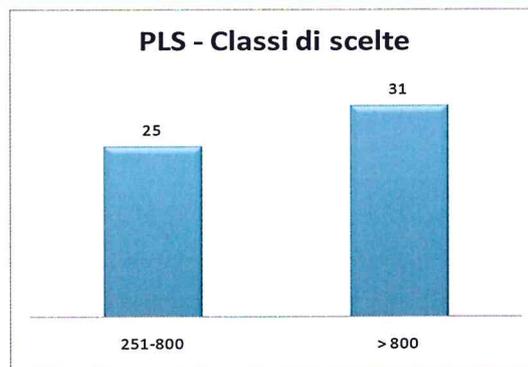
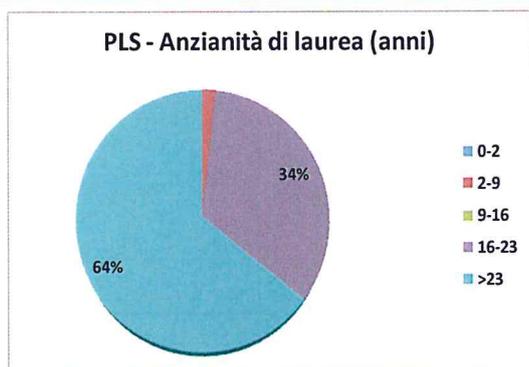
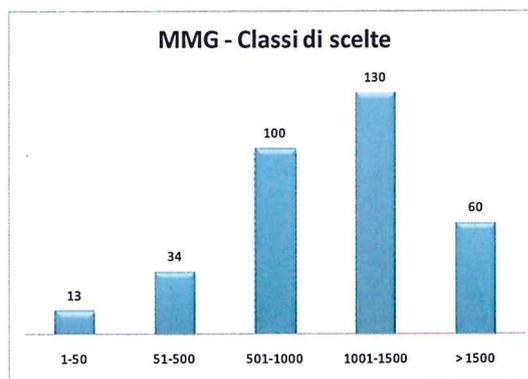
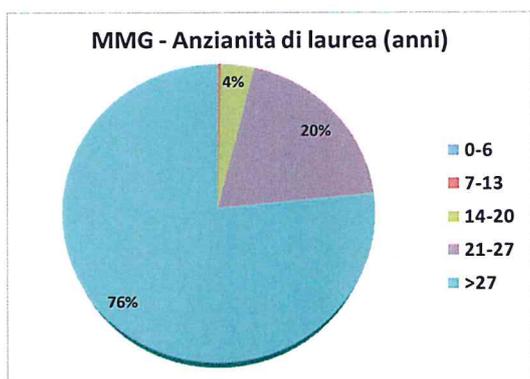
2.3 La Medicina generale e pediatria

In Azienda nel 2014 sono convenzionati 332 Medici di Medicina Generale (MMG), 54 Pediatri di Libera Scelta (PLS) e 151 medici di Continuità Assistenziale (CA) di cui 80 titolari, 55 sostituti e 16 reperibili.

DISTRETTO	ASSISTENZA PRIMARIA	PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
CHIETI	47	6
GUARDIAGRELE	28	5
FRANCAVILLA AL MARE	45	10
ORTONA	26	5
LANCIANO	50	8
SANGRO-AVENTINO	47	7
VASTO	69	11
ALTO VASTESE	20	2
	332	54

Tra i MMG il numero di medici uomini è il 76% (39% tra i PLS), il numero di medici che usufruiscono di indennità per attività in forma associativa è il 70% (80% tra i PLS) e il numero di medici che usufruiscono di indennità per collaborazione informatica è l'86% (75% tra i PLS).

Il grafico a torta mostra che il 76% (tre MMG ogni quattro) ha una anzianità di laurea di oltre un quarto di secolo e un altro 20% di oltre 20 anni, ciò sta ad indicare sia una competenza legata alla lunga esperienza, sia uno scarso indice di ricambio generazionale e di adesione alle novità dello sviluppo tecnico-scientifico. La distribuzione dei MMG per classi di numerosità di scelte evidenzia lo stesso problema della scarsità di medici giovani (con poche scelte) e preponderanza di MMG massimalisti. Analogo discorso vale per i Pediatri.



Per quanto riguarda il servizio di Continuità assistenziale nel 2013 i punti di Guardia Medica in Asl sono stati 28, con 166.160 ore totali di guardia per 100.148 contatti effettuati (6 contatti ogni 10 ore).

