RELAZIONE DIRETTORE GENERALE

Parlare del piano di reingegnerizzazione della rete ospedaliera implica necessariamente fare alcune considerazioni preliminari che risultano essere basilari nella valutazione di quanto è stato deciso per il futuro della sanità teramana.

Questa amministrazione regionale ha colmato un gap nei **finanziamenti** alla Asl di Teramo che fino a qualche tempo fa penalizzava fortemente le politiche di sviluppo della nostra azienda.

La Asl di Teramo ha ottenuto oltre 75 milioni di euro in più rispetto al bilancio 2018 ed è stato aumentato il tetto di spesa del personale di oltre 6 milioni di euro, tutto questo ci ha consentito, superando il divario storico di finanziamenti rispetto alle altre Asl d'Abruzzo, di aumentare le prestazioni sanitarie, effettuare investimenti, assumere e stabilizzare il personale.

La Asl ha già da tempo varato un programma di **rinnovo del parco tecnologico** con fondi propri. In più la missione 6 del Pnrr, che per la Asl di Teramo prevede stanziamenti per un totale di 15,6 milioni di euro, destina corposi investimenti all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti.
Nel corso del 2022 e del 2023 questi fondi sono stati destinati dunque anche all'acquisto di **grandi macchinari**, come le Tac di Teramo, Atri e Giulianova, ecografi e apparecchiature radiologiche telecomandate. Nel 2024 proseguiranno gli acquisti con le risonanze magnetiche di Sant'Omero e Atri, e molto altro. In totale, per l'innovazione tecnologica dei nostri presidi saranno investiti più di 7 milioni in attrezzature e relative opere per l'installazione. Alla fine di questa operazione tutti i presidi ospedalieri saranno dotati di Tac e risonanze magnetiche di nuova generazione. A proposito di grandi apparecchiature proprio in questi giorni si sta perfezionando l'acquisizione di un robot "Da Vinci" che porterà notevoli miglioramenti sia in termini di risultati dell'intervento chirurgico che per la qualità di vita dei pazienti. Ma innovazione è anche adeguarsi all'evoluzione digitale. Il Pnrr è anche digitalizzazione. La nostra Asl ha progetti importanti con investimenti per oltre 3 milioni di euro.

Tutto questo sta avendo già tangibili effetti positivi. Mi riferisco in particolare alla **mobilità passiva e attiva**. Guardando i valori complessivi riferiti alla mobilità extra regione dei ricoveri ordinari e diurni emerge che la mobilità nel 2022 si è ridotta rispetto al 2019 di circa 4.000.000 ed è invariata rispetto al 2021 con l'interruzione del trend in crescita che aveva caratterizzato il 2021 rispetto al 2020 grazie alle azioni poste in essere nel 2022, volte all'aumento di produzione dei nostri ospedali. Altra nota positiva è rappresentata dalla variazione di mobilità attiva. Nel 2022 rispetto al 2021 la mobilità attiva è aumenta di quasi 600.000 euro per pazienti intra regione e di oltre 550.000 euro per pazienti extra regione.

Ma scendiamo nei dettagli di quanto prevede il DGR 683-C 2023 per la Asl di Teramo.

DEA II LIVELLO

Nulla è ancora deciso per il Dea di II livello. Il fraintendimento di qualcuno è stato dovuto dall'errore materiale presente a pag. 17 (tabella 14) del piano in cui veniva usata la parola Dea di II livello al posto di Hub. Errore che è stato rettificato dall'Addendum allegato al DGR 683-C 2023.

Evidentemente chi ha lanciato l'allarme, a voler pensar bene, non era a conoscenza delle correzioni. Inoltre mi piace sottolineare che i parametri per i quali si identificano i presidi ospedalieri sono indicati chiaramente nel Dm 70, che oltre al numero degli accessi per i pronto soccorso prevede la presenza di determinate discipline che ora grazie alla nuova rete ospedaliera la Asl di Teramo possiede.

118

La scelta regionale di assegnare le centrali operative del 118 all'Aquila e l'area metropolitana Pescara Chieti è stata già prevista nel Dca 95 del 2015 e confermata nel Dca 79/2016. A tal proposito la Asl di Teramo ha istituito già da anni una Uoc del 118 ricordando che non è l'individuazione della centrale operativa che rende la gestione dell'emergenza efficace ma che essa sia coordinata adeguata e soprattutto tempestiva.

