



PROGRAMMA ATTUATIVO

**(articolo 1, comma 3, del Piano di rientro di
riqualificazione e riorganizzazione del SSR Piemonte)**

ADDENDUM

2011

Indice dei capitoli e degli obiettivi
--

A. L'ACCORDO TRA LA REGIONE PIEMONTE E I MINISTERI DELLA SALUTE E DELL'ECONOMIA E FINANZA	7
B. IL PRIMO PROGRAMMA ATTUATIVO E LA SITUAZIONE ATTUALE.....	7
C. ULTERIORI OBIETTIVI REGIONALI	7
D. IL RAFFORZAMENTO DELLA CAPACITÀ DELLA REGIONE DI GOVERNARE IL SISTEMA.....	8
E. IL CONTO ECONOMICO TENDENZIALE 2010-2012	9
F. I COSTI L.A. TENDENZIALI 2010-2012	11
G. GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA ATTUATIVO	12
1. IL NUOVO SSR E LA RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI.....	12
1.1. La riforma del SSR del Piemonte.....	12
1.2. La rete dell'emergenza-urgenza	13
1.2.1. La ridefinizione della rete di emergenza territoriale	25
1.2.2. La ridefinizione della rete di emergenza ospedaliera	27
1.3. La rete di degenza	32
1.3.1. Il fabbisogno di prestazioni di acuzie	32
1.3.2. L'appropriatezza della rete ospedaliera della post-acuzie.....	39
1.3.3. Il fabbisogno di strutture organizzative.....	48
1.4. La Rete Territoriale.....	57

1.4.1.	Miglioramento dell’appropriatezza e presa in carico territoriale.....	58
1.4.2.	Razionalizzazione ed ottimizzazione della rete	65
1.5.	I laboratori d’analisi.....	80
1.5.1.	Riorganizzazione della rete dei laboratori	80
1.5.2.	Appropriatezza prescrittiva e di utilizzo.....	81
1.6.	La radiodiagnostica	84
1.6.1.	Appropriatezza prescrittiva	85
1.6.2.	Revisione della rete.....	85
2.	IL PERSONALE	87
3.	LA FARMACEUTICA TERRITORIALE.....	103
3.1.	Revisione del prontuario terapeutico regione piemonte (pt-rp) secondo il criterio delle categorie omogenee di farmaci ed in funzione delle ricadute sulla spesa farmaceutica territoriale.....	103
3.2.	Ridefinizione degli oneri alle farmacie per la distribuzione in nome e per conto (dpc).....	106
3.3.	Rafforzamento dell’attività di controllo sull’ appropriatezza prescrittiva da parte dei servizi farmaceutici delle asr anche per i farmaci per i quali non sono previste limitazioni di prescrizione per l’erogazione a carico del ssn	107
3.4.	Monitoraggio delle prescrizioni in dimissione da ricovero ospedaliero e visita ambulatoriale.....	109
4.	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA.....	111
4.1.	Appropriatezza dell’utilizzo dei farmaci oncologici ad alto costo.....	112
4.2.	Centralizzazione in farmacia delle preparazioni antiblastiche.....	114

4.3.	Unificazione delle procedure di gara.....	115
4.4.	Ottimizzazione dell'impiego dei farmaci stimolanti l'eritropoiesi nei pazienti uremici.....	115
4.5.	Ottimizzazione dell'impiego dei farmaci stimolanti l'eritropoiesi e stimolanti i fattori di crescita della serie granulocitaria nei pazienti oncologici.....	117
4.6.	Razionalizzazione d'uso dei farmaci per il trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare	119
4.7.	Monitoraggio dell'appropriatezza d'uso delle immunoglobuline endovena	120
5.	L'INTEGRATIVA E LA PROTESICA.....	122
5.1.	Appropriatezza prescrittiva e di utilizzo.....	123
5.2.	Implementazione e potenziamento di un sistema informativo.....	123
5.3.	Centralizzazione dell'acquisizione di beni e servizi e miglioramento delle condizioni economiche	123
5.4.	Riorganizzazione dei servizi di assistenza integrativa e protesica, della logistica e degli approvvigionamenti delle Asr	124
6.	ACQUISTI DI ALTRI BENI E SERVIZI.....	126
6.1.	Indicazioni alle aziende relative alle modalità di acquisto	127
6.2.	Standardizzazione domanda e appropriatezza utilizzo Dispositivi Medici	127
6.3.	Centralizzazione procedure di acquisto e criteri di valutazione dei prodotti	129
7.	ACQUISTO PRESTAZIONI DA PRIVATO.....	132

7.1.	Definizione dei contratti	132
8.	PROGETTI REGIONALI NELL'AMBITO DEL RIORDINO DEL SISTEMA	134
8.1.	LOGISTICA	134
8.1.1.	Riorganizzazione rete logistica e realizzazione delle piattaforme logistiche integrate.....	135
8.1.2.	Riorganizzazione dei percorsi fisici delle persone.....	135
8.2.	HTM HEALTH, technology management: riordino della spesa nel settore delle apparecchiature biomediche mediante azioni supportate dalla rete regionale dei servizi di ingegneria clinica.....	138
8.2.1.	HTM, Area Ospedaliera	138
8.2.2.	HTM Area Territoriale.....	143
8.3.	EDILIZIA SANITARIA.....	147
8.3.1.	Dismissione / Rifunzionalizzazione / Riconversione di alcuni presidi ospedalieri.....	151
8.4.	Tessera sanitaria.....	154
8.4.1.	Progetto Tessera Sanitaria evoluzione "Medici in Rete" art 1, comma 810 LF 2007 e DPCM 26/3/2008	154
8.4.2.	Progetto Tessera Sanitaria evoluzione "Sperimentazione Ricetta elettronica Ospedaliera specialistica" art 1, comma 810 LF 2007 e DPCM 26/3/2008	155
8.4.3.	Monitoraggio Tetti di spesa specialistica strutture private convenzionate tramite sistema TS.....	156
8.4.4.	DM 11/12/2009 Controllo regionale del diritto all'esenzione per reddito tramite Sistema TS	157

8.5. Sperimentazione gestionali	159
H. LE MANOVRE 2011-2012.....	160
I. IL CONTO ECONOMICO PROGRAMMATICO 2011-2012	162
J. LA PROGRAMMATICO 2011-2012.....	163

A. L'ACCORDO TRA LA REGIONE PIEMONTE E I MINISTERI DELLA SALUTE E DELL'ECONOMIA E FINANZA

Il Piano di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico (Piano di rientro) è stato redatto dalla Regione Piemonte ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30.12.2004 e s.m.i. e dell'articolo 2, comma 97, della legge 191/2009 ed è finalizzato alla stipula dell'accordo di cui all'articolo 14 dell'Intesa Stato – Regione del 3 dicembre 2009, rep n. 243/CSR, per la riattribuzione del maggior finanziamento per l'anno 2004. Infatti, il 29 luglio 2010 è stato sottoscritto l'accordo fra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte ufficializzato con DGR 415 del 2 agosto 2010 che approva il Piano di Rientro.

B. IL PRIMO PROGRAMMA ATTUATIVO E LA SITUAZIONE ATTUALE

Come previsto dall'art. 5, comma 1.b.ii dell'accordo tra la Regione Piemonte ed i competenti Ministeri, sottoscritto il 29 luglio 2010, è stato presentato un programma attuativo trasmesso in data 30/09/10.

Successivamente, la Regione in seguito alla verifica dei conti per la prima parte del 2010 e in rispetto delle nuove indicazioni e strategie politiche del nuovo Governo regionale, insediatosi ad aprile 2010, ha deciso di proporre il presente documento come addendum che sia coerente con il Piano di Rientro e con il Programma del 30/09/10, ma che preveda nuovi obiettivi e nuove azioni ad essi collegate con l'intenzione di sviluppare anche interventi sistematici e strutturali che generino effetti anche successivi al 2012.

C. ULTERIORI OBIETTIVI REGIONALI

Negli ultimi dieci anni si sta attuando quel cambiamento del quadro istituzionale determinato dalla modifica del Titolo V della Costituzione, per cui le Regioni divengono responsabili della pianificazione e del governo della sanità, mentre allo Stato spetta la missione di "garanzia della salute". I Patti per la Salute, approvati con l'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 e del 6 gennaio 2010, hanno indicato gli obiettivi di miglioramento delle capacità di servizio del settore sanitario e socio-sanitario e di miglioramento della qualità dell'assistenza in un quadro di convergenza tra le diverse Regioni Italiane. L'evoluzione degli strumenti di finanziamento e delle regole di austerità con l'eventualità di Commissariamenti nel caso di sforamenti sostanziali, evidenzia, in modo ancora maggiore, la necessità per la singola regione di dotarsi di un'organizzazione e di strumenti per governare il proprio sistema sanitario.

Il mancato incremento di risorse finanziarie del sistema e l'incremento della quantità e della qualità della domanda di prestazioni sanitarie causano, all'interno delle singole aziende sanitarie, dei conflitti che non possono essere risolti con piccoli interventi di risparmio, ma che richiedono interventi strutturali coinvolgendo l'intero sistema sanitario regionale.

A fronte dell'evoluzione appena presentata, la Regione Piemonte deve rafforzare la propria capacità di effettuare interventi sistematici e strutturali.

Inoltre la Presidenza della Regione aveva già preso la decisione politica di intervenire anche strutturalmente sulla Sanità Piemontese, dalla organizzazione delle funzioni dell'Assessorato alla organizzazione sul territorio, per eliminare vincoli e criticità che non consentivano e non avrebbero consentito di rendere efficaci eventuali provvedimenti di correzione del sistema nel suo complesso.

In estrema sintesi, osservando la struttura del Sistema Sanitario Piemontese si osserva come nel tempo il sistema sia cresciuto fino alla sua attuale configurazione con un insufficiente governo del sistema nel suo insieme. E' evidente che ciò è possibile solo con una regia centrale forte ed impegnata a mantenere coerenze di sistema.

L'intervento di riforma che l'Amministrazione attuale si è proposta di fare, ha come obiettivo la ridefinizione della struttura del sistema della rete sanitaria, perché solo così si ritiene di mantenere nel tempo sotto controllo il costo complessivo del sistema: in altre parole, senza questo intervento, il costo anche se pesantemente limitato da interventi drastici migliorerebbe solo nel breve periodo (e magari con qualche rischio sulla qualità delle prestazioni) e avrebbe rapidamente una nuova deriva di crescita se e quando i controlli fossero anche brevemente rilasciati.

L'intervento strutturale pensato dovrebbe creare le condizioni per cui proprio quelle stratificazioni e duplicazioni non troverebbero più terreno per crearsi e moltiplicarsi.

La parte centrale della riforma investe il sistema ospedaliero oggi fatto da circa un centinaio di ospedali pubblici, affiancati da alcune decine di strutture private. La quasi totalità degli ospedali pubblici presenta uno spettro quasi completo di offerta di servizi e prestazioni quasi sempre non giustificati dalla dimensione del bacino di utenza servito; e ciò con evidenti altissimi costi ed investimenti, ma soprattutto con alti rischi connessi con l'offrire prestazioni, in qualche caso estremamente sofisticate, senza avere, dati i numeri in gioco, le esperienze sufficienti per affrontare interventi che altrove, anche non troppo lontano, sono effettuati in centinaia o migliaia di casi operati. La rete ospedaliera sarà rivista costituendo complessivamente sei reti, ciascuna con ospedali di riferimento e viavia ospedali di minore intensità di prestazioni: distribuendo correttamente ruoli e missioni è facile prevedere di avere "tutto dappertutto" evitando con le duplicazioni di impegno di risorse finanziarie ed umane.

