



*Azienda Ospedaliera Nazionale  
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo  
Alessandria*

# **Working Paper of Public Health**

## **Nr. 01/2017**



La serie di *Working Paper of Public Health* (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni *online* ed *Open Access*, *progressiva* e *multi disciplinare* in *Public Health* (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#); [Google Scholar](#); [Academic Journals Database](#);

#### Comitato Scientifico:

Prof. Balduzzi Renato	Dr.ssa Baraldi Giovanna
Prof. Bellomo Giorgio	Dr. Bertetto Oscar
Dr. Cappelletti Mauro	Dr. Casagrande Ivo
Dr. Coccia Mario	Dr.ssa Corbascio Caterina
Dr.ssa Cosimi Maria Flavia	Dr.ssa Costanzo Paola
Dr.ssa Degiovanni Daniela	Dr. D'Incalci Maurizio
Dr.ssa Falavigna Greta	Dr. Ferretti Gabriele
Dr.ssa Franzone Paola	Dr.ssa Gambarini Lorella
Dr. Gazzolo Diego	Dr. Guaschino Roberto
Dr. Ladetto Marco	Dr. Lera Riccardo
Dr. Levis Alessandro	Dr. Musante Francesco
Dr. Numico Gianmauro	Dr. Petrozzino Salvatore
Dr. Spinoglio Giuseppe	

#### Comitato di Direzione:

Dr. Antonio Maconi  
Dr.ssa Federica Grosso  
Dr. Ennio Piantato

#### Responsabile:

Dr. Antonio Maconi  
telefono: +39.0131.206818  
email: [amaconi@ospedale.al.it](mailto:amaconi@ospedale.al.it)

#### Segreteria:

Roberto Ippoliti, Ph.D.  
telefono: +39.0131.206819  
email: [rippoliti@ospedale.al.it](mailto:rippoliti@ospedale.al.it)

#### Norme editoriali:

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Responsabile Scientifico di redazione verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Responsabile valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per il WP (i.e. *peer*

*review*). L'utilizzo del *peer review* costringerà gli autori ad adeguarsi ai migliori *standard* di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Responsabile Scientifico su cosa fare del manoscritto (i.e. *accepted* o *rejected*).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. *double blinded*).

#### Diritto di critica:

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata *on line* in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato (i.e. [rippoliti@ospedale.al.it](mailto:rippoliti@ospedale.al.it));
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, se applicabile, i codici di classificazione JEL (scaricabili al sito: [http://www.econlit.org/subject\\_descriptors.html](http://www.econlit.org/subject_descriptors.html)) e le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia; Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: *Original Articles* (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); *Brief Reports* (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure *Research Reviews* (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo *et al*; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.



*Titolo:* Conseguenze psicologiche e sociali dei terremoti nell'Italia centrale. Esperienza nell'Ambito Territoriale Sociale XXIV della Regione Marche. Novembre 2016.

*Autori:* Damiani T.;<sup>1</sup>

*Tipo:* Articolo originale

*Keywords:* terremoto; costo sociale; conseguenze psicologiche;

---

<sup>1</sup> Dipartimento di salute mentale, Asur Marche, Area Vasta 5 Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto.

Mail: [tiberio\\_damiani@libero.it](mailto:tiberio_damiani@libero.it)



L'ospedale di Amandola è stato evacuato nella notte del 24 agosto come anche la annessa RSA, ed è stato in quel momento l'edificio pubblico più importante colpito dal sisma nella Regione Marche. L'ospedale è una istituzione secolare al servizio di una zona ben più ampia degli undici comuni dell'ATS 24, e arriva a comprendere più di 20.000 abitanti delle province di Ascoli Piceno Fermo e Macerata e rientra nella tipologia degli ospedali montani. La scossa del 30 ottobre ha determinato la chiusura dei servizi ambulatoriali ancora attivi e del servizio dialisi che aveva appena ripreso a funzionare. Contemporaneamente è stato allestito il pronto soccorso nella zona di Amandola denominata Pian di contro, insieme ad un punto prelievi per le esigenze più immediate della popolazione.