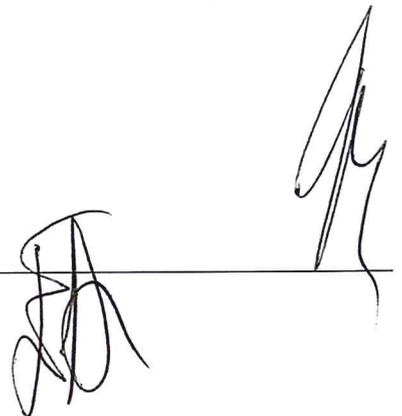
Il servizio di Continuità assistenziale va profondamente rivisto in relazione al decreto Commissariale n. 61 del 27/8/2013 e integrato con il sistema di emergenza e urgenza.

La Conferenza Stato-Regioni il 7 febbraio 2013 ha approvato le linee di indirizzo per la continuità assistenziale nel territorio. Il provvedimento punta alla riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale. Le finalità da perseguire per favorire una piena integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri nell'ambito dell'emergenza urgenza e delle cure primarie sono:

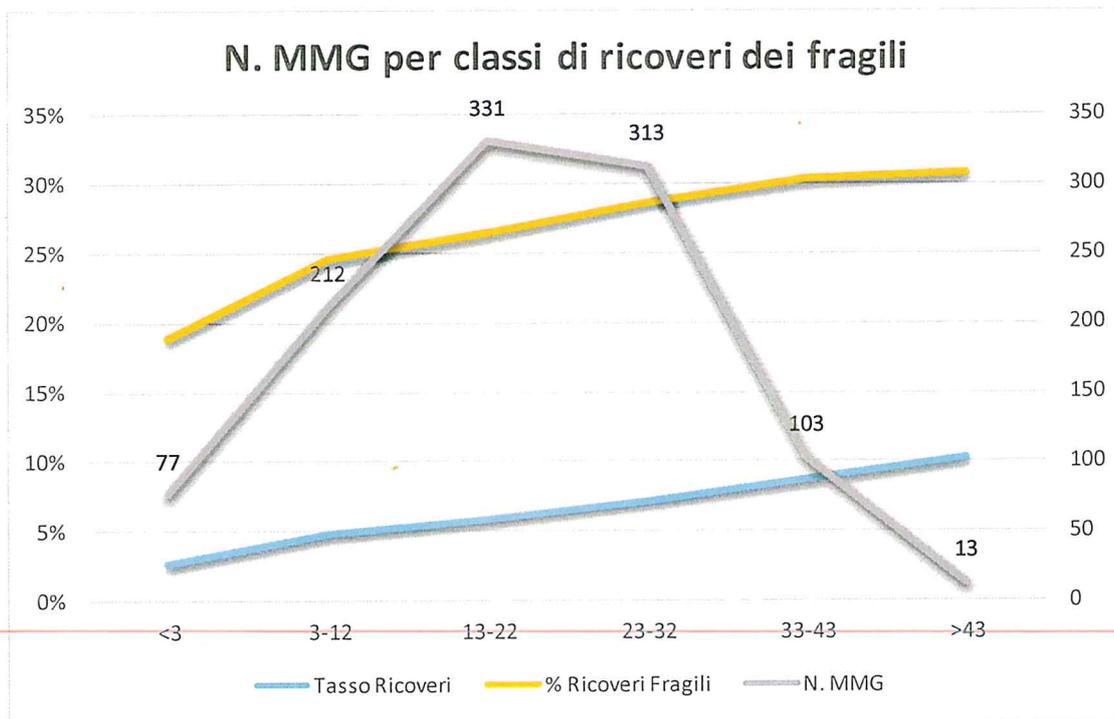
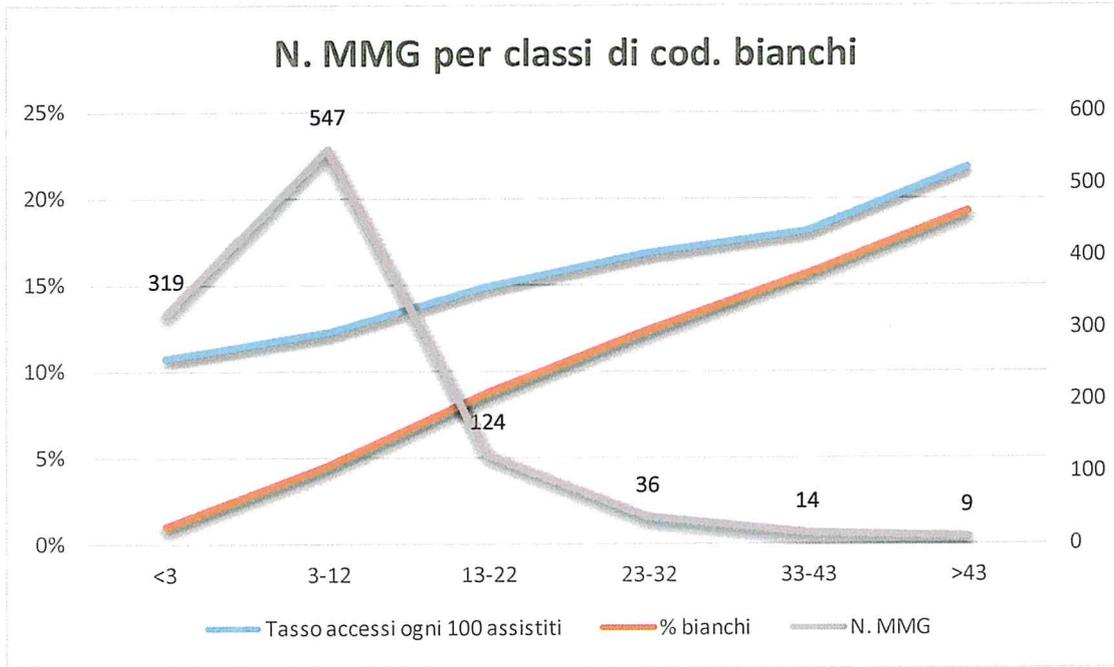
- adottare sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, centralizzando almeno su base provinciale le chiamate al servizio di continuità assistenziale, condividendo con il Sistema di emergenza-urgenza le tecnologie, e integrando i sistemi informativi regionali lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni del 118 e delle Continuità assistenziali;
- realizzare presidi territoriali multi professionali per le cure primarie, utilizzando le strutture ospedaliere riconvertite in punti di assistenza territoriali, potenziando ambulatori e forme di aggregazione già esistenti ma anche e soprattutto mettendo in rete e riorganizzando i punti di erogazione dell'assistenza territoriale nell'ambito dei Distretti;
- realizzazione all'interno dei PS e del Dea di percorsi separati clinico-organizzativi dei pazienti classificati dai sistemi di triage con codici di gravità rossi e gialli distinti da quelli verdi e bianchi, anche con l'invio di questi ultimi a team sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero;
- garantire, per il paziente a bassa complessità assistenziale, la continuità di cura attraverso percorsi agevolati che prevedano eventualmente la prenotazione per esami e ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi, adottando apposite procedure per l'invio alla rete delle cure primarie, attivando ogni possibile collegamento tra gli specialisti del Pronto soccorso e la rete degli ospedali territoriali governata dal Distretto.