D. IL RAFFORZAMENTO DELLA CAPACITÀ DELLA REGIONE DI GOVERNARE IL SISTEMA

Nel contesto del Piano di rientro e per poter meglio garantire il raggiungimento degli obiettivi definiti in esso e in questo Programma Attuativo, si ritiene fondamentale il rafforzamento delle strutture di governo del Sistema Sanitario Regionale.

L'obiettivo è rafforzare la capacità dell'Assessorato di presidiare tutte le aree indicate nel presente programma attuativo in modo da assicurare una guida alle azioni delle singole aziende e un forte controllo sui risultati attesi.

Le azioni previste dal presente Programma Attuativo sono fortemente integrate fra loro nel perseguire l'obiettivo di un migliore utilizzo delle risorse, con risparmio in termini di personale e di acquisti di beni e servizi. Si è posta particolare attenzione sia alla rete dell'emergenza e delle branche specialistiche (in accordo con la rete ospedaliera), sia all'appropriatezza prescrittiva di prestazioni sanitarie, prima causa di sprechi finora assai scarsamente controllata.

Il ridisegno della rete ed il successivo governo del sistema richiede anche una profonda revisione dell'organizzazione della Direzione Sanità dell'Assessorato che si dovrà dotare delle funzioni, oggi assenti, che consentono una forte azione di pianificazione e guida nonché di controllo. Quanto sopra si aggiunge alle più tradizionali funzioni, come ad esempio, Prevenzione, Veterinaria, ecc. esistenti nell'attuale organizzazione.

E. IL CONTO ECONOMICO TENDENZIALE 2010-2012

	Pre- consuntivo	Tendenziale variata	Tendenziale variata
Aggregati di voce	2010	2011	2012
Contributi indistinti	7.752.167	7.881.791	8.053.023
Fondo regionale integrazione fondo	400.000	250.000	200.000
Altri contributi da pubblico	47.328	37.000	35.000
Contributi da privato	4.663	5.000	5.000
Ricavi prestazioni sanitari da pubblico	5.148	6.776	6.776
Ricavi prestazioni sanitari da privati	23.884	25.299	25.299
Concorso recupero	60.480	54.394	54.394
Compartecipazioni	111.626	114.780	114.780
Entrate varie	41.781	28.533	28.533
Totale entrate	8.447.077	8.403.573	8.522.805
Personale	(2.976.277)	(3.018.145)	(3.033.564)
Irap	(213.960)	(215.695)	(216.775)
Altre componenti di spesa	(293.750)	(289.090)	(298.236)
Prodotti farmaceutici	(613.281)	(623.281)	(635.747)
Altri Beni e servizi	(1.365.251)	(1.439.295)	(1.487.306)
Medicina di base	(475.521)	(477.051)	(479.436)
Farmaceutica convenzionata	(774.537)	(748.537)	(748.537)
Assistenza specialistica da privato	(283.399)	(296.771)	(311.609)
Assistenza riabilitativa da privato	(134.435)	(139.951)	(146.947)
Assistenza protesica da privato	(200.870)	(206.198)	(206.982)
Assistenza ospedaliera da privato	(567.570)	(579.194)	(590.090)
Altra assistenza da privato	(465.227)	(485.812)	(510.132)
Assistenza da pubblico	(139.314)	(154.343)	(163.827)
Mobilità passiva intraregionale	-		
Accantonamenti	(4.840)	(13.098)	(13.098)
Interessi e altro	(35.008)	(36.425)	(36.508)
Saldo poste straordinarie	82.075	11.770	11.842
Saldo intramoenia	8.075	7.491	7.491
Totale uscite	(8.453.090)	(8.703.625)	(8.859.461)
Saldo	(6.013)	(300.052)	(336.656)

Nota: La voce "Altri componenti di spesa" contiene il costo del personale con contratti atipici per un valore di 80.386 mila euro nel preconsuntivo 2010 (vedere sezione "2. Personale").

Lo sviluppo per voci del modello conto economico (CE) è riportato nell'**allegato 1**.

I tendenziali del 2011 e del 2012 qui riportati sono diversi da quelli previsti dal Piano di Rientro. Il dato è costruito partendo dal consuntivo 2010 che già risente parzialmente degli effetti del D. Legs. 78/2010 (comma 6 effetto di 7 mesi, comma 7 effetto di 2 mesi). Di seguito si riporta il calcolo effettuato per le due voci:

- prodotti farmaceutici:
 - il tendenziale 2011 è calcolato a partire dal pre-consuntivo 2010 pari a €/000 613.281, non prevedendo nessun incremento di volume se non quello derivante dalla Distribuzione per Conto pari a 10 mln per 3 mesi. Quindi il tendenziale 2011 diventa pari a €/000 623.281;
 - il tendenziale 2012 è previsto in aumento in valore del 2% (andamento storico degli ultimi anni) rispetto al 2011, quindi si attesta a €/000 635.747;

- farmaceutica convenzionata:
 - per il tendenziale 2011 si è partiti dal pre-consuntivo 2010 pari a €/000 774.537 diminuendolo di cinque dodicesimi per l'effetto del D.L. 78/2010 comma 6 per un valore pari a 12 mln e di 4 mln ai sensi dell'articolo 11 comma 9 della L 122 del 30/7/2010. Vi è anche un beneficio di tre dodicesimi della distribuzione per conto che corrisponde a 10 mln (già citato precedentemente). Quindi il valore finale del tendenziale 2011 è pari a 748.537;
 - per il tendenziale 2012 si è ipotizzato un valore uguale al 2011 in quanto l'effetto sostitutivo della distribuzione diretta indicata dai prodotti farmaceutici bilancia l'incremento di consumo della farmaceutica convenzionata.

F. I COSTI L.A. TENDENZIALI 2010-2012

Il costo preconsuntivo 2010 e tendenziale 2011 e 2012 del SSR piemontese, scomposto per i tre macrolivelli assistenziali (collettivo, distrettuale e ospedaliero) è riportato sulla tabella seguente:

Euro milioni	Preconsuntivo 2010		Tendenziale 2011		Tendenziale 2012	
Collettiva	384 (*)	4,3%	377	4,1%	377	4,0%
Distrettuale	4.760	52,9%	4.835	52,8%	4.925	52,9%
Ospedaliera	3.848	42,8%	3.944	43,1%	4.010	43,1%
Totale	8.992	100%	9.156	100%	9.312	100%

(*) Questo valore, in crescita rispetto all'anno precedente, comprende una maggiore spesa per i vaccini (in particolare H1N1, HPV ed Esavalenti).

Lo sviluppo per sottolivello assistenziale è riportato nell'**allegato 2**.

Il modello LA rispetto al modello CE della pagina precedente include:

- Mobilità passiva extraregionale
- Costi straordinari (riportati a saldo con i ricavi straordinari nella voce saldo poste straordinarie)
- Costi non monetari (ammortamenti, svalutazioni ...)

Il modello non include, invece, il costo per la compartecipazione all'attività libera professionale (il saldo tra ricavi e costi di tale attività è riportato nella voce "Saldo intramoenia").

G. GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA ATTUATIVO

1. IL NUOVO SSR E LA RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI

1.1. La riforma del SSR del Piemonte

E' sempre più evidente che la nuova concezione dell'ospedale non è più quella del monolite solitario in un deserto ma di un organismo integrato in un contesto sempre più ricco. Di conseguenza è necessario pensare e disegnare la rete ospedaliera in interazione con il resto del sistema sanitario, in particolare le reti di emergenza-urgenza e del territorio. Queste reti sono, inoltre, da vedere come la somma di una serie di percorsi per patologia: quello dell'ictus, dello scompenso, dell'insufficienza renale, diabetica ecc. che attraversano ed integrano i vari tipi di erogatori ed i vari livelli assistenziali.

La DGR 51-1358 del 29 dicembre 2010 attua lo scorporo degli ospedali dalla gestione diretta delle ASL e impone la chiara concentrazione, in capo alle aziende sanitarie locali della funzione di tutela dei cittadini e di sviluppo dei servizi territoriali. Gli ospedali scorporati di ciascun'area geografica sono inseriti in un'unica azienda con una gerarchia univoca a livello aziendale che facilita le integrazioni degli stessi. La logica del raggruppamento in rete dei diversi presidi oggi assegnati alle aziende sanitarie locali, risponde anche all'esigenza di concentrare presso specifici soggetti erogatori la produzione di prestazioni sanitarie in determinate branche specialistiche la cui "offerta" mostra attualmente eccessivi segni di frammentazione, a detrimento sia della razionalizzazione dei costi e delle attività sia della stessa appropriatezza delle risposte fornite ai bisogno di salute espressi dai cittadini. La riforma prevede undici ASL raggruppate per provincia e con la provincia di Torino, con la metà della popolazione della regione, suddivisa in una ASL per la città di Torino e tre ASL (Ovest, Nord e Sud) per la parte restante della provincia. Le Aziende ospedaliere universitarie sono tre: AOU S Giovanni Battista di Torino, che incorpora tredici presidi, AOU San Luigi di Gonzaga di Orbassano, che incorpora dieci presidi e AOU Maggiore della carità di Novara, che incorpora tredici presidi. Le Aziende ospedaliere sono quattro: AO San Giovanni Bosco di Torino, che incorpora dieci presidi, AO S. Croce e Carle di Cuneo, che incorpora dieci presidi, AO SS Antonio e Biagi e C. Arrigo di Alessandria, che incorpora undici presidi e AO Ordine Mauriziano di Torino, che eventualmente sarà aggregata ad un'altra azienda.

Con questa DGR è stata avviata una riforma strutturale del sistema sanitario piemontese che affronta il problema della gerarchia tra gli ospedali includendo, nella stessa azienda, i presidi di riferimento (sede di DEA II livello), di cardine (Sede di DEA I livello), di contiguità (sede di PS) e gli altri presidi ospedalieri pubblici dell'area geografica di appartenenza. Se, inoltre, l'articolazione della produzione delle case di cura private sarà coordinata con le aziende ospedaliere, si otterrà un forte movimento di razionalizzazione della rete ospedaliera complessiva. La realizzazione di reti di assistenza ospedaliera fornirà un'appropriatezza migliore delle prestazioni (di livello ospedaliero) ad un minor consumo di risorse e, quindi, a costi più contenuti.

Per raggiungere degli obiettivi di riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri e l'integrazione, per patologia, tra ospedale e territorio è necessario creare delle funzioni trasversali che permettano l'integrazione di percorsi tra aziende diverse. Le sei reti ospedaliere create sono, inoltre, monopoliste nell'ambito del proprio territorio e del proprio livello assistenziale ed è necessario che gli obiettivi alle aziende includano la responsabilità per il raggiungimento del tasso di ospedalizzazione regionale programmata.

La DGR rende necessaria una serie di interventi sulla rete di emergenza, sulla rete diagnostica dei laboratori e della radiologia e sulla rete della degenza per acuzie e postacuzie che sono descritte di seguito.

1.2.La rete dell'emergenza-urgenza

SITUAZIONE ATTUALE

Obiettivo di questo documento è definire, in accordo con le affermazioni a pagg. 93 e seguenti del piano di rientro quali iniziative specifiche devono essere intraprese riguardo alla rete della emergenza-urgenza al fine di centrare gli obiettivi di razionalizzazione della spesa in accordo con una qualitativamente migliore e più razionale erogazione dei servizi.