### *I costi sociali della dislocazione della funzione di ricovero dell'Ospedale di Amandola*

La prima considerazione verte sui costi sociali che si vengono a determinare con la chiusura, auspicabilmente temporanea, dell'ospedale di Amandola ed il trasferimento presso l'ospedale di Fermo del reparto di medicina proveniente da Amandola. È evidente la difficoltà logistica degli spostamenti personali<sup>2</sup>, specie in inverno in zone montane, per effettuare un ricovero e soprattutto per assicurare la necessaria assistenza ai ricoverati, di età avanzata (in base alle caratteristiche demografiche dell'ATS 24) e quindi più bisognosi di assistenza personale. Sono da prevedere costi personali e familiari crescenti che il ministero della Sanità collega strettamente unificando tra gli indicatori di esito, quelli assistenziali clinici economici ed umanistici<sup>3</sup>.

### *INDICATORI DI ESITO*

- Documentano una modifica di esiti assistenziali: clinici (mortalità, morbilità), economici (costi diretti e indiretti) e umanistici (qualità di vita, soddisfazione dell'utente).
- Considerato che gli esiti clinici, oltre che dalla qualità dell'assistenza, sono influenzati da numerose determinanti (patrimonio genetico, fattori ambientali, condizioni socio-economiche), il principale elemento che condiziona la loro robustezza è il tempo trascorso dall'erogazione del processo.

<sup>2</sup> Amandola dista 45 chilometri circa da Fermo Ascoli e Macerata, i tre ospedali delle aree vaste 3, 4 e 5 dell'Asur. I tempi di percorrenza sono di circa un'ora per ognuno dei tre presidi. Ma se consideriamo la percorrenza da Montemonaco o Montefortino, questi tempi sono incrementati come anche le distanze.

<sup>3</sup> Francesco Dotta, La valutazione degli indicatori di processo e di outcome. Quaderni del Ministero della Salute (Link: <http://www.quadernidellasalute.it/download/press-area/cartella-stampa/10-luglio-agosto-2011/Prof.Francesco-Dotta.pdf>)



E la dislocazione della funzione di ricovero dall'Ospedale di Amandola a quello di Fermo, quali tempi lascia presupporre per il rientro e quali costi sono da prevedere per le famiglie? L'Organizzazione mondiale di Sanità nel suo recente documento "WHO Strategizing national health in the 21st century: a handbook"<sup>4</sup> indica la riduzione della spesa sanitaria privata con il miglioramento della offerta sanitaria pubblica, quale elemento di progresso nella erogazione dei servizi sanitari.

Si tratta non solo di trasporto, ma del tempo dedicato, della riorganizzazione del ritmo di vita familiare e personale, fatti che si sommano alla improvvisa fuga delle badanti avvenuta a stretto ridosso del 30 ottobre. Resta da studiare quali conseguenze si avranno per il reddito personale o familiare con la dislocazione dei ricoveri, ma anche quanto disagio psicologico ed emotivo, dei familiari e degli anziani, inciderà sulle condizioni sociali generali e sugli esiti clinici (durata di ricovero, ricoveri ripetuti...)<sup>5</sup>.

"La letteratura internazionale ha documentato effetti sulla salute dei disastri che si manifestano anche a distanza di anni dall'evento (mortalità, problemi di salute mentale, malattie cardiovascolari, disturbi del comportamento). Due fattori sembrano caratterizzare tali effetti: 1) i soggetti più vulnerabili (per età, per deprivazione sociale e per patologie concomitanti) sono quelli più esposti; 2) le soluzioni adottate per il governo del territorio e per il ricollocamento della popolazione che ha perduto la propria abitazione hanno un effetto rilevante sulla salute. La consapevolezza a priori del ruolo di entrambi i fattori può contribuire a programmare interventi volti a ridurre il carico degli effetti tardivi."<sup>6</sup>