La tabella successiva mostra la distribuzione dei medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta per alcune caratteristiche anagrafiche, delle scelte in carico degli indicatori sanitari dei singoli medici, dell'Azienda Lanciano – Vasto – Chieti con la Regione Abruzzo.

- Il 27% dei medici è genere femminile nella stessa misura tra la Asl 02 e Abruzzo;
- I medici della ASL 02 sono mediamente più anziani della media regionale (2% in meno prima dei 54 anni e 4% in più oltre);
- I medici della ASL 02 sono dislocati in maggior misura nelle zone di cintura e periferiche;
- È maggiormente rappresentato (4% in più) medici che hanno da 500 a 1000 scelte e meno oltre le 1000 scelte, tutto nella ASL 02;
- La percentuale degli assistiti anziani o di alta e media fragilità è equivalente a quella regionale; mentre, come evidenziano nel capitolo 1 "quadro epidemiologico", nella ASL 02 sono presenti più soggetti con 1 o più patologie croniche in particolare quelle cardiovascolari;
- I valori degli indicatori riferiti ai ricoveri sono inferiori che nel resto della regione, mentre di segno contrario sono gli accessi al pronto soccorso, gli accessi ripetuti, i codici bianchi e verdi;
- Il costo pro-capite per MMG degli accessi al pronto soccorso è del 12.8% in più che nel resto della regione;
- Il costo pro-capite per MMG dei ricoveri ospedalieri totali, invece, è praticamente simile a quello regionale.