Tutto ciò nell'ambito di un progetto di più ampio respiro, già avviato ed indirizzato correttamente nella DGR n.48-8609 del 14 4 2008 che fornisce i criteri e gli elementi di base per la riorganizzazione della rete dell'emergenza territoriale e ospedaliera e di quella ospedaliera nel suo complesso, in modo che le due reti siano fortemente integrate tra di loro.

A questa DGR devono seguire una serie di atti e provvedimenti tesi, alla luce del PDR, a dare seguito concreto alle azioni espresse.

Il motivo di questo percorso è che l'emergenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi strettissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con, una possibile situazione di pericolo di vita e sottoporlo ad accertamenti e terapie non programmati.

Questo compito richiede un sistema capillare di antenne in grado di fare una prima diagnosi e avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato dove si possano effettuare le diagnostiche e le terapie che salvino la vita e che promuovano la possibilità di un recupero successivo ad una vita il più possibile normale. Le attività ospedaliere programmate sono più facili da integrare nella rete ospedaliera che soddisfa le esigenze dell'emergenza urgenza.

IL METODO

In accordo con le linee guida condivise con l'AGENAS e con le Direttive Ministeriali, il percorso prevede:

- l'individuazione di un settore unico di riferimento per l'emergenza sanitaria (ospedaliera, territoriale- 118, Continuità Assistenziale) presso l'Assessorato alla salute con il compito di gestire linee guida regionali, assegnazione finanziamenti / budget e controllo del sistema composto da:
 - un servizio 118 accorpato presso una sola azienda per tutte le attività di emergenza territoriale-118 (centrali operative, mezzi di soccorso ivi compresi elisoccorso, personale, logistica dei presidi e farmaceutica) con finanziamento dedicato;
 - DEA e PS con budget assegnato alle rispettive aziende;
- Il settore regionale unico per l'emergenza si avvale di :
 - un coordinamento dei Direttori di Centrale Operativa e Strutture Complesse afferenti al Dipartimento 118;
 - un coordinamento dei Direttori del Dipartimento di Emergenza;
 - gruppi di lavoro man mano che verranno coinvolte altre discipline nell'organizzazione della rete delle patologie complesse (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, ecc.);
- l'individuazione delle priorità sulle rivisitazioni organizzative del sistema dell'emergenza a breve-medio-lungo termine quali:
 - rete radio regionale digitale integrata anche con i settori di protezione civile;
 - definizione a livello regionale delle Centrali Operative, della rete dei mezzi di soccorso, Pronti Soccorso e Dipartimenti di Emergenza (in armonia con il criterio della rete tra gli ospedali di riferimento, quelli cardine e quelli minori), indicando i parametri numerici di riferimento;

- definizione di un criterio per la definizione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata e di base e dei punti di primo intervento indicando i parametri numerici di riferimento;
- definizione di una modulistica unica e compatibile per 118 e DEA;
- istituzione di un sistema informatico omogeneo e dialogante per 118 e DEA in linea con i tracciati ministeriali EMUR;
- definizione in accordo con la normativa nazionale (documento Conferenza Stato-Regioni) della funzione di triage e relativi protocolli;
- definizione delle postazioni di guardia medica e della loro struttura organizzativa (centralizzazione delle chiamate, integrazione con il sistema dell'emergenza e delle cure primarie);
- definizione di linee guida e protocolli organizzativi e clinici con particolare riferimento alla gestione dei trasporti secondari urgenti;
- definizione della rete delle patologie complesse;
- definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale delle elisuperfici a servizio delle destinazioni sanitarie)
- linee guida per la gestione degli incidenti maggiori e maxi-emergenze.

Di seguito è affrontato il contesto attuale e la proposta metodologica dei principali componenti della rete di emergenza:

- a) l'emergenza territoriale
 - 1. le centrali operative 118
 - 2. le postazioni territoriali
 - 3. la continuità assistenziale
- b) l'emergenza ospedaliera

Al termine della presentazione metodologica sono presentati le azioni da compiere e i risultati economici relativi.

a) La rete di emergenza territoriale

a1) Le centrali operative 118 in Piemonte

LA SITUAZIONE ATTUALE

La risposta delle centrali Operative 118 si concretizza principalmente nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei. Le centrali, individuate in un bacino di utenza provinciale gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate (M.S.A.) con medico ed infermiere a bordo, le Automediche (A.S.A con medico e infermiere a bordo) i mezzi avanzati di base con infermiere (M.S.A.B.) e le ambulanze di base con personale soccorritore certificato (M.S.B.) in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non che intervengono nel soccorso sanitario.

La Regione provvede a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard previsti in sede di conferenza Stato-Regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali. Un criterio semplicistico di riduzione delle postazioni soltanto sulla base della quantità degli interventi e/o dei chilometri percorsi, non è percorribile in quanto porterebbe a dei gravi squilibri di copertura territoriale, mentre, alla luce di una pur necessaria razionalizzazione, si impone un lavoro tecnico assai complesso e che non può prescindere, per nessuna ragione, da alcuni fattori tutti egualmente determinanti:

- l'utilizzo di un criterio omogeneo e razionale stabilito a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità per assicurare la copertura del territorio con i mezzi medicalizzati, attorno ai quali si dispone poi la rete delle ambulanze di base;
- il fabbisogno standard così definito per ciascun territorio governato dalle Centrali Operative, condiviso dai Responsabili delle Centrali Operative, va formalizzato dal Coordinamento ed approvato dall'Assessorato alla Sanità;
- è necessario un momento di informazione e condivisione con le istituzioni che governano il territorio, al fine di evitare spinte campanilistiche che squilibrano il sistema (ecco perché la proposta tecnica deve essere tecnicamente difendibile ed omogenea).

La Regione Piemonte, in attuazione del D.P.R. 27 marzo 1992, ha definito nel corso degli anni novanta le Centrali Operative 118 coincidenti con gli otto ambiti provinciali assegnando ad altrettante Aziende Sanitarie le funzioni proprie del Sistema di allarme sanitario.

Nell'organizzazione definita, solo la Centrale Operativa 118 di Torino si differenzia per le sue caratteristiche dimensionali e per la sua funzione di coordinamento per l'elisoccorso regionale, il trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie.

Inoltre le otto Centrali Operative 118 sono strutturalmente organizzate per il coordinamento e la gestione dell'elisoccorso, delle tecnologie sanitarie e degli eventi di maxi emergenza, NBCR, catastrofi, si avvalgono di strutture di coordinamento funzionale sovrazonale.

Il sistema risponde in media a 1 milione di chiamate l'anno, di cui 486.516 richieste sanitarie con coordinamento dei mezzi a terra e 3.000 con mezzi aerei.

L'obiettivo primario rimane quello di garantire risposte ed interventi tempestivi, adeguati al problema prioritario di salute espresso dal cittadino ma nel contempo si persegue l'ottimizzazione dei tempi la razionalizzazione degli interventi e l'inserimento sempre maggiore di protocolli di attività condivisi e rispondenti agli standard.

Le C.O. 118 coordinano 486.516 interventi anno (dato 2009) con invio di mezzo di cui trasportati in ospedale n. 268.846, trattati a domicilio n. 82.643, n. 73.656 risolti con consulto telefonico, n. 61.371 indirizzati a diverso setting assistenziale.

Il numero di interventi con chiamata 118 coordinati e gestiti per criticità è stato nell'anno 2009 pari a:

- 339.867 con Codice di gravità bianco verdi
- 146.649 con Codice di gravità giallo rosso

L'intera attività operativa delle Centrali 118 in Piemonte è garantita con un omogeneo supporto informatico, un software avanzato appositamente studiato di elevata affidabilità, con un alto livello di capacità di protezione dei dati.

La comunicazione fra le varie strutture interessate all'evento (trasmissione dati, ECG, dati paziente ecc.) richiede attrezzature di tipo informatico e di trasmissione dati clinici assai complesse. La componente tecnologica accresce la necessità ulteriore di specifiche conoscenze per la gestione del sistema riservato essenzialmente ai sanitari.

Questo settore, relativamente nuovo, è in rapido sviluppo e potrà portare notevoli benefici clinici ai pazienti risparmiando, al tempo stesso, risorse, costituendo la base per l'evoluzione e l'implementazione su base regionale dei protocolli sanitari, vera essenza del sistema clinico dell'emergenza.

LA PROPOSTA METODOLOGICA

In linea con quanto contenuto nella bozza del documento redatto in occasione dei Piani di Recupero e Riequilibrio della Regione Piemonte, sulla base dell'esperienza organizzativa e gestionale maturata, nonché degli investimenti nelle tecnologie di supporto con importanti contributi di modernità ed efficienza, si ritiene percorribile una revisione organizzativa che

preveda una centrale operativa per aree, con un bacini di riferimento orientativamente di 0,5-1 milione ed oltre di abitanti.

La centrale operativa 118 potrà progressivamente gestire con forti opzioni di rinnovamento le seguenti attività:

- servizio di Emergenza Urgenza Territoriale con il progressivo adeguamento al numero unico europeo 112;
- gestione delle Attività connesse alle Maxiemergenze;
- gestione del Servizio di Trasporto Secondario Interospedaliero Protetto di Paziente Critico, compreso il coordinamento del trasporto interospedaliero neo-natale;
- cogestione del trasporto organi ed equipe sanitaria per le attività di espianto organi;
- gestione del Servizio di Continuità Assistenziale;
- cogestione dei codici bianchi e parte dei verdi con la medicina generale;
- eventuale gestione o cogestione dei trasporti ordinari nel biennio successivo (2012-2013).

L'attuale modello di coordinamento dell'emergenza urgenza può essere riorganizzato in quattro Centrali Operative 118 anche per la salvaguardia delle funzioni di ribaltamento delle chiamate. Una delle quattro Centrali 118 mantiene funzioni operative sovrazionali per l'elisoccorso, trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie. La configurazione permette la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale.

Il nuovo modello organizzativo determina il seguente fabbisogno di personale senza funzioni direttive e di coordinamento:

- n° 108 unità infermieri a tempo pieno, rispetto all'attuale organizzazione risparmio di n. 30 unità infermiere;
- n° 28 unità medico, rispetto all'attuale organizzazione risparmio di n. 17 unità medico;
- una postazione h24 in coordinamento con il Soccorso Alpino e Speleologico in convenzione.

Le unità di personale in diminuzione appartenente ad entrambe le professionalità, infermiere e medico, sono parzialmente riassorbite nell'ambito della riorganizzazione territoriale del sistema di emergenza 118.

La sostenibilità delle azioni necessarie ad elevare la qualità e l'appropriatezza dell'attività territoriale del soccorso, dettagliatamente descritte nei paragrafi seguenti, è riequilibrata attraverso questi "risparmi".

a2) Le postazioni territoriali della Regione Piemonte

IL CONTESTO ATTUALE

Il sistema dell'Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della Regione Piemonte ha un'articolazione territoriale la cui progettazione risale alla metà degli anni novanta.

In quegli anni, il fabbisogno delle postazioni di soccorso avanzato veniva approvato dalla giunta regionale del Piemonte che con proprio provvedimento del 22 giugno 1998 deliberava il numero massimo di ambulanze di soccorso avanzato per ogni singola azienda sanitaria locale sulla base di indicatori quali il numero di abitanti, il territorio di competenza, i tempi di percorrenza ed alcuni correttivi tra cui l'orografia del territorio, le vie di comunicazione, flussi turistici stagionali, la distribuzione dei presidi ospedalieri con DEA o Pronto soccorso.