Anche la attuale dislocazione, auspicabilmente temporanea, da Amandola degli ambulatori specialistici, comporta quali conseguenze per i cittadini? I tempi di attesa per la erogazione delle prestazioni nel presidio sono sempre stati ridotti con la conseguenza di avere un indice di attrazione elevato e ciò ha un denominatore unico: l'ospedale ed i suoi servizi svolgono un servizio di rete ampia. Quali opportunità o necessità si pongono per un adeguamento delle prestazioni specialistiche presso gli ambulatori più prossimi ad Amandola, ovvero Petritoli

<sup>4</sup> Link: <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/>

<sup>5</sup> Cfr: WHO Strategizing national health in the 21st century: a handbook (Pag 6): "In 2013, domestic resources represented 75% of total health spending in fragile states and low-income countries, and more than 95% in middle-income countries. (WHO estimates 2016, based on the 2009 "Financing for Development Conference"). Notably, however, these domestic resources are often not optimally distributed, neither geographically nor among various income quintiles. Out-of-pocket expenditures remain unacceptably high. (In 2013, out-of-pocket expenditures represented 49% of total health expenditures in this group of countries, while public expenditures represented only 39% of total health expenditures). This trend also suggests the need to reduce fragmentation and duplication among the different programmes, thereby increasing efficiency within and outside the health sector."

<sup>6</sup> Link: <http://www.epiprev.it/sites/default/files/Documento-finale-congresso-AIE-IAquila-2016.pdf>



Comunanza, e Sarnano che pure è in piena zona gravemente danneggiata dal sisma, al fine di garantire una assistenza specialistica meno dislocata dall'ATS 24.

La specialistica dell'ospedale di Amandola prevede: nefrologia, neurologia, cardiologia, odontoiatria, diabetologia, ginecologia, medicina legale, psichiatria e psicologia, terapia infusiva, terapia del dolore, diagnostica strumentale (tac, radiologia convenzionale, ecodoppler, ecg dinamico, monitoraggio dinamico della pressione). Queste specialità svolgono un servizio di rete ben più ampio dei 20000 abitanti che afferiscono all'ospedale per i ricoveri. E non si può trascurare il ruolo dell'ospedale per tutelare i non rari incidenti determinati dal turismo montano, che ha anche un ruolo economico non indifferente grazie alle strutture recettive con carattere familiare in crescita.

E' amaro parlare di un argomento tanto personale e diffuso non solo nell'ATS 24 ma anche in tutte le altre zone duramente colpite dai sismi ripetuti, allo stesso tempo misurare gli esiti di salute e gli indicatori sociali ed economici forse riuscirà a rendere più adeguata la programmazione della risposta in altre non augurabili emergenze. Il recente congresso della Associazione italiana di Epidemiologia (Aprile 2016) ha sottolineato nel Documento conclusivo l'importanza fondamentale che "le istituzioni sanitarie e della ricerca scientifica italiane si trovino in ogni momento preparate a intervenire con le proprie specifiche competenze, non solo per l'emergenza di un disastro, ma anche per la sorveglianza del post-emergenza".<sup>7</sup>

Fra l'altro un aspetto importante è stato garantire la omogeneità del gruppo di lavoro della medicina di Amandola e della RSA, come anche è avvenuto per la Coser di Force, anch'essa dislocata dapprima nella palestra comunale e poi in un'ala della Residenza protetta di Comunanza, che ha mantenuto il suo assetto non disperdendo gli ospiti o il gruppo degli operatori, garantendo così la continuità terapeutica ed assistenziale. La ricollocazione nelle sedi naturali delle strutture ha quali tempi prevedibili?