Regione Abruzzo		MMG e PLS 2014	
Indicatori	ASL		Regione
	Chieti		
MMG e PLS	318	1.049	
% Femmine	27%	27%	
Età 45-54	10%	12%	
Età 55-65	81%	77%	
Età >65	9%	10%	
Polo	15%	37%	
Cintura	61%	53%	
Periferico	24%	11%	
<500 Scelte	13%	14%	
500-1000 scelte	27%	23%	
1000-1500 scelte	44%	46%	
> 1500 scelte	16%	18%	
Indicatori % assistiti	Chieti	Regione	
% assistiti > 60 anni	35,2%	34,2%	
% assistiti > 80 anni	9,5%	9,3%	
Alta Fragilità	2,4%	2,1%	
Media Fragilità	6,5%	6,5%	
Indicatori % assistiti > 60 anni	Chieti	Regione	
Una patologia cronica	37,8%	35,9%	
Due o più patologie croniche	12,4%	10,8%	
Diabete	13,4%	13,0%	
Malattie CardioVascolari	19,6%	16,5%	
Bpco	1,8%	1,5%	
Demenza	1,1%	0,9%	
Indicatori per singolo MMG	Chieti	Regione	
Ricoveri	68,1	70,4	
Urgenti	26,1	27,3	
Potenz. impropri	16,0	18,1	
Ripetuto o urgente >1 o improprio	17,7	19,6	
Accessi al PS	149,8	133,7	
Accessi ripetuti	32,0	29,0	
Codici Bianchi al Ps	10,8	7,4	
Codici Bianchi o Verdi al Ps	77,8	65,9	
Codici Rossi o Gialli al Ps	71,7	58,5	
Codici Rossi al Ps	4,2	2,6	
Accessi da mezzanotte alle 8:00	32,0	29,0	
Importo pro-capite (MMG)	Chieti	Regione	
Accessi PS	€ 11.398,28	€ 9.939,36	
Ricoveri Totali	€ 258.468,36	€ 256.270,93	
Totale Importo pro-capite	€ 269.866,63	€ 266.210,29	
Costi salvabili /anno	€ 23.650.274	€ 83.132.144	



2.4 A.D.I. - Assistenza domiciliare integrata

L'Asl Lanciano vasto Chieti garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali nel proprio domicilio denominati "cure domiciliari" consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, generalmente erogate dal Comune di residenza della persona. Il bisogno clinico-assistenziale viene accertato tramite idonei strumenti di valutazione multiprofessionale e multidimensionale che consentono la presa in carico globale della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI) sociosanitario integrato.

L'assistenza domiciliare è, dunque, un servizio compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in grado di garantire una adeguata continuità di risposta sul territorio ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, anche anziane, e dei disabili ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione della disabilità.

La variabilità degli accessi di Assistenza Domiciliare Integrata presentati in tabella, rappresenta una chiara evidenza di quale direzione deve prendere il sistema di erogazione di tali prestazioni: un maggiore impegno sulla puntuale raccolta e registrazione dei dati di attività, prima programmata, poi svolta.

Distretto	Accessi ADI semestre 2014	1° Accessi per 100 abitanti
Vasto-Costa sud	1962	2,9%
Sangro-Aventino	5429	12,7%
Alto Vastese	670	4,8%
Chieti	9173	21,9%
Francoavilla al Mare	7317	16,5%
Guardiagrele	8379	31,4%
Lanciano	7011	13,9%
Ortona	9334	32,5%
Totale Asl2	49.275	15%

Bisogna sviluppare le competenze del personale ed orientarne i comportamenti al fine di rendere fruibili ed efficaci le prestazioni sanitarie all'interno di un più complesso sistema informativo aziendale .