La definizione del fabbisogno di ambulanze medicalizzate utilizzava il criterio che si basa sulla attribuzione di una ambulanza avanzata ogni 60.000 abitanti e comunque per la copertura di un territorio non superiore a 350 Km².

Il criterio si attuava applicando la seguente formula :

$$\frac{(\text{n. abitanti : 60.000}) + (\text{superficie : 350 Kmq.})}{2} = \text{n. di Ambulanze Avanzate}$$

Dal 1996 la strategia organizzativa della Regione Piemonte per la dislocazione delle postazioni di soccorso avanzato conferma l'assetto approvato con la citata delibera regionale.

Il numero di postazioni di soccorso con personale medico ed infermieristico o infermieristico a bordo, alla data del 31 dicembre 2009, è:

- n. 62 mezzi di soccorso avanzato con operatività h24 - M.S.A. (con personale medico ed infermieristico);
- n. 9 mezzi di soccorso avanzato di base con operatività h24 - M.S.A.B. (con personale infermieristico a bordo);
- n. 1 mezzi di soccorso avanzato di base con operatività h12 - M.S.A.B (con personale infermieristico a bordo);
- N. 5 elicotteri.

Le postazioni di soccorso di base, ovvero con a bordo soccorritori adeguatamente formati, convenzionate in forma continuativa sono state definite nel tempo da parte delle singole Aziende Sanitarie nell'ambito della programmazione annuale dedicata all'emergenza sanitaria territoriale 118 e sottoposta all'approvazione regionale per il relativo finanziamento.

Il numero delle postazioni di soccorso di base presenti nella Regione Piemonte alla data del 31.12.2009 è:

- n. 45 mezzi di soccorso di base con operatività h24 M.S.B. (con soccorritori a bordo);
- n. 12 mezzi di soccorso di base con operatività h12 M.S.B. (con soccorritori a bordo);
- n.250 mezzi di soccorso di base occasionali con convenzione in estemporanea M.S.B. (con soccorritori a bordo).

Nel corso dell'anno 2010 sono state apportate variazioni locali all'organizzazione descritta nelle tabelle allegate con l'attivazione di una nuova postazione di soccorso avanzato di base h12 e quattro nuove postazioni di soccorso di base h12.

Il sistema territoriale di soccorso 118 ha negli anni progressivamente accresciuto il numero delle postazioni di base convenzionate in forma continuativa.

Di norma, l'indicatore utile a supportare la scelta per il passaggio della postazione dalla forma di convenzionamento in estemporanea alla forma di convenzionamento in continuativa è il numero di interventi pari a 1000/1200 anno in condizioni normali.

Anche la copertura geografica del territorio e la rete viaria incidono nel determinare gli indicatori in quanto qualora una "nuova" postazione in forma continuativa possa assorbire interventi di bassa gravità nelle aree geografiche limitrofe con ridefinizione delle aree territoriali di competenza dei mezzi, tale limite può essere ridotto a 800/interventi anno.

LA PROPOSTA METODOLOGICA

A questo scopo, ci si propone in primis di individuare la definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso medicalizzati sul territorio regionale utilizzando il criterio già attuato, che si basa sulla attribuzione di una ambulanza avanzata ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Kmq., applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone montane e pedemontane.

Il criterio si attua applicando la seguente formula:

$$\frac{(P.R.P. : 60.000) + (P.R.M : 40.000)}{2} + \frac{(S.P.: 350 \text{ Kmq.}) + (S.M. : 300 \text{ Kmq.})}{2} = \text{numero MSA}$$

dove:

P.R.P. = Popolazione residente in area di pianura

P.R.M. = Popolazione residente in area montana e pedemontana.

S.P. = Superficie pianura

S.M. = Superficie montana

M.S.A. = mezzo di soccorso avanzato sia nella forma di auto medica (A.S.A.), ambulanza di soccorso avanzato (MSA), ambulanza di soccorso avanzato di base. (MSAB)

L'applicazione della formula individua 81 postazioni di soccorso con personale sanitario a bordo sul territorio regionale.

L'analisi condotta sul numero degli interventi della Regione in particolare sui codici di gravità, giallo-rossi, nelle quattro aree territoriali porta a ritenere adeguato un fabbisogno di 80 postazioni suddivise con idonei correttivi anche in base allo storico pregresso, flussi metropolitani di traffico, vie di comunicazione, vincoli orografici.

L'omogeneità riscontrata dall'analisi dei dati conforta la scelta di allocare complessivamente:

- 30 Automediche (con equipaggio composto da medico infermiere ed un soccorritore);
- 25 mezzi di soccorso avanzato (con equipaggio composto da medico infermiere e due soccorritori);
- 25 mezzi di soccorso avanzato di base (con equipaggio composto da infermiere e due soccorritori).

Il nuovo modello organizzativo determina il seguente fabbisogno di personale senza funzioni direttive e di coordinamento:

- n° 440 unità infermieri a tempo pieno, rispetto all'attuale organizzazione incremento di n. 30 unità infermiere;
- n° 310 unità medico, rispetto all'attuale organizzazione risparmio di n. 35 unità medico.

Il numero delle postazioni di soccorso di base MSB previsto nella Regione Piemonte sarà:

- n. 34 mezzi di soccorso di base con operatività h24 M.S.B. (con soccorritori a bordo);
- n. 34 mezzi di soccorso di base con operatività h12 M.S.B. (con soccorritori a bordo);
- n.250 mezzi di soccorso di base occasionali con convenzione in estemporanea M.S.B. (con soccorritori a bordo).

La nuova suddivisione permette di mantenere il numero dei turni di disponibilità dei mezzi MSB con una variazione diurno notturno pari al 50%.

Le quattro aree d'intervento suddividono la popolazione residente (al 31/12/2009) nei seguenti bacini d'utenza:

1. AREA 1 TO Popolazione residente 2.297.598 superficie 6.830,25 Kmq.
2. AREA 2 AL-AT Popolazione residente 660.565 superficie 5.071,20 Kmq.
3. AREA 3 CN Popolazione residente 589.586 superficie 6.902,68 Kmq.
4. AREA 4 NO-BI-VC-VCO Popolazione residente 898.481 superficie 6.598,03 Kmq.

Successivamente potranno essere previsti meccanismi di compensazione con cessione di sub-aree tra le Aree sopra individuate per bilanciare i volumi di produzione, anche i relazione a fattori quali:

- vie di comunicazione;

- vincoli orografici;
- tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente;
- distribuzione della nuova rete di emergenza ospedaliera secondo il modello HUB e SPOKE;
- integrazione di risorse in seguito alle limitazioni operative dei Pronto Soccorso (ad esempio ridefinizioni della rete dei P.S. con riconversione di alcuni di questi in Punti di Primo Intervento);
- flussi turistici stagionali.

In analogia l'analisi condotta sul numero degli interventi della Regione in particolare sui codici di gravità, giallo-rossi, nelle quattro aree territoriali porta a ritenere adeguato un fabbisogno di 4 basi operative di elisoccorso.

Alla luce dei dati di attività del servizio negli ultimi cinque anni, nonché dei dati relativi al servizio territoriale con i mezzi a terra si propone un servizio di elisoccorso che impieghi un numero di mezzi diurni pari a 4 per una previsione media di interventi di 2.694 sul totale, pari a 674 interventi prevedibili in media per ogni base anno e un numero di mezzi notturni pari a 1 per una previsione media di 550 interventi anno.

Nel precedente appalto la configurazione a cinque basi operative era in relazione ad un totale presunto e poi verificato di 3922, pari a 785 interventi prevedibili per ogni base mentre l'assenza di mezzi per la fascia oraria notturna ha di fatto impedito l'accettazione di numerose missioni specie nel periodo di riduzione delle effemeridi.

Il completamento della rete terrestre ha infatti portato ad una riduzione diurna delle richieste pari ad un - 32% mentre la richiesta di interventi notturni rimaneva inevasa.

Il servizio potrà essere eseguito presso le basi di:

1. NORDOVEST: Torino o altra elisuperficie gestita nella provincia di Torino.
2. SUD-OVEST: Cuneo o altra elisuperficie gestita individuata nella provincia di Cuneo.
3. SUD-EST: Alessandria o altra elisuperficie gestita individuata nella provincia di Alessandria.
4. NORD-EST Novara o altra elisuperficie gestita individuata nelle province di Novara, Vercelli.
5. BASE NOTTURNA: una delle precedenti da individuarsi in relazione alla dislocazione dei mezzi diurni ed alla possibilità di apertura h24.

In caso di particolari emergenze o comunque quando se ne ravvisi la necessità, dovrà essere possibile il trasferimento temporaneo degli elicotteri in elisuperfici diverse da quelle indicate.

Elisuperfici a servizio delle strutture sanitarie Ospedaliere e Territoriali

La complessità degli adempimenti richiesti dalla normativa sopra richiamata richiede di individuare un piano complessivo di interventi che possa trovare graduale applicazione nel tempo, relativamente alle destinazioni collegate all'attività HEMS cioè quei siti, individuati a diversi livelli, su cui si svolgono le manovre di decollo e atterraggio degli elicotteri. In adesione a quanto già previsto nelle JAR-OPS 3 (la normativa internazionale di riferimento), anche la normativa italiana recepisce in proposito la distinzione seguente:

- 1) basi operative HEMS;
- 2) destinazioni sanitarie (ospedali HUB);
- 3) elisuperfici a servizio di strutture sanitarie;
 - elisuperfici a servizio di comunità isolate;
 - siti HEMS.

a3) La Continuità Assistenziale

PROPOSTA METODOLOGICA

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale iniziando dalla centralizzazione delle chiamate presso le Centrali Operative 118, con apposito nucleo di gestione delle stesse.

Successivamente dovranno essere messe a disposizione della continuità Assistenziale le dotazioni tecnologiche delle centrali Operative con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza.

Altri elementi di razionalizzazione provengono da una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale, attualmente 145 per un totale di 908.000 ore lavorate nel 2009, riorganizzando il servizio in funzione di una più razionale ed appropriata rete territoriale e ospedaliera dell'emergenza.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite nel momento in cui il sistema di acquisizione dei dati, previsto dal già citato D.M. 17 dicembre 2008 "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (GU n. 9 del 13 gennaio 2009), andrà a regime.

Ferma restando la allocazione dei Centralini di chiamata della Continuità assistenziale presso le Centrali Operative 118, la rete delle postazioni potrà essere integrata nei CAP. E' da prevedere adeguata formazione dei medici di continuità assistenziale come risorsa integrativa dei CAP e come interfaccia con il sistema di emergenza.

b) Emergenza Ospedaliera

Per quanto riguarda la rete della emergenza ospedaliera, dal punto di vista dei criteri generali organizzativi, stabilito un Centro HUB ogni 500.000- 1.000.000 abitanti, si deve prevedere uno SPOKE in ogni ambito territoriale corrispondente ad un bacino di utenza intorno a 150.000 – 300.000 abitanti o qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di D.E.A. superasse i 60 minuti, tenendo conto che il centro HUB funge anche da spoke per il bacino di competenza.

Nel ribadire la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (D.E.A.) come asse portante dell'organizzazione del soccorso, il modello organizzativo deve prevedere la individuazione di un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza).

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

Funzioni di HUB

Le funzioni previste per i Centri HUB possono essere erogate anche da un unico presidio ospedaliero o da diversi presidi aggregati in poli.

L'Ospedale deve essere dotato, oltre che delle funzioni previste per il Centro SPOKE, anche delle strutture che attengono alle discipline a maggiore complessità, non previste nel Centro SPOKE o comunque non in tutti i Centri SPOKE: Cardiologia con emodinamica interventistica H.