### *Il continuum storico ospedale di Amandola, territorio e Mmg*

Il secondo punto fondamentale svolto dal presidio ospedaliero di Amandola e dai suoi specialisti è costruire un clima di comunicazione tra specialisti ospedalieri, medici di medicina generale, servizi sociali e strutture socio sanitarie ed assistenziali, che ha avuto risvolti importanti nell'assicurare una assistenza alla popolazione, specialmente quella di

<sup>7</sup> Congresso di Primavera della Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE), L'Aquila 14-15 Aprile, 2016, Documento conclusivo.



maggior fragilità, di un ampio bacino.<sup>8</sup> Questa comunicazione in continuum è indicata come elemento fondamentale per un miglioramento degli esiti in sanità.<sup>9</sup>

Forse più di un terzo del lavoro complessivo dell'ospedale e dei suoi ambulatori è rivolto a persone non residenti nell'ATS 24. Per il DSM tale collaborazione significa ridurre le urgenze, i ricoveri specialistici e il numero dei pazienti che interrompono le cure. Quando un paziente che si sente consigliato dal medico una visita psichiatrica può essere un dato non facile da accettare, ma vedere che tra medico e specialista avviene un dialogo immediato ed una concertazione del programma terapeutico restituisce al paziente il senso di unità e riduce l'ansia di frammentazione tra diversi specialisti.

Questa cultura lavorativa costituisce un continuum tra ospedale mmg istituzioni sociali, e le strutture sanitarie e socio assistenziali che sono sorte nell'ATS. Intanto la integrazione ospedale territorio ADI medici di medicina generale e servizi sociali ha contenuto i costi di ricovero per le patologie croniche degenerative (cardiosclerosi, diabete e broncopneumopatia cronica)<sup>10</sup>. Ridurre i costi ospedalieri per la popolazione residente aumenta la capacità ricettiva e accentua il ruolo di ospedale di rete. Le valutazioni di esito complesse per la medicina generale e medicina di base sono collegate al miglior esito delle tre patologie sopracitate nella collaborazione ADI MMG. Se poi consideriamo gli aspetti sociali di questa integrazione abbiamo la parte speculare all'attuale disagio, vale a dire una maggior facilità nella assistenza personale ai pazienti sia nella fase di ricovero sia nella assistenza al domicilio.

Il continuum ha anche favorito la nascita di alcune strutture sanitarie ed assistenziali: il centro diurno di Comunanza attivo fin dalla gestione della Asl 24; la Coser di Force, nel 2011, che ospita 12 pazienti disabili psichici e fisici; la comunità agricola di Amandola, attiva da quasi trenta anni, che pur non avendo rapporto di convenzione con il SSN ospita pazienti con problematiche legate alla dipendenza; la Residenza Protetta Don Rino Vallorani di Comunanza che ha iniziato la sua attività a luglio 2016; la Azienda socio sanitaria Mancinelli di Montelparo, elemento storico quanto l'ospedale di Amandola, specializzata nella residenzialità per pazienti autistici adulti, con annessa casa di riposo; la comunità per minori rifugiati di Montefortino, e la comunità per ragazze madri a Montedinove, la casa di riposo di

<sup>8</sup> Cost Containment and the Tale of Care Coordination J. Michael McWilliams, M.D., Ph.D. in: N Engl J Med 2016; 375:2218-2220 December 8, 2016 DOI: 10.1056/NEJMp1610821

<sup>9</sup> Programma nazionale esiti (P.N.E.) Edizione 2015, sintesi dei risultati Ministero della Salute Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Link: [http://www.agenas.it/images/agenas/newsletter/nuova\\_2015/sintesi\\_pne\\_nazionale\\_2015.pdf](http://www.agenas.it/images/agenas/newsletter/nuova_2015/sintesi_pne_nazionale_2015.pdf)

<sup>10</sup> A health system is the aggregate of all public and private organizations, institutions, and resources mandated to improve, maintain or restore health. This includes both personal and population services, as well as activities to influence the policies



Montalto delle Marche e la struttura assistenziale e sanitaria di San Ginesio avevano anche come riferimento l'Ospedale e la sua specialistica. Si tratta di una rete di collaborazione tra soggetti pubblici e privati che risponde alle più attuali indicazioni della Organizzazione Mondiale della Sanità.<sup>11</sup>

Per lo specifico del DSM può sembrare poco, ma consideriamo i costi ospedalieri di ricovero in SPDC oppure i costi di una retta in Comunità terapeutica, allora abbiamo una chiave di lettura precisa dei benefici del continuum. A dimostrazione di questa collaborazione si può citare il fatto che l'ultimo TSO risale al 2012 e uno studio retrospettivo su 121 pazienti psicotici, per il periodo 1985-2014, ha messo in evidenza come 71 non siano mai stati ricoverati in SPDC e solo quattro siano stati ammessi a strutture residenziali.