"la prestazione sanitaria non si esaurisce nella pura esecuzione delle pratiche cliniche e assistenziali, ma viene portata a termine solo dopo la registrazione precisa e tempestiva delle attività svolte, fornire la possibilità di una chiara e trasparente verifica di quanto eseguito; rendere contestabile e migliorabile la qualità; garantire la corretta e pubblica rendicontazione, Rappresentano la vera garanzia di una corretta erogazione"

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI	ALTRI OPERATORI	TOTALE
ore di assistenza erogata	31%	52%	17%	100%
<i>di cui anziani</i>	32%	51%	17%	100%
<i>di cui malati terminali</i>	20%	62%	18%	100%
accessi degli erogatori	35%	59%	5%	100%
<i>di cui anziani</i>	35%	56%	8%	100%
<i>di cui malati terminali</i>	22%	73%	6%	100%

ASL 202 - Numero di accessi per Capitolo	Diagnosi	tipo operatore	3. infermiere	4. medico specialista	5. medico esperto in cure palliative	8. fisioterapista	9. logopedista	Totale complessivo	%
Capitolo 1	Malattie infettive e parassitarie (001-139)		87			390		477	0,4%
Capitolo 2	Tumori (140-239)		2862	8	1	360		3231	3,0%
Capitolo 3	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari (240-279)		1769	4		422		2195	2,0%
Capitolo 4	Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)		18			10		28	0,0%
Capitolo 5	Disturbi mentali (290-319)		817			179		996	0,9%
Capitolo 6	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)		2009	2	1	1562		3574	3,3%
Capitolo 7	Malattie del sistema circolatorio (390-459)		2511	10		1719		4240	3,9%
Capitolo 8	Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)		1220	2		502		1724	1,6%
Capitolo 9	Malattie dell'apparato digerente (520-579)		528	1		230		759	0,7%
Capitolo 10	Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)		61			79		140	0,1%
Capitolo 11	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)		69			59		128	0,1%
Capitolo 12	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)		5718	4		1789		7511	6,9%
Capitolo 13	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)		695	1		766		1462	1,3%
Capitolo 14	Malformazioni congenite (740-759)		127					127	0,1%
Capitolo 15	Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)		2			10		12	0,0%
Capitolo 16	Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)		1174	3		3732		4909	4,5%
Capitolo 17	Traumatismi e avvelenamenti (800-999)		2092	2		5451		7545	6,9%
Capitolo V	Diagnosi non indicata		671		1	1095		1767	1,6%
Totale complessivo			50396	46	5	17188	536	68171	62,5%
%			66,8%	0,1%	0,0%	32,6%	0,5%	100,0%	

Solo ASL 02 - SIAD 2014 - Numero accessi per tipo prestazione (informazione facoltativa)										
Capitolo	Diagnosi	0. Tipo non definito	1. Visita domiciliare (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio)	2. Prelievo ematico	3. Esami strumentali	4. Trasferimento competenze/ educazione del caregiver / colloqui / nursing / addestramento	6. Terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione	7. Terapia infusionale SC e EV	8. Emotrasfusione	9. Gestione ventilazione meccanica - tracheostomia - sostituzione canula - broncoaspirazione ossigenoterapia
Capitolo 1	Malattie infettive e parassitarie (001-139)	395		4				11		
Capitolo 2	Tumori (140-239)	525	3	157			31	1201	15	38
Capitolo 3	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari (240-279)	486	1	85			38	1040	5	9
Capitolo 4	Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)	15		4			1	7		
Capitolo 5	Disturbi mentali (290-319)	208		46				67		5
Capitolo 6	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	1650	2	96	1		66	180		59
Capitolo 7	Malattie del sistema circolatorio (390-459)	1776	1	260			4	331		54
Capitolo 8	Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	479		35	5		8	431		377
Capitolo 9	Malattie dell'apparato digerente (520-579)	272	2	6			3	199		
Capitolo 10	Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	80		11				19	1	
Capitolo 11	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	59		17				9		
Capitolo 12	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)	2144		114	1		9	449	1	7
Capitolo 13	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	768	1	60				79		
Capitolo 14	Malformazioni congenite (740-759)	10		24						
Capitolo 15	Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	1								
Capitolo 16	Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	3729		119			47	294	2	19
Capitolo 17	Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	5489	2	194			37	217		
Capitolo V	Diagnosi non indicata	1100	2	87			13	149		2
Totale complessivo		18688	62	2076	25	1404	7153	12	36	2971
		37874	76	3395	32	1685	11836	36	36	3541