24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, medicina di alta specialità, oncologia di II livello.

In tre hub insistono l'università e centri di ricerca transazionale e clinica.

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

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

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva, di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

Oltre alle funzioni istituzionali del Centro HUB, alcune funzioni particolarmente specifiche sono svolte in un unico Centro Regionale o sovra regionale in accordo con Regioni limitrofe (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Chirurgia generale d'urgenza, Trattamento delle Amputazioni, Microchirurgia, Chirurgia della mano, , Centro Antiveneni in collegamento con Centri sovra regionali. Tali attività vanno allocate nei presidi che sono riferimento per le reti delle patologie complesse (nello specifico rete del politrauma).

Analogamente tutta una serie di funzioni specialistiche mediche e chirurgiche anche se non strettamente collegate all'emergenza (Trapianti, Centro rete Oncologica, ecc.) vanno collocate presso un hub a valenza regionale o sovra zonale a seconda del volume di attività.

Obiettivo ulteriore è quello di migliorare l'effettivo funzionamento delle reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale quale la rete per la patologia cardiovascolare, cerebro-vascolare, traumatologica, oncologica, ostetrico ginecologica, pediatrica, dei trapianti (prelievi), ecc, in armonia con la rete dei D.E.A. e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini.

Per queste patologie, devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

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

Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, nei DEA dei centri specialistici dove e' previsto il collegamento con la rete di personale sanitario dedicato alla gestione delle richieste di consulenza.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 500.000 / 1.000.000 abitanti.

Funzioni di SPOKE

Il Pronto Soccorso che eroga funzioni di SPOKE deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al Centro HUB o al Polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità.

È ubicato in un Presidio Ospedaliero che presenti una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio – alta e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

Il Personale medico è costituito da Medici d'Urgenza, inquadrati in una Struttura Complessa, di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza operante sia in guardia attiva che in reperibilità anche su più presidi.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

L'Ospedale deve essere, di norma, dotato di Struttura di Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in Urgenza, Psichiatria, Oculistica, O.R.L., Urologia, con servizio medico di G.A. (guardia attiva) o di Reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista.

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

Le funzioni proprie del Centro SPOKE possono essere, nella fase di riorganizzazione, anche erogate da più strutture integrate su più presidi.

Alcuni Centri SPOKE, ma non tutti necessariamente, sulla base della definizione ed implementazione della rete delle patologie complesse, sono dotati di funzioni specifiche quali ad es. Emodinamica.

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i Centri HUB o occasionalmente in Centri Sovraregionali, gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza. A questo proposito si rende necessario l'affidamento al sistema 118 della gestione dei trasferimenti secondari urgenti.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 150.000 / 300.000 abitanti.

Funzioni di Pronto Soccorso semplice

Il Pronto Soccorso Semplice (P.S.) deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro SPOKE o HUB di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media dei passaggi.

Devono essere funzionanti 24 ore, anche in rete, i Servizi di Radiologia, Laboratorio, Emoteca (disponibile).

Il bacino d'utenza deve comportare, di norma, un numero di accessi al pronto soccorso superiore a 20.000 unità.

È ubicato in una struttura appartenente alla rete ospedaliera, dotata di funzioni di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia, e servizi come sopra specificati e prevede la pronta disponibilità anche di multi presidio (eventualmente in collegamento con lo spoke di riferimento) e la guardia attiva secondo le esigenze del bacino d'utenza ed il numero dei passaggi.

A regime, il personale medico appartiene alla Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza del D.E.A di riferimento e sarà reperito anche negli organici presenti, per redistribuzione di unità o a seguito di opzione dei Medici del Presidio interessato.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 40.000 / 150.000 abitanti.

Funzioni di Pronto Soccorso di base nell'Ospedale di area disagiata (per esempio i presidi di Venaria, Omegna e Ceva)

Nella Regione Piemonte, come in molte altre regioni italiane, esistono situazioni con ospedali per acuzie con pronto soccorso situate in aree considerate ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontato con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi. Il ruolo svolto da questi ospedali nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza si riferisce per la maggior parte alla gestione di pazienti che afferiscono da aree troppo distanti dal centro Hub o Spoke di riferimento per le quali si superano i tempi previsti per un

servizio di emergenza efficace, nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate.

Questi ospedali che hanno oggi anche una serie di funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, con un numero di casi troppo basso per garantire la sicurezza dei ricoveri anche in relazione al mantenimento dello skill e delle competenze e che incidono pesantemente sulle tipologie di investimento richieste dalla sanità moderna, dovranno essere integrati nella rete ospedaliera.

Tale ospedale (a basso volume di attività) di area disagiata è dotato di:

- un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;
- una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità dei casi imprevisti) per i casi che non possono essere dimessi in giornata; la copertura in pronta disponibilità, per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco;
- un Pronto soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata al DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo. E' previsto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale distrettuale al centro Spoke o Hub.

Come servizi diagnostici è prevista la radiologia con trasmissione di immagine collegata ai radiologi del centro DEA di riferimento, laboratorio con apparati per analisi fast in pronto soccorso e gestiti dal pronto soccorso stesso, la presenza di una emoteca.

L'organico medico di tale ospedale dovrebbe essere dimensionato con persone che agiscono a rotazione e che fanno parte dell'organico delle strutture complesse del DEA di riferimento:

- medici di medicina interna (presenza di un medico 12H 5 GG alla settimana + 6H 2GG alla settimana + reperibilità);
- medici di chirurgia generale (12 ore 5 gg la settimana + reperibilità diurna e doppia notturna, non hanno reparto);
- copertura anestesilogica con organico collegato con la struttura complessa del DEA di riferimento;
- medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (presenza di un medico 24H, 365GG all'anno e con la medicina generale che partecipa all'attivazione della guardia attiva).

I criteri nazionali per l'attivazione dell'ospedale di area disagiata sono:

- zona disagiata, montana o premontata con bacino di utenza servita in esclusiva tra 20.000 - 40.000 abitanti nella quale la percorrenza media sia superiore a 60 minuti in condizioni standard e, durante il periodo invernale, tempi più lunghi e imprevedibili;
- un presidio in grado di essere convertito.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 20.000 / 40.000 abitanti.

Punti di Primo Intervento

A seguito della riconversione dell'attività di un ospedale, potrebbe rendersi necessario il mantenimento di un Punto di Primo Intervento, operativo 12 o 24 ore a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie.

Per questa funzione sono necessari unicamente ambienti e dotazioni tecnologiche atti al trattamento delle urgenze minori ed a una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato.

I Punti di Primo Intervento si distinguono in:

- Punti di Primo Intervento, mobili (allestiti per esigenze estemporanee) o fissi (con numero di accessi < 6.000 se attivi 24 ore o < 3.000 se attivi 12 ore), assegnati al "Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118" come postazione territoriale fissa aggiuntiva;
- Punti di Primo Intervento con numero di accessi > 6.000 fino a 20.000 se attivi 24 ore o > 3.000 se attivi 12 ore assegnati alle strutture delle Aziende Sanitarie dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera (PS, SPOKE, HUB);
- Punti di Primo Intervento in zona disagiata con un forte presidio dello Spoke di riferimento.

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

I PPI in zona disagiata richiedono una particolare attenzione da parte dello SPOKE (o dell'HUB) a cui si riferiscono, con gestione diretta da parte degli stessi medici operanti nel Dea di riferimento e con la particolare implementazione di attività qualora i numeri lo richiedano (vedi anche le Funzioni di Pronto Soccorso Semplice).

Nel Punto di Primo Intervento è però sempre prioritaria la garanzia del trasferimento protetto del paziente stabilizzato al centro più idoneo.

Alcune considerazioni per la realizzazione effettiva della rete

Di fondamentale importanza è il lavoro di integrazione tra Hub, Spoke, PS di base, PS dell'Ospedale di Area disagiata, PPI ed il Sistema di Emergenza Territoriale 118 che devono garantire un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e trasporto dei malati con codici rossi e gialli afferenti alle reti delle patologie complesse nell'ottica di precisi percorsi diagnostico terapeutici.

Analoga collaborazione dovrà essere instaurata con i Distretti delle Cure Primarie per i codici a bassa gravità (bianchi e verdi).

A questo proposito adeguate interazioni con la continuità assistenziale, oltre a permettere integrazioni tra Postazioni 118, PPI e Postazioni di Continuità Assistenziale allo scopo di razionalizzare le risorse e ridurre inutili doppioni, favoriranno la virtuosa interfaccia tra emergenza, continuità assistenziale e sistema delle cure primarie.

L'ulteriore razionalizzazione della rete dei PPI e delle postazioni di ambulanza dovrà avvenire in concomitanza con la riorganizzazione della rete 118, per un utilizzo più razionale dei mezzi per i trasporti urgenti, secondari urgenti prevedendo anche la successiva riorganizzazione dei trasporti ordinari attraverso una gestione integrata con gli enti convenzionati.

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

La gestione tempestiva dei trasporti intra-ospedalieri organizzata e gestita dal 118 in relazione alle necessità dei ps e ppi e in accordo con i centri HUB e SPOKE riceventi, deve comunque ottimizzare il percorso del paziente sulla base di protocolli condivisi.

Per tutte le patologie tempo-dipendenti così come per le patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione in rete, di trasferimento delle immagini e dei dati, nonché protocolli concordati di trasferimento urgente.

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

Va comunque nettamente separata la funzione di urgenza da quella di continuità assistenziale, al fine di evitare pericolose ambiguità per il cittadino che dovrà sempre poter individuare con precisione i presidi dedicati all'urgenza (118 e rete HUB, SPOKE, PS di base, Ospedale di zona disagiata, con forte integrazione con i PPI e con le Postazioni di Continuità Assistenziale dedicate) e quelli per le Cure Primarie (CAP), che pur dialogando tra loro in una totale integrazione tecnologica e protocollare svolgono funzioni totalmente distinte.

Oggetto di particolare attenzione è la formazione degli operatori, attualmente non ancora completamente uniforme e di cui deve essere mantenuta rigorosamente in capo all'Ente Regione la certificazione. Tale formazione ed aggiornamento del personale, va pianificata in accordo con il Coordinamento dei DEA e con il Dipartimento Emergenza territoriale 118.

OBIETTIVI GENERALI

1.2.1. La ridefinizione della rete di emergenza territoriale

SITUAZIONE ATTUALE

Attualmente la rete della Emergenza territoriale, come descritto, si avvale di 8 Centrali Operative provinciali, con una distribuzione territoriale dei mezzi avanzati pari a:

- n. 62 mezzi di soccorso avanzato con operatività h24 - M.S.A. (con personale medico ed infermieristico);
- n. 9 mezzi di soccorso avanzato di base con operatività h24 - M.S.A.B. (con personale infermieristico a bordo);
- n. 1 mezzi di soccorso avanzato di base con operatività h12 - M.S.A.B (con personale infermieristico a bordo);
- n. 5 elicotteri senza volo notturno.

Le chiamate di continuità assistenziale avvengono su una miriade di centralini con scarso controllo della reale attività delle singole postazioni.

CRITICITÀ

Il servizio 118 necessita di una riorganizzazione che lo renda ancora più efficiente (anche centralizzando la sua gestione amministrativa) specie in funzione della riorganizzazione Hub e Spoke della rete dei DEA e Pronto Soccorso, compresa la riconversione dei piccoli ospedali ove si renderà necessaria una più snella e veloce risposta nella necessità di gestire con razionalità i flussi dei malati nelle istituende Reti delle Patologie Complesse attraverso la presa in carico dei Trasporti Secondari Urgenti.