Si è creata così spontaneamente una rete assistenziale differenziata, specializzata e complementare, con una serie importante di peculiarità. La prima è quella di costituire una rete intorno all'ospedale in grado di recepire i bisogni per le patologie complesse che richiedono una assistenza di lunga durata. La presenza di queste strutture non ha determinato un aumento dei ricoveri impropri presso l'ospedale di Amandola, ma semmai ha permesso ai pazienti di usufruire di servizi specialistici in tempi certi senza interruzione degli specifici programmi terapeutici e riabilitativi. Il secondo elemento che caratterizza queste strutture è la specificità, che quanto maggiore è tanto più amplia il bacino di utenza oltre i limiti dell'ATS 24.<sup>12</sup> Infine la rete di strutture risponde alle differenti necessità assistenziali dell'utenza, riduce i fenomeni di dislocazione che purtroppo caratterizzano la permanenza dei pazienti nelle strutture, spesso luoghi dimenticati dai servizi o dalle istituzioni che hanno effettuato il primo invio. E questo l'elemento di stabilità assistenziale che ora sarà da valutare nel tempo, mancando la funzione di ricovero dell'ospedale di Amandola e ancora non essendo riattivata la specialistica ambulatoriale.

---

and actions of other sectors to address the political, social, environmental, and economic determinants of health. Cfr: Strategizing national health in the 21st century: a handbook pag. 4 Box 1.

<sup>11</sup> La Coser di Force ospita un solo paziente proveniente dall'ATS 24 su dodici presenti (NHS to pilot ways to stop sending mental health patients long distances for treatment. *BMJ* 2016; 355 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i5339> (Published 03 October 2016) Cite this as: *BMJ* 2016; 355: i5339).

<sup>12</sup> WHO, *Strategizing national health in the 21st century: a handbook* pag: 16 "going beyond the boundaries of health systems, addressing the social determinants of health and the interaction between the health sector and other sectors in society;"



L'esperienza di questi anni di questo continuum assistenziale sociale e sanitario<sup>13</sup> permette di osservare anche come l'investimento di risorse abbia determinato una differenziazione della offerta assistenziale sociale e sanitaria, senza che si determinassero costi duplicati. Ad esempio la comunità agricola di Amandola ha avuto un solo paziente con necessità di ricovero specialistico in spdc, ma ha avuto almeno 6 o 7 pazienti con doppia diagnosi seguiti dal DSM. La Coser di Force ha avuto in cinque anni di attività tre ricoveri in SPDC per un totale di 15 giorni di degenza.

La autonomia delle singole strutture e dell'ospedale potrebbe avere una maggior integrazione finalizzata ad una formazione più approfondita degli operatori delle strutture e ad una attività di ricerca scientifica, riconducibile ai numerosi filoni di ricerca attuali. Ciò ovviamente non implica una gestione centralizzata delle singole realtà ma semplicemente una maggior efficacia e visibilità di un lavoro che in realtà è collettivo oltre che singolo.