Capitolo	Diagnosi	10. Gestione nutrizione enterale (SNG PEG)	11. Gestione nutrizione parenterale - gestione c.v.c.	12. Gestione cateterismo urinario - gestione comprese le derivazioni urinarie	13. Gestione alvo comprese le enterostomie	14. Igiene personale e mobilizzazione	15. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post atiniche,	16. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche,	17. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici	18. Trattamento di rieducazione motoria - respiratoria	19. Trattamento di rieducazione del linguaggio
Capitolo 1	Malattie infettive e parassitarie (001-139)		53	4			7	3			
Capitolo 2	Tumori (140-239)	24	353	17	181		367	319			
Capitolo 3	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari (240-279)	181	28	25	7		68	222			
Capitolo 4	Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)						1				
Capitolo 5	Disturbi mentali (290-319)	48		66			8	486		67	
Capitolo 6	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	277	2	118	15		678	430			
Capitolo 7	Malattie del sistema circolatorio (390-459)	41	5	35	4		79	943			
Capitolo 8	Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	122	1	3	1		93	110		54	
Capitolo 9	Malattie dell'apparato digerente (520-579)	24	3	5	124			121			
Capitolo 10	Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)			6				13	10		
Capitolo 11	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)			1	2			31			
Capitolo 12	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)	208		107	5		775	3676	1		
Capitolo 13	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)			24	5	48		406	71		
Capitolo 14	Malformazioni congenite (740-759)	34			45			23			
Capitolo 15	Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)			2							
Capitolo 16	Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	63		51	22		92	433		38	
Capitolo 17	Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	3	6	189	13		730	665			
Capitolo V	Diagnosi non indicata	2	21	29	156		150	212			
Totale complessivo		484	990	2334	2069	60	14572	25307	1	206	482

Per quanto riguarda l'indicazione delle diagnosi di riferimento per l'attività di assistenza domiciliare, l'Asl 02 ha fatto lo sforzo di segnalare, unica in Regione, le diagnosi per tipo di operatore e tipo di prestazione.

Le tabelle riportate rilevano la difficoltà di registrazione del dato diagnostico (62.5% non indicato), ma evidenzia che le patologie segnalate sono riferite a traumatismi ed avvelenamenti (6.9%) e malattie del sistema circolatorio (3.9%).

Il 66.8% delle prestazioni è infermieristiche ed il 32.6% è fisioterapico, mentre i tipi di prestazioni prevalenti sono di medicazione semplice e complessa e di terapia iniettiva.

2.5 Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità costituisce un'innovativa modalità assistenziale di tipo intermedio. A luglio 2012 è stato inaugurato un Ospedale di Comunità presso la PTA di Gissi di 10 posti letto, a settembre 2015 è stato inaugurato l'Ospedale di comunità presso il P.T.A. di Casoli con 10 posti letto.

Motivo richiesta	Frequenza	Percentuale
gestione fine vita	24	7,7%
inquadramento diagnostico/terapeutico	26	8,4%
mobilizzazione/riabilitazione	63	20,3%
solievo al care giver	10	3,2%
stabilizzazione quadro clinico	78	25,1%
terapia in ambiente protetto	110	35,4%
Totale	311	100%

Come si evince dalle tabelle dei dati, l'Ospedale di Comunità di Gissi risponde alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute di solito risolvibili a domicilio (Motivo di richiesta) ma che, in particolari pazienti, in condizioni di particolare fragilità

sociale e sanitaria (si veda l'età elevata e la tipologia di assistenza), pazienti molto anziani o soli, affetti da più malattie che si scompensano facilmente, richiedono di essere assistiti in un ambiente sanitario protetto. L'Ospedale di Comunità rappresenta un ponte o, si può anche dire, un cuscinetto tra l'ospedale e i servizi territoriali, per tutte le persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici,

GENERE			
Età	F	M	TOTALE
< 70	12	32	44
70-79	52	31	83
80-89	78	59	137
>= 90	34	14	48
TOTALE	176	136	312

ma che hanno comunque bisogno per alcune settimane di un'assistenza sanitaria (la durata media della degenza 20,4 giorni, con una mediana di 18 gg.), che non potrebbero ricevere a domicilio.

ANNO DI RICOVERO			
Mese di ricovero	2012	2013	2014
Gen	0	15	14
Feb	0	15	10
Mar	0	12	6
Apr	0	14	16
Mag	0	14	10
Giu	0	7	19
Lug	4	16	16
Ago	10	8	13
Set	11	10	0
Ott	10	8	0
Nov	7	14	0
Dic	14	19	0
TOTALE	56	152	104

L'Ospedale di comunità non va inteso come una struttura ex novo, ma come la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti, nell'ambito di un nuovo modello organizzativo, parte delle cosiddette Cure intermedie, così come previsto dallo sviluppo strategico della Rete delle Cure Primarie.