Non è attivo un servizio di elisoccorso notturno.

Le chiamate di Continuità assistenziale non sono centralizzate e le postazioni necessitano di una riorganizzazione in funzione del nuovo assetto globale della rete di emergenza urgenza.

Troppi codici bianchi e verdi trovano risposte inappropriate per la mancanza di una organica interfaccia tra 118, DEA e Distretti delle cure primarie.

OBIETTIVI

Di seguito si riportano i principali obiettivi:

- centralizzazione delle funzioni e della direzione del sistema emergenza territoriale 118 in una unica Azienda che gestisce personale, logistica dei presidi, farmaceutica e tecnologie sanitarie;
- accorpamento delle 8 Centrali Operative 118 in 4 Centrali rispondenti ai criteri sopra descritti nel metodo con la individuazione di 4 aree (Alessandria-Asti, Cuneo, Novara-Biella-Vercelli-VCO, Torino);
- rimodulazione e razionalizzazione dei mezzi di soccorso avanzato anche con introduzione della auto medica;
- ridefinizione delle basi di elisoccorso con miglioramento qualitativo delle prestazioni tecniche e sanitarie, introduzione della copertura notturna e rimodulazione su 4 basi operative;

- adeguamento della rete delle elisuperfici a servizio delle destinazioni sanitarie;
- adeguamento rete radio e informatica;
- centralizzazione delle chiamate di Continuità assistenziale presso le Centrali 118 e rimodulazione delle postazioni.

LE AZIONI PROPOSTE

Entro il 28 2 2011

Delibera di riorganizzazione strutturale del 118 comprendente:

- la allocazione della gestione del Dipartimento Interaziendale 118 sotto la gestione di una unica Azienda Sanitaria;
- la ridefinizione delle Centrali Operative sulla base di un criterio da 500.000 a 1.000.000 e oltre di abitanti;
- la ridefinizione e la rimodulazione organizzativa della rete dei mezzi di soccorso su gomma e del servizio di elisoccorso;
- definizione delle risorse per il passaggio al 118 dei trasporti secondari urgenti attraverso le reti delle patologie complesse.

Entro il 28 2 2011

Delibera di revisione della Continuità assistenziale che preveda:

- la centralizzazione delle chiamate di continuità assistenziale su numero unico verde presso le centrali 118;
- la revisione delle postazioni di Continuità Assistenziale.

EFFETTI ORGANIZZATIVI

Dalle azioni appena descritte si prevedono i seguenti effetti organizzativi:

- accorpamento da 8 a 4 Centrali Operative con Riduzione del personale dedicato;
- tecnologie riduzione centralini per la continuità assistenziale;
- abbattimento delle ore straordinarie e riduzione del personale sui mezzi;
- contratti assicurativi con rientro spesa per prestazioni attualmente gratuite ad enti privati;
- ricontrattazione delle convenzioni con Enti ed associazioni;
- aumento della appropriatezza per i trasporti secondari e primari urgenti;
- aumento della appropriatezza per codici bianchi e verdi per miglior interfaccie con cure primarie e aumento del filtro per ricoveri in ps.

EFFETTI ECONOMICI

	ANNO 2010			A regime (2012)			DIFF
	N° persone	Euro/ persona	Importo	N° persone	Euro/ persona	Importo	
1) Riduzione straordinario Medici Centrale operativo 118	44,8	€ 95.000	€ 4.256.000	25,2	€ 95.000	€ 2.394.000	-€ 1.862.000
2) Riduzione straordinario Medici postazioni ambulanza	347,2	€ 95.000	€ 32.984.000	308	€ 95.000	€ 29.260.000	-€ 3.724.000
	N° Postazioni	Euro/ Postazione	Importo			Importo	
3) Convez forma continuativa msb (*)	124	€ 250.000	€ 31.000.000			€ 30.400.000	-€ 600.000
4) Convez forma estemporanea msb (*)			€ 5.100.000			€ 5.000.000	-€ 100.000
5) Manutenzione locali			€ 530.000			€ 400.000	-€ 130.000
6) Telefonia			€ 900.000			€ 700.000	-€ 200.000
7) Fatturazione a privati						€ 2.000.000	-€ 2.000.000
Totale							-€ 8.616.000

(*) msg = mezzo di supporto di base

Le economie sopra indicate (straordinari corrispondenti a circa 60 medici e un valore economico di circa 8,6 milioni di euro) non sono incluse nel totale delle manovre di cui alla tabella "H. LE MANOVRE 2011-2012"

1.2.2. La ridefinizione della rete di emergenza ospedaliera

SITUAZIONE ATTUALE

Attualmente la Rete della Emergenza Ospedaliera della Regione Piemonte, è composta da 6 DEA di II livello (HUB) più un DEA di II livello con funzioni di HUB monospecialistico (Ostetrico-ginecologico ed Infantile) più un Trauma Center DEA di II livello con funzione di Hub regionale per il Trauma.

Considerando che i 6 HUB multidisciplinare svolgono la funzione anche di SPOKE per il territorio di competenza, attualmente ci sono 31 DEA di I livello (SPOKE) e 15 Pronto Soccorso.

CRITICITÀ

La Delibera 48 del 14 4 2008, pur delineando percorsi organizzativi tesi ad accorpare servizi e puntualizzando già diverse aggregazioni in poli, è stata in gran parte disattesa, anche nella parte relativa alla trasmissione di immagini e dati ed alla centralizzazione dei trasporti secondari urgenti in applicazione delle reti delle patologie complesse.

Per quanto riguarda le reti delle Patologie Complesse (Cardiovascolare, Stroke, Trauma, Ostetrico-neonatale, Pediatrica), e la loro integrazione all'interno della rete dei DEA, si ravvisa la necessità di intraprendere azioni specifiche che delineino con precisione la allocazione degli snodi di tali reti (ad esempio emodinamiche) al fine di evitare iniziative autonome e slegate da un processo di programmazione più generale.

OBIETTIVI

Di seguito si riportano i principali obiettivi:

- aggregazione di funzioni HUB in poli multi presidio (soprattutto nell'area metropolitana) con l'accorpamento di funzioni e servizi (Polo nord composto dai presidi Giovanni Bosco, Maria Vittoria e Gradenigo; Polo Sud composto dai presidi Molinette, Oftalmico, CTO, OIRM, S. Anna; Polo Ovest composto dai presidi S. Luigi e Mauriziano e Martini);
- sulla base del calcolo dei passaggi, dei tempi di percorrenza, del miglioramento dell'appropriatezza dei trasferimenti urgenti, nonché della già avvenuta applicazione del triage e del previsto utilizzo degli organici con rotazione multi presidio, trasformazione di 6 spoke (DEA di I livello) in pronto soccorso;
- sempre sulla base del calcolo dei passaggi e delle distanze e attraverso un razionale e rimodulato incremento della rete 118 in armonia con la ridefinizione della rete delle patologie complesse, trasformazione di 7 Pronto Soccorso in PPI 12 ore e trasformazione di 3 Pronto soccorso in PS di presidio area disagiata;
- cessazione di 2 Pronto Soccorso in presidi trasformati con altre funzioni non di emergenza;
- razionalizzazione dei ricoveri e del trattamento specialistico attraverso una più puntuale definizione delle reti delle patologie complesse, quali le reti delle urgenze cardiovascolari, neurologiche e traumatologiche avvalendosi anche della implementazione degli ausili tecnologici, della centralizzazione sul 118 dei trasferimenti secondari protetti e della razionalizzazione, ad esempio, della rete delle emodinamiche.

Nel rispetto dei parametri sopra esposti ed anche in previsione della ridefinizione dei volumi di attività e della distribuzione delle discipline, sarà individuata per ciascun presidio la vocazione nelle differenti tipologie di urgenza, di elezione o la conversione territoriale nell'ambito di ciascun gruppo di ospedali afferenti a ciascun HUB. La tabella seguente è riportata a titolo esemplificativo, resta inteso che eventuali variazioni apportate in fase di definizione finale dovranno garantire i risultati attesi sia dal punto di vista sanitario che dal punto di vista economico.

PROPOSTA STRUTTURE RETE EMERGENZA - URGENZA

DEA II livello (Hub)	DEA I livello (Spoke)	Pronto Soccorso Semplice	Pronto Soccorso Semplice (Area Disagiata)	Punto di Primo Intervento	Strutture senza ruolo in Emergenza (****)
POLO NORD (*) G. Bosco Maria Vittoria Gradenigo (***)	Ivrea Chivasso Ciriè	Cuorné		PPI h12 a Lanzo	Lanzo Castellamonte
POLO SUD Molinette Oftalmico CTO-USU OIRM S Anna	Chieri Moncalieri	Carmagnola			Valdese M. Adelaide Nichelino
POLO OVEST S. Luigi Mauriziano	Rivoli Pinerolo	Martini Susa (Briançon)	Venaria	PPI h12 a Giaveno PPI h12 ad Avigliana	Pomaretto Torre Pellice Giaveno Avigliana
NOVARA Maggiore	Borgomanero Vercelli Biella Verbania	Borgosesia Domodossola	Omegna	PPI h12 ad Arona	Arona Galliate Gattinara Santhià S. Giuliano Novara
CUNEO Santa Croce	Mondovì Savigliano Alba (**)	Bra (**) Saluzzo	Ceva		Caraglio Fossano Carle
ALESSANDRIA Infantile Cesare Arrigo SS. Antonio e Biagio	Asti Casale M.to Novi L.	Acqui T. Tortona		PPI h12 a Nizza M.to PPI h12 a Valenza PPI h12 ad Ovada	Borsalino Nizza M.to Valenza Ovada

NOTE

(*) Si precisa che il polo è attualmente dotato della funzione di cardiocirurgia in convenzione.

() L'ospedale di Verduno sarà il Dea di I livello (Spoke) che sostituirà le strutture di Alba e Brà.**

(*) Presidio ex. art. 42.**

(**) Alcune di queste strutture senza ruolo in Emergenza potranno essere trasformate in strutture territoriali sede di CAP.**

AZIONI PROPOSTE

Entro il 28 2 2011

la Regione emetterà una DGR in cui ridefinisce la rete delle emodinamiche comprendente:

- chiusura di 2 strutture e l' accorpamento di 2 in 1;
- messa in capo al 118 dei trasporti secondari urgenti e attivazione delle tecnologie e dei protocolli di trasmissione dati.

Entro il 31 3 2011

Delibera della rete dello stroke comprendente:

- messa a regime dell'utilizzo della trasmissione di dati e immagini;
- definizione dei centri abilitati al trattamento dell' ictus ischemico aggregando sugli spoke i centri;
- definizione dei centri abilitati al trattamento degli emorragici;
- definizione dei target di destinazione dei pazienti per il 118;
- messa in capo al 118 con relativa implementazione anche dei trasporti secondari urgenti e attivazione delle tecnologie e dei protocolli di trasmissione dati.

Entro il 31 3 2011

Delibera di trasformazione di:

- 6 spoke (DEA I) in pronto soccorso;
- 7 pronto soccorso in ppi 12 ore;
- 2 pronto soccorso in presidi senza ruolo nell'ambito dell'emergenza-urgenza
- 3 pronto soccorso in pronto soccorso di area disagiata.

Entro il 30 6 2011

Delibera della rete del politraumatizzato comprendente:

- definizione dei percorsi clinico organizzativi del paziente politraumatizzato;
- ridefinizione dei protocolli e dei percorsi del trattamento del Trauma Cranico;
- istituzione della reperibilità cittadina per la radiologia interventistica e per altre funzioni qualitativamente complesse ma numericamente carenti di operatori qualificati;
- ridefinizione dei Centri Trauma di Zona afferenti al Trauma Center Regionale CTO, concentrandoli negli Hub e in pochi spoke;
- update dei protocolli per Ustioni, spinali e reimpianto arti;
- utilizzo delle reperibilità specialistiche del Trauma Center con trasmissione dati e immagini;
- ammodernamento della rete trasmissione immagini e dati al Trauma Center CTO;
- definizione dei percorsi clinico-organizzativi tesi al trattamento tempestivo ed appropriato delle fratture di femore.

Entro il 30 06 2011

Delibera di aggregazione in poli degli Hub e spoke cittadini comprendente:

- l'aggregazione di servizi e l' accorpamento di reperibilità e attività di guardia, ove possibile, su più presidi;
- l'aggregazione di un ospedale ad altri presidi vicini con trasferimento ed accorpamento di funzioni ed elisione di altre;
- la chiusura di una struttura monospecialistica con gravi problemi strutturali edilizi.

Entro il 31 12 2012

Delibera di accorpamento di due ospedali in una unica struttura attualmente in costruzione.

EFFETTI ORGANIZZATIVI ED ECONOMICI

La rimodulazione della rete emodinamica prevede una riduzione di unità di erogazione rispetto alla situazione esistente.

La ristrutturazione della rete di emergenza-urgenza porta ai seguenti risparmi:

- conversione di 6 dea di I livello in PS comporta:
 - l'accorpamenti di strutture ed eliminazione di doppioni e di turni di guardia e reperibilità grossolanamente quantificabili in: 120 medici (euro 12 milioni) e 60 infermieri e tecnici (euro 3 milioni) per un totale di circa 180 persone e euro 15 milioni;
 - la riduzione di S.C. relative alla riconversione dei presidi ospedalieri (impatto economico non ancora valutato);
 - la riduzione dei punti radiologia (TAC etc,) e laboratorio che vengono ridimensionati.
- la riduzione di 7 PS a PPI 12 ore comporta:
 - la riduzione di guardie e reperibilità quantificabili in :63 medici (euro 6,3 milioni); 63 infermieri (euro 3,2 milioni); 42 Tecnici di radiologia (euro 2,1 milioni); 42 tecnici di laboratorio (euro 2,1 milioni); 42 OSS (euro 2,1 milioni) per un totale di circa 252 persone e di euro 15,8 milioni;
 - il risparmio di punti radiologia e laboratorio e funzioni legate alla conversione di ospedali in strutture territoriali (impatto economico non ancora valutato).
- la riduzione di 2 PS in strutture senza funzioni di emergenza-urgenza comporta:
 - la riduzione di guardie e reperibilità quantificabili in : 24 medici (euro 2,4 milioni); 24 infermieri (euro 1,2 milioni); 18 Tecnici di radiologia (euro 0,9 milioni); 18 tecnici di laboratorio (euro 0,9 milioni); 18 OSS (euro 0,9 milioni) per un totale di circa 102 persone e di euro 6,3 milioni;
 - il risparmio di punti radiologia e laboratorio e funzioni legate alla conversione di ospedali in strutture territoriali (impatto economico non ancora valutato).
- la riduzione di 3 PS a PS area disagiata comporta:
 - la riduzione di guardie e reperibilità quantificabili in : 24 medici (euro 2,4 milioni); 24 infermieri (euro 1,2 milioni); 18 Tecnici di radiologia (euro 0,9 milioni); 18 tecnici di laboratorio (euro 0,9 milioni); 18 OSS (euro 0,9 milioni) per un totale di circa 102 persone e di euro 6,3 milioni;
 - il risparmio di punti radiologia e laboratorio e funzioni legate alla conversione di ospedali in strutture territoriali (impatto economico non ancora valutato).

L'ammontare dei risparmi sopra indicati (e ovviamente di quelli ancora da valutare) non sono stati presi in considerazione nelle manovre economiche riportate nella tabella "H. Le manovre 2011-2012". Le persone indicate come riduzione (totale 618 unità) sono da considerarsi a supporto della decisione di blocco di turnover riportata nel capitolo 2.

1.3.La rete di degenza

In coerenza con la rete della Emergenza-Urgenza, del Territorio e della diagnostica strumentale è di seguito definita la rete di degenza, sulla base di parametri condivisi, attraverso il fabbisogno di prestazioni appropriate di acuzie per specialità e per area geografica ed il corrispondente numero di posti letto (1), l'appropriatezza delle attività di post-acuzie e le strutture organizzative risultanti (2) e l'organizzazione relativa (3).

1.3.1. Il fabbisogno di prestazioni di acuzie

LA SITUAZIONE ATTUALE (ACUZIE E POSTACUZIE)

RICOVERI

La definizione del fabbisogno di prestazioni parte dai concetti di appropriatezza per livello assistenziale utilizzando tutti i parametri sviluppati durante gli ultimi venti anni ma soltanto in parte applicati.

Tab. 1 Produzione Piemonte pubblico e privato (2008)

	pubblica	%	privata	%	tot	%
Acuzie	653.399	94,02	95.770	76,61	749.169	91,37
Postacuzie	16.270	2,34	29.242	23,39	45.512	5,55
Nido	25.265	3,64	0	0,00	25.265	3,08
	694.934	100,00	125.012	100,00	819.946	100,00

Tab. 2 Mobilità attiva (2008)

	Pubblica	%	privata	%	tot	%
Acuzie	34.284	95,95	14.797	71,58	49.081	87,02
Postacuzie	730	2,04	5.875	28,42	6.605	11,71
Nido	718	2,01	0	0,00	718	1,27
	35.732	100,00	20.672	100,00	56.404	100,00

Tab. 3 Mobilità passiva (2008)

	tot	%
Acuzie	52.129	90,66
Postacuzie	4.352	7,57
Nido	1.021	1,78
	57.502	100,00

Tab. 4 Mobilità passiva (2008, per regione)

cod_reg	Regione	Totale	%	% prog
030	Lombardia	33.222	57,78	57,78
070	Liguria	11.545	20,08	77,85
080	Emilia Romagna	2.632	4,58	82,43
090	Toscana	1.607	2,79	85,22
020	Valle D'Aosta	1.301	2,26	87,49
050	Veneto	1.212	2,11	89,60
190	Sicilia	901	1,57	91,16
120	Lazio	899	1,56	92,73
180	Calabria	821	1,43	94,15
160	Puglia	779	1,35	95,51
150	Campania	722	1,26	96,76
200	Sardegna	592	1,03	97,79
110	Marche	252	0,44	98,23
130	Abruzzo	238	0,41	98,65
060	FVG	180	0,31	98,96
170	Basilicata	170	0,30	99,25
100	Umbria	132	0,23	99,48
042	Trento	108	0,19	99,67
041	Bolzano	105	0,18	99,85
140	Molise	84	0,15	100,00
		57.502		

Popolazione
31/12/2008

4.432.571

Tab. 5 Calcolo consumi dei ricoveri ordinari e DH (2008 al netto del nido)

	Produzione per interni	Totale produzione	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Totale consumo residenti	Tasso per 1000 ab
Acuzie	700.088	749.169	49.081	52.129	752.217	170
Postacuzie	38.907	45.512	6.605	4.352	43.259	10
	738.995	794.681	55.686	56.481	795.476	179

La produzione si riferisce alle strutture pubbliche e private e non contiene il nido

POSTI LETTO OSPEDALIERI

La Regione Piemonte ha avuto, negli ultimi anni, un numero di posti letto sostanzialmente stabile, vedere la tabella seguente. Una diminuzione di posti letto per acuzie è stata compensata da un incremento di posti letto di postacuzie. Quest'ultimi incidono per il 1,01 PL per mille abitanti e superano, di conseguenza, il tasso previsto dal Patto per la salute 2010-2012 di 0,7 PL per mille abitanti.

Tab. 6. PL ospedalieri effettivi al netto delle culle del nido (spec 31) per gli anni 2008 e 2010

	Popolazione al 31/12/2008		4.432.571
PL effettivi	2008	fine 2010	PL per 1000 abitanti
Acuzie	14.419	14.125	3,19
Postacuzie	4.105	4.456	1,01
Totale	18.524	18.581	4,19

I dati di posti letto sopra indicati contengono i posti letto contrattati delle case di cura privati secondo la definizione dei flussi ministeriali.

LA METODOLOGIA DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI PER ACUZIE E LA DETERMINAZIONE DEI POSTI LETTI RELATIVI

Le linee guida condivise con l'Agenas partono dall'articolo 6 del Patto della Salute 2010-2012 che prevede una razionalizzazione della rete ospedaliera ottenuta attraverso l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri, e con la promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal ricovero all'assistenza residenziale e domiciliare per cui i ricoveri saranno volti a casi importanti a cui si fornirà un'assistenza altamente qualificata. Nel comma 5 dello stesso articolo si prevede l'estensione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza, con passaggio da 43 DRG, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, alle liste contenute negli elenchi A e B allegati allo stesso Patto della Salute. Le Regioni dovranno, a tal fine, stabilire i valori soglia entro cui ammettere i ricoveri ordinari; prevedere le tariffe da attribuire alle prestazioni e definire le misure da adottare per le prestazioni extrasoglia.

Pertanto nel triennio si prevede, per le Aziende ospedaliere, per le strutture classificate e per tutte le strutture private accreditate, l'obiettivo della riduzione di ricoveri in regime ordinario e del trasferimento degli stessi in parte a regime diurno e in parte a regime ambulatoriale e territoriale secondo le indicazioni di seguito riportate.

- a. In complesso, a livello regionale, si prevede che **i ricoveri ordinari chirurgici** afferenti all'allegato B del Patto della Salute 2010-2012 siano trasferiti in regime diurno nelle percentuali per singolo DRG. Per questi ricoveri si sono utilizzate, come bench-mark, le strutture regionali migliori. La percentuale è stata calcolata per singolo DRG su un bench-mark degli erogatori regionali, pubblici e privati, che forniscono almeno un terzo della produzione regionale. Il valore scelto appartiene all'erogatore meno performante di ciascun DRG. Le percentuali di Ricovero ordinario sono misurate per i DRG, per i quali sono già state definite delle prestazioni ambulatoriali, sull'insieme di ricoveri e sulle corrispondenti prestazioni ambulatoriali. Per i DRG 006 (Decompressione del tunnel carpale) e 039 (Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia) è, inoltre, previsto che il

95% dei ricoveri diurni sia erogato in forma ambulatoriale. Questa percentuale è stata ipotizzata per permettere ai pazienti con maggior bisogno di assistenza di continuare a fruire della prestazione in forma di ricovero. La Regione Piemonte, con la DGR 84-10526 del 29/12/2008, ha già definito delle tariffe per le prestazioni ambulatoriali interessate e, ha stabilito una percentuale di conversione nei contratti con le case di cura private 2009-2010.

- b. Il percorso per giungere ad una situazione appropriata per **i ricoveri non chirurgici** afferenti all'allegato B del Patto della Salute è più articolato. Confrontando l'incidenza sulla popolazione di questi DRG con le regioni che non sono nel piano di rientro e che hanno uno sviluppo diffuso dell'assistenza territoriale è evidente che la maggior parte della differenza del tasso di ospedalizzazione riguarda proprio questo tipo di ricoveri. L'utilizzo del ricovero in ospedale è quindi un modo per soddisfare un fabbisogno di cura che altre regioni affrontano con altri livelli assistenziali. Il concetto di "appropriatezza organizzativa" è la scelta del livello assistenziale corretto e meno costoso per ciascun tipo di fabbisogno di cura. Le variazioni tra le Aziende Sanitarie territoriali (ASL) all'interno della Regione sono anche sensibili e possono essere lette come differenze di altre risposte ad un fabbisogno degli assistiti. Sono considerati ricoveri appropriati quelli con un tasso di ricovero, per ciascuna ASL e DRG, inferiore o eguale al valore medio delle regioni di riferimento.
- c. Si ritiene, inoltre, possibile trasferire l'60% delle prestazioni di chemioterapia (DRG 410) in regime ambulatoriale (con relativa documentazione del consumo di farmaci nel file F), mantenendo la parte restante in ricovero ospedaliero per i soggetti particolarmente fragili.
- d. Recentemente sono stati pubblicati dal Ministero della Salute alcuni indicatori di qualità per il sistema sanitario regionale. Alcuni indicatori riguardano il tasso di ospedalizzazione di alcune patologie che dovrebbero essere curate a livello territoriale (ricoveri evitabili). Alcune di esse (BPCO e Diabete) sono già incluse tra i DRG dell'allegato B; altri esulano da questi DRG e necessitano di un intervento nel caso si evidenzino un alto tasso di ospedalizzazione (per esempio lo scompenso) rispetto alle regioni bench-mark.
- e. La rete ospedaliera è oggi spesso utilizzata per ricoveri non appropriati di lungodegenza extraospedaliera. Sono considerati non appropriati il 50% dei ricoveri ordinari non chirurgici effettuati in discipline mediche per persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a dodici giorni.

Al termine dell'applicazione del metodo sopra si ottiene un numero appropriato di prestazioni di ricovero per acuzie.

Il metodo evidenzia una non appropriatezza dei ricoveri non chirurgici quantificata in circa 6% del totale dei ricoveri, una non appropriatezza di ricoveri di chemioterapia di 2% del totale dei ricoveri e di prestazioni chirurgiche da erogare come prestazioni ambulatoriali di circa 7% del totale dei ricoveri. I ricoveri appropriati sono, quindi, 85% di quelli erogati.

La Regione Piemonte, con la DGR n. 85-1157 del 30 novembre 2010 ha già aggiornato il proprio percorso di appropriatezza da rendere operativo per il tramite delle istruzioni fornite dell'Assessorato.

POSTI LETTO

E' necessaria una ridefinizione di posti letto in proporzione alla prevista riduzione di ricoveri in modo da adeguare l'offerta alla domanda appropriata. Nella determinazione del numero di posti letto per disciplina si è seguito il seguente percorso:

1. identificare, per ciascuna disciplina, partendo dai ricoveri appropriati 2008 secondo la metodologia già presentata, il tasso di ospedalizzazione che, prendendo in considerazione la struttura della popolazione e la mobilità attiva/passiva "strutturale" porta complessivamente ad un dato compatibile con l'obiettivo nazionale. Il tasso di ospedalizzazione include ricoveri ordinari e day hospital ma non il nido;
2. individuare, per ciascuna disciplina, la degenza media relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni;
3. determinare il tasso di occupazione standard per disciplina da utilizzare nel calcolo;
4. calcolare, sulla base dei punti precedenti, il numero regionale totale di posti letto;
5. sulla base dei ricoveri appropriati e delle considerazioni di opportunità determinare la quota dei ricoveri fornita dagli erogatori pubblici;
6. calcolare il numero di posti letto atteso nelle strutture pubbliche e nelle strutture private.

Applicando il tasso di utilizzo standard per disciplina sui ricoveri appropriati per acuzie si ottiene un numero di posti letto totale per acuzie di circa 13.000 unità (erogatori pubblici e privati al netto delle culle del nido, specialità 31)

Confrontando questo dato con il numero di posti letto esistenti si evidenzia lo spazio per una riduzione di circa mille posti letto di acuzie portando il totale di posti letto per acuzie a circa 3,0 PL per mille abitanti.

CRITICITÀ (ACUZIE)

Nonostante il lavoro svolto sull'appropriatezza durante gli ultimi dieci anni esiste ancora una situazione di non appropriatezza dei ricoveri quantificabile, sui dati 2008, in circa 110.000 ricoveri (ordinari e diurni). Nel 2010 i ricoveri di prestazioni **chirurgiche** da erogare in prestazioni ambulatoriali saranno ridotti notevolmente a seguito delle azioni attivate. Rimangono critici soprattutto i ricoveri non chirurgici da erogare come prestazioni da altri livelli assistenziali. Superando queste inapproprietezze è possibile ridurre i posti letto di circa mille unità (-8%).

OBIETTIVI (ACUZIE)

La Regione Piemonte si pone l'obiettivo di garantire l'appropriatezza clinica ed organizzativa a tutti i propri assistiti:

- l'appropriatezza clinica sarà ottenuta attraverso la corretta articolazione delle reti di patologia e l'integrazione tra queste e le reti di emergenza/urgenza e del territorio, ed è descritta in altre sezioni;
- l'appropriatezza organizzativa sarà perseguita tramite un modello di analisi delle prestazioni di ricovero e delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche che evidenzino la possibilità di conversione di ricoveri in altri tipi di prestazioni;
- si pone come obiettivo, inoltre, di adeguare i posti letto con periodicità semestrale alla riduzione della domanda.

AZIONI PROPOSTE SULL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA PER RICOVERI ACUTI

Entro il 28/2/2011

La Regione emanerà una DGR in cui aggiorna il percorso di appropriatezza della DGR n. 85-1157 del 30 novembre 2010 fornendo obiettivi specifici di appropriatezza organizzativa per gli anni 2011 e 2012 per ciascun presidio pubblico e, di conseguenza, per ciascuna nuova azienda ospedaliera. Nella stessa DGR saranno anche definiti i corrispondenti obiettivi specifici per ciascun presidio equiparato e case di cura private. Alla fine sarà aggiornata la procedura di verifica e di controllo in modo da fornire, trimestralmente, l'andamento del miglioramento dell'appropriatezza organizzativa agli erogatori e all'Assessorato. La stessa DGR fornirà, inoltre, obiettivi specifici di riduzioni di posti letto a livello di disciplina per ciascun presidio e, di conseguenza, per ciascuna Azienda ospedaliera.

Entro il 31/3/2011

La Regione emanerà una DGR in cui definisce, per ciascun'Azienda sanitaria locale, gli obiettivi di presa in carico di contatti di cura corrispondenti ai ricoveri non appropriati di cui alla DGR del 28/2/2011 con l'obbligo, entro sessanta giorni, di definire delle azioni che permettano un effettivo spostamento dei ricoveri in prestazioni territoriali. Nella stessa DGR sarà aggiornata la procedura di verifica e di controllo in modo da fornire, trimestralmente, alle ASL l'andamento del miglioramento dell'appropriatezza organizzativa dei propri assistiti.

RISVOLTI ORGANIZZATIVI ED ECONOMICI (ACUZIE)

La riduzione di ricoveri permetterà una riduzione di posti letto e, di conseguenza, all'attuazione della nuova rete ospedaliera con un numero minore di presidi. L'adeguamento graduale dei posti letto per disciplina permetterà una costante attenzione all'organizzazione relativa e alla revisione della stessa. Una parte della riduzione di ricoveri e di posti letto è finalizzata ad un'organizzazione più razionale delle risorse presso gli ospedali stessi attraverso una conversione in prestazioni ambulatoriali, la parte riguardante i ricoveri medici è finalizzata ad una conversione della risposta da parte di soggetti territoriali.

L'organizzazione della rete appena descritta permetterà una forte razionalizzazione di tutte le principali risorse utilizzate dai ricoveri (personale, beni e servizi e investimenti) che rendono credibili e raggiungibili tutte le azioni e gli obiettivi definiti nel capitolo 9 "Le azioni di controllo dei costi dei fattori produttivi".

FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

La procedura bimestrale di verifica e controllo definita con la DGR del 31/3/2011 evidenzierà, per ciascun presidio e, di conseguenza, per ciascuna nuova azienda ospedaliera l'appropriatezza organizzativa del periodo confrontata con l'anno precedente e l'obiettivo da raggiungere. La stessa procedura evidenzierà, per ciascuna ASL, gli stessi dati relativi ai propri assistiti.

Lo strumento di verifica dell'andamento dei posti letto è il report specifico della procedura "Anagrafe delle strutture".

1.3.2. L'appropriatezza della rete ospedaliera della post-acuzie

SITUAZIONE ATTUALE

L'ambito della post-acuzie ha come sua specifica connotazione la definizione di modelli integrati di cure flessibili alle esigenze del cittadino che, dimesso dai reparti ospedalieri per acuti, non è in grado di accedere in sicurezza al domicilio per la sua fragilità complessiva sanitaria ed assistenziale.

Per riorganizzare la risposta della Sanità regionale ai bisogni riabilitativi della popolazione è stata redatta la D.G.R. N. 10-5605 del 2 aprile 2007 "Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte. Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali": a tale DGR è necessario far riferimento, in quanto i suoi contenuti e le sue finalità conservano piena validità.

La necessità di ottemperare ai vincoli posti dal Patto per la Salute 2010-2012 che prevede che le Regioni si impegnino ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed a carico del Servizio Sanitario Regionale per le attività di post-acuzie non superiore a 0,7 posti letto per mille abitanti richiede un riordino della attuale rete ospedaliera.

Attualmente (al 31/12/2009) nella Regione Piemonte sono contrattati 4.456 posti letto di post-acuzie per una popolazione totale di 4.446.230 abitanti, per cui il valore attuale è 1,01 PL per mille abitanti.

Il numero di posti letto di post-acuzie corrispondente allo standard di 0.7 per mille abitanti è 3114.

Si rileva pertanto un'eccedenza di 1.342 posti letto al quale si aggiunge una capacità produttiva di circa 500 posti letto non contrattati.

LA METODOLOGIA DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI PER LE POST-ACUZIE E LA DETERMINAZIONE DEI POSTI LETTI RELATIVI

L'osservazione del funzionamento della rete ospedaliera fa emergere alcune forti criticità:

- la necessità dei reparti per acuti di dimettere sempre più precocemente i pazienti, anche in presenza di pluripatologie o di fragilità, insite ad esempio nell'invecchiamento;
- i pazienti fragili "non autosufficienti, non stabilizzati o in condizione di sub-acuzie", sono pazienti di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri: spesso ricevono risposte inadeguate, la dimissione è problematica e impegnano impropriamente risorse altrimenti destinate a pazienti con necessità di maggiore intensità e specificità di intervento;
- la difficoltà delle lungodegenze e dei reparti di recupero e rieducazione funzionale nel ricoverare pazienti ancora non stabilizzati clinicamente, con il conseguente rischio di inappropriatazza delle loro funzioni;
- l'assenza di strutture di cure intermedie ad intensità di cure adeguate alle necessità del paziente;
- la difficoltà nella valutazione omogenea e precoce dei bisogni multidimensionali dei pazienti e la condivisione organizzativa del progetto di cura specifico con il territorio di competenza.

Tali criticità assumono delle caratteristiche peculiari quando si analizzano in particolare le tipologie di pazienti che arrivano in Pronto Soccorso e che vengono successivamente ricoverati soprattutto nelle discipline di area medica: riacutizzazioni di cronicità in pazienti sempre più

anziani con elevata prevalenza di comorbilità, con deterioramento progressivo delle condizioni funzionali e