#### *La fase della emergenza attuale*

La riflessione ulteriore che emerge in questo periodo di emergenza è la condizione di molti anziani che hanno perso la abitazione e con essa la rete di supporto familiare e sociale che li circondava. Poter contare su piccole strutture abitative per quattro sei posti letto in una frazione o nel centro urbano, destinate ad ospitare persone con autonomia complessiva parziale (che può riguardare la capacità di gestione della vita quotidiana, economica, relazionale, di movimento autonomo, di relazioni parentali...) che possano essere gestite sia da persone vicine sia da persone specializzate in ragione delle esigenze rilevate, significa intanto garantire un livello di assistenza locale maggiore per chi possa avere bisogno e significa anche ricreare lavoro nelle frazioni che altrimenti con la distruzione attuale rischiano semplicemente di chiudere.<sup>14</sup> Assicurare una assistenza domestica in questa forma di appartamenti a quanti si trovano in condizioni di progressiva indigenza e necessità in maniera non esclusiva per chi è residente permetterebbe anche di limitare le necessità subentranti degli anziani. Sarebbe così anche meno necessario e drammatico dover ricorrere a strutture dislocate dal territorio.

<sup>13</sup> "Il terremoto è una catastrofe condivisa dalla popolazione. Il significato sociale dell'assistenza e dei soccorsi offerti ai sopravvissuti può avere un ruolo nel migliorare la resilienza personale. I meccanismi di resilienza non devono essere ristretti a un livello individuale, ma essere considerati anche il risultato di una varietà di fattori a livello di gruppo. le persone, infatti, maturano in un contesto sociale che ha effetti profondi sul loro modo di affrontare gli stress della vita. E' verosimile che all'indomani del terremoto vi sia stato un aumento del capitale sociale che potrebbe essere stato protettivo.... il significato sociale delle cure e dell'assistenza offerte ai superstiti può avere avuto un ruolo nell'incrementare fattori di resilienza personale e sociale". Cfr: Gli effetti sulla salute del sisma dell'Aquila del 2009. P. Stratta et al. [http://www.epiprev.it/materiali/2016/EP2/AQUILA/EP16\\_2S1\\_022\\_rassegna2.pdf](http://www.epiprev.it/materiali/2016/EP2/AQUILA/EP16_2S1_022_rassegna2.pdf)



La seconda esigenza da fronteggiare in prospettiva è quella dei pazienti del DSM che ancora hanno l'appoggio delle famiglie ma che nel giro di qualche anno inizieranno a non averle più per motivi anagrafici. Una assistenza domiciliare esiste già ma poter contare su una rete di abitazioni collegate in un circuito locale di protezione diffusa sul territorio, sarebbe di grande utilità e di minor esclusione sociale se la gestione è poi assicurata da persone che già si conoscono.

### *Da ora in avanti*

In termini prospettici la perdita attuale della funzione di degenza dell'ospedale di Amandola, quale conseguenze sanitarie e sociali potrà avere sulle popolazione ad esso afferente, in particolare per le fasce più fragili?

Per evitare che la chiusura dell'Ospedale di Amandola avvenuta il 31 ottobre sia il preludio alla chiusura dell'intero distretto, ovvero sia il simbolo di una distruzione non solo materiale ma anche culturale e lavorativa è necessario che ci sia un chiaro impegno per la riattivazione.

L'ospedale di Amandola, per una tradizione consolidata che risale a prima della istituzione del Sistema sanitario nazionale e persistita attraverso le trasformazioni da Asl 24 all'attuale Area Vasta 4, svolge una funzione comprensoriale di rete ampia, per territorio che comprende oltre l'ATS 24 (che coincide con l'Unione Montana dei Sibillini: 14.772 residenti in territorio montano di superficie pari a 419,20 km<sup>2</sup> e con densità media di 35,25 ab./km<sup>2</sup>) almeno altri dieci comuni (Sarnano, Monte san Martino, Penna San Giovanni, San Ginesio, Gualdo, Servigliano, Monteleone di Fermo, Montalto delle Marche, Palmiano e Montegallo) per ulteriori 447 kmq e 15700 abitanti (densità 49,97 abitanti/Kmq).