Tipologia assistenza	Frequenza	Percentuale
prevalenza sanitaria	166	53,4%
sanitario	3	1,0%
sociale	11	3,5%
socio-sanitario	131	42,1%
Totale	311	100%

Motivo di Dimissione	Frequenza	Percentuale
decesso	35	11,6%
dimissione volontaria	14	4,6%
fine programma	192	63,6%
trasferimento in ospedale per acuti	33	10,9%
trasferimento in RA o RSA	10	2,9%
trasferimento in struttura ex art. 26	18	6,0%
Totale	302	100%

CAPITOLO 3 I CONTI

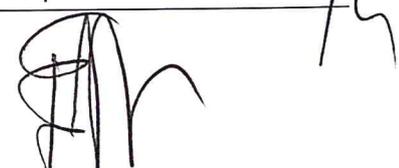
3.1 L'Andamento storico dei risultati economici

Le dinamiche evidenziate finora nella Parte 2 del documento si riflettono anche nell'andamento economico descritto nelle pagine seguenti.

Valore Produzione 2012-2014.

CONTO ECONOMICO			
SCHEMA DI BILANCIO	Consuntivo 2014	Consuntivo 2013	Preventivo 2012
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
1) Contributi in c/esercizio	700.466.658	683.568.300	688.681.373
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-9.905.246	-2.794.046	-633.711
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	10.772.886	12.685.840	9.952.098
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	88.158.756	80.437.664	89.339.703
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	5.538.690	5.405.323	4.187.024
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	10.458.717	13.203.955	12.594.576
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	11.129.073	10.694.312	11.349.430
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	2.046.839	2.619.780	741.513
Totale A)	818.666.373	805.821.128	816.212.006
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
1) Acquisti di beni	114.507.205	107.415.840	108.006.204
2) Acquisti di servizi sanitari	342.092.220	342.361.600	340.895.351
3) Acquisti di servizi non sanitari	52.051.431	56.134.113	53.642.705
4) Manutenzione e riparazione	14.434.131	11.159.859	13.391.978
5) Godimento di beni di terzi	6.146.450	6.563.828	6.060.766
6) Costi del personale	237.427.310	237.037.868	235.773.652
7) Oneri diversi di gestione	2.206.790	2.686.826	2.805.850
8) Ammortamenti	13.035.011	13.027.198	13.716.787
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-
10) Variazione delle rimanenze	1.317.166	-1.106.780	4.896.696
11) Accantonamenti	21.545.974	18.174.848	23.964.097
Totale B)	804.763.686	793.455.199	803.154.086
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	13.902.687	12.365.929	13.057.920
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			
Totale C)	-290.601	-471.275	-1.151.739
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE			
Totale D)	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI			
Totale E)	4.549.013	300.386	-3.633.140
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	18.161.098	12.195.041	8.273.041
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO			
Totale Y)	17.947.781	17.799.822	17.169.162
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	213.318	-5.604.781	-8.896.122

Tuttavia, il permanere dell'incertezza sulla riconversione del presidio di Guardiagale (a causa dei procedimenti giudiziari ancora pendenti innanzi al Consiglio di Stato), nuove emergenze (in particolare la ben nota dichiarazione di non idoneità statica di 2 corpi di fabbrica del PO di Chieti da parte del Tribunale), l'attivazione e l'entrata a regime di nuove linee di attività anche in conseguenza del fallimento "ex Villa Pini" (con l'attivazione di un quarto modulo assistenziale territoriale per accogliere i pazienti ex Maristella e di un



secondo Hospice a Torrecchia Teatina) senza che fossero in alcun modo modificati i criteri di riparto del FSR (che anzi per il 2013 ha visto una contrazione in termini monetari, per la prima volta nella storia del SSN), hanno comportato un significativo e scarsamente controllabile aumento delle principali voci di costo.