POSTI LETTO e UNITA' OPERATIVE

Rispetto al Dca 79 del 2016 l'attuale piano di reingegnerizzazione della rete ospedaliera dispone un aumento dei posti letto per la Asl di Teramo sia per acuti che post acuti (cioè riabilitazione e lungodegenza). Do qualche numero: nel precedente piano il totale dei posti letto per acuti era 883, ora è 952. Di questi, i posti letto post acuti erano 57 nel piano del 2016 ora sono 107 e per la prima volta vengono attribuiti posti letto di riabilitazione che prima non venivano identificati. Questo rappresenta un importante passo avanti perché la riabilitazione ha un grande valore a livello assistenziale dando risposte a forti esigenze della popolazione. Più in generale il numero di posti letto assegnatici soddisfa le esigenze dell'azienda. Permettetemi a margine di far notare che per un numero superiore di posti letto l'azienda con le attuali strutture non dispone di spazi sufficienti. Infine sottolineo che l'identificazione dei posti letto è stata fatta non solo in base ai requisiti del Dm 70 ma anche in base alle esigenze segnalate dai cittadini attraverso le associazioni dei malati: un esempio fra tutti riguarda l'aumento di posti letto per la Nefrologia da 4 a 8.

Il nuovo piano prevede anche un aumento di unità operative: l'ospedale di Teramo cioè l'ospedale Hub ha avuto 3 Uoc in più rispetto al Dca 79 (Neurochirurgia, radiologia interventistica e fisica sanitaria).
Soprattutto riguardo alle prime due, quanto disposto dal piano ha una doppia valenza. Da una parte sono indispensabili perché l'ospedale di Teramo possa ambire a diventare Dea di II livello. Dall'altra rappresentano un presidio importante a difesa della salute e della sicurezza dei nostri pazienti.

Con l'aumento di Uosd e Uos (in totale sono diventate 80 rispetto a 52 del 2016) di particolare rilievo è l'attribuzione di una Uos di Terapia Intensiva Neonatale con due posti letto ordinari. Vorrei rispondere a coloro che hanno messo in dubbio che la nostra Tin non sia in rete con le altre Tin della regione Abruzzo: è ribadito a chiare lettere a pag. 29 del piano.

L'istituzione della Tin per la Asl di Teramo è stata una scelta indubbiamente coraggiosa del nostro Assessore regionale, volta a garantire una sempre maggiore sicurezza ai neonati importante anche considerando le attuali difficoltà di collegamento viario con gli altri ospedali sedi di Tin. Voglio inoltre sottolineare che anche l'istituzione della Tin ci rende idonei alla candidatura per un Dea di II livello.

DEPOTENZIAMENTO

E ora veniamo al presunto depotenziamento degli ospedali di Atri e Sant'Omero. Ci troviamo ancora una volta a spiegare il nuovo modello organizzativo su cui si muove la sanità che potremmo definire 4.0. Si tratta di un modello che definirei integrato in cui tutti e quattro gli ospedali concorrono con diverse attività e specializzazioni a dare un'offerta sanitaria unica e adeguata alle esigenze dei cittadini.

L'assetto organizzativo della Asl è determinato in base a studi sulle nostre esigenze e gli ospedali lavorano in base alle loro potenzialità: mettere in collegamento più presidi non significa depotenziarli ma creare una rete.

Una delle critiche riguarda la perdita di autonomia delle unità operative trasformate da Uoc in Uosd o Uos, io direi che invece il **collegamento virtuoso fra due unità operative è una risorsa**. L'autonomia di una piccola unità operativa nel nuovo modello di sanità spesso è un vincolo e un elemento di fragilità.

In parole povere non ha senso replicare **nei quattro ospedali inutili doppioni** ma ha invece un notevole valore fornire in ogni ospedale alte professionalità e specializzazioni in grado di dare risposte efficaci ai bisogni di salute.

Questo modello è tanto più valido quando riguarda la **creazione di una rete** che mette in collegamento e in stretta coordinazione due reparti della stessa specialità.

È questo il nucleo del progetto che vede coinvolte le unità operative di ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Teramo e Sant'Omero che sono strettamente interdipendenti. Non solo: il collegare in rete unità operative dell'ospedale Hub e dell'ospedale spoke ci consente anche di creare un "circuito funzionale" in grado di gestire la carenza dei medici quei pochi che riusciamo a reperire, vista le carenze a livello nazionale, vogliono lavorare nell'ospedale hub.

E non ha senso temere che la mancata effettuazione di un concorso pubblico da direttore di Uoc sia pregiudizievole rispetto alla qualità di prestazioni offerte dal reparto. Basta guardare indietro nel tempo per capire che a dirigere le unità operative negli ospedali spoke è quasi sempre personale locale, interno alla Asl perché difficilmente uno specialista di una realtà più grande e lontana sceglie di andare in un piccolo ospedale. Tutto questo per noi è un'occasione preziosa per valorizzare le alte professionalità espresse dal nostro territorio.

Ma oltre a questo si sta lavorando alla valorizzazione individuale degli ospedali spoke attivando nuove forme organizzative come il week surgery e il day surgery.

Ovviamente per quanto concerne alcune strutture sono in corso di valutazione delle modifiche in sede di atto aziendale che sarà proprio lo strumento operativo per attuare quanto detto finora.