Questa città ampia (750, 96 kmq, 30472 abitanti e densità 40,58 abitanti per km<sup>2</sup>) ha caratteristiche peculiari del proprio territorio: ha un ruolo economico produttivo importante (la zona industriale di Comunanza e tutto il suo indotto, le zone industriale ed artigianale di Amandola e Sarnano, le piccole e medie attività diffuse agricole e di trasformazione), ospita attività ricettive a carattere familiare anche collegate al Parco Nazionale dei Monti Sibillini, ed è da almeno due decenni il luogo in cui si stabilisce una immigrazione crescente che proviene da paesi del nord Europa, tutti elementi che fanno aumentare il ruolo dell'ospedale di Amandola.

---

<sup>14</sup> Interrogazione n. 90 presentata in data 4 dicembre 2015 a iniziativa del consigliere Fabbri "Presidio ospedalieri in zone particolarmente disagiate, ospedale di Cagli, casa della salute".



Allo stesso tempo questo modello di "città ampia" funzionale e non unificante, fondata sulle autonomie locali, non è dissimile da quanto si osserva nelle altre zone interne della Regione Marche colpite sia dal sisma sia dai tagli dei servizi.

L'ospedale di Amandola e le strutture socio sanitarie ed assistenziali rappresentano nel loro insieme un attivo importante socio-sanitario che si affianca ad un attivo industriale che ha consentito un impegno immediato di solidarietà a favore della zona distrutta nel sisma del 24 agosto; superano nel loro insieme i confini amministrativi e burocratici, dimostrano la efficacia della "integrazione a rete ampia dei servizi socio-sanitari"; inoltre l'ospedale di Amandola ed i suoi servizi specialistici hanno anticipato e mantenuto il concetto di servizi della Azienda Sanitaria Unica senza preclusioni per la erogazione di prestazioni. Ultimo ma non di minore importanza è stato il piccolo ma significativo ruolo svolto dalla Residenza Protetta di Comunanza che nella emergenza determinata dal sisma ha potuto far fronte alle difficoltà logistiche degli ospiti della Coser di Force e ad alcuni anziani terremotati ed ospitati insieme ai pazienti del DSM e dell'Umea dell'Area Vasta 5.

Il ruolo delle strutture diffuse sul territorio, sociali e sanitarie con diverse specificità per diversi gradi di necessità soggettiva degli ospiti, resta valido ed insostituibile e non avrebbe al contrario necessità di alcuna centralizzazione per permettere agli ospiti, in ragione delle potenzialità oggettive presenti, di avere una possibilità di sviluppare la socializzazione.



### *Conclusione*

L'esperienza descritta permette di vedere come un sistema sanitario sociale ed assistenziale integrato a rete ha come criterio di valutazione gli esiti complessivi e non la singola funzione di struttura. In questo senso la valenza di rete ampia svolta dall'Ospedale di Amandola e dalle strutture non si basa sulle singole prestazioni o sulla ricerca di indici di attrazione o fuga, di rilevanza relativa nell'ambito della stessa Azienda Sanitaria Unica Regionale, ma sugli esiti osservati. I termini "culturale e lavorativa" riguardo la esperienza descritta nell'ATS 24, fanno riferimento a tre punti salienti: agli esiti di salute complessivi di quanti saranno dislocati per ricevere assistenza; alla necessità di mantenere un modello di integrazione lavorativa e culturale territorio-ospedale-strutture che ha comportato risultati ed esiti importanti senza mai cadere nella logica "localistica" ma rimanendo in quella della complementarietà funzionale; alla crescita della rete di strutture assistenziali e socio sanitarie, che secondo le attuali concezioni sono fondamentali per integrare in maniera adeguata il lavoro ospedaliero con strutture recettive per tutta la fascia di residenzialità protetta di lungo termine.



### *Bibliografia di riferimento*

Francesco Dotta (2011). La valutazione degli indicatori di processo e di outcome. Quaderni del Ministero della Salute.

McWilliams J. Michael (2016). Cost Containment and the Tale of Care Coordination in: N Engl J Med 2016; 375:2218-2220 December 8, 2016 DOI: 10.1056/NEJMp1610821

Programma nazionale esiti (P.N.E.) Edizione 2015, sintesi dei risultati Ministero della Salute Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.