Analisi incidenza voci di costo su totale costi della produzione

Di seguito viene riportata un'analisi dei principali aggregati di costo:

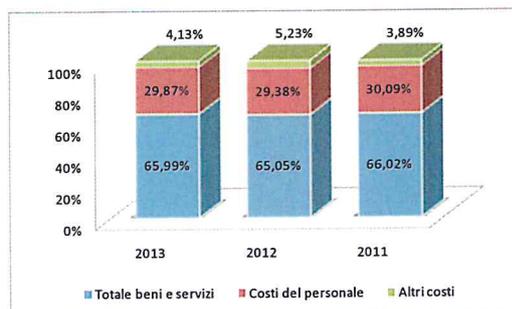
Riparto delle voci di costo e incidenza sul totale						
Voci	Consuntivo 2014		Consuntivo 2013		Consuntivo 2012	
	Valore	% su totale	Valore	% su totale	Valore	% su totale
(Valori in migliaia di €)						
Totale Costi della Produzione	804.763	100%	793.456	100%	803.155	100%
Totale beni e servizi	508.651	63,21%	505.912	63,76%	502.544	62,57%
Totale beni	114.508	14,23%	107.416	13,54%	108.006	13,45%
<i>Beni sanitari</i>	<i>111.442</i>	<i>13,85%</i>	<i>104.143</i>	<i>13,13%</i>	<i>104.881</i>	<i>13,06%</i>
<i>Beni non sanitari</i>	<i>3.066</i>	<i>0,38%</i>	<i>3.273</i>	<i>0,41%</i>	<i>3.125</i>	<i>0,39%</i>
Totale servizi	394.143	48,98%	398.496	50,22%	394.538	49,12%
<i>Servizi sanitari</i>	<i>342.092</i>	<i>42,51%</i>	<i>342.362</i>	<i>43,15%</i>	<i>340.895</i>	<i>42,44%</i>
<i>Servizi non sanitari</i>	<i>52.051</i>	<i>6,47%</i>	<i>56.134</i>	<i>7,07%</i>	<i>53.643</i>	<i>6,68%</i>
Manutenzioni e riparazioni	14.434	1,79%	11.160	1,41%	13.392	1,67%
Godimento beni di terzi	6.146	0,76%	6.564	0,83%	6.061	0,75%
Costi del personale	237.427	29,50%	237.038	29,87%	235.774	29,36%
Oneri diversi di gestione	2.207	0,27%	2.687	0,34%	2.806	0,35%
Ammortamenti	13.035	1,62%	13.027	1,64%	13.717	1,71%
Svalutazione crediti		0,00%		0,00%		0,00%
Variazione delle rimanenze	1.317	0,16%	-1.107	-0,14%	4.897	0,61%
Accantonamenti dell'esercizio	21.546	2,68%	18.175	2,29%	23.964	2,98%

3.2 - Acquisto di beni

La spesa sanitaria è qui illustrata nelle sue due principali componenti: i Prodotti farmaceutici e sanitari acquistati e utilizzati dall'Azienda per l'erogazione in forma diretta e la Farmaceutica Convenzionata.

La prima registra un andamento crescente dei costi, in particolare di prodotti farmaceutici, dovuti all'aumento dei prezzi delle specialità farmaceutiche destinate alle terapie oncologiche, cardiovascolari e immunitarie.

Il costo complessivo della Farmaceutica Convenzionata presenta invece un andamento più o meno costante negli anni. Dalla tabella di lato si riportano, delle annualità 2012-2013-2015 e I sem 2015, i valori economici come da Bilancio consuntivo 2014, e l'incidenza degli stessi sul totale dei costi di produzione.



L'obiettivo da perseguire per il triennio 2016/2018 sarà pertanto il contenimento della Spesa Farmaceutica sia ospedaliera che territoriale mediante la definizione di progetti di attività che consentano di coniugare l'appropriatezza delle cure con le risorse economiche disponibili, meglio sviluppata nella parte III.

Spesa farmaceutica e beni sanitari e incidenza su Costo della Produzione - valori in/1000. Anni 2012-2013-2014 e semestre 2015

Spesa farmaceutica e beni sanitari	2012	2013	2014	I semestre 2015
prodotti farmaceutici	48.044	49.869	54.563	64.663
dispositivi medici	36.814	51.885	52.282	52.613
farmaceutica da convenzione	72.943	72.384	72.654	73.549
totale	157.801	174.138	179.499	190.825
<i>costi della produzione</i>	<i>-793.455</i>	<i>-803.154</i>	<i>-804.767</i>	<i>-809.931</i>
INCIDENZA	-19,89%	-21,68%	-22,30%	-23,56%

Proporzione di Test HPV POSITIVI I° livello screening (1.634/13.983)	11,70%
Proporzione Pap Test di triage POSITIVI - Test 2° livello Screening (611/1.634)	37,40%
Proporzione di donne invitate in colposcopia - REFFERAL RATE = donne invitate a colposcopia / donne scremate (611/13.983)	4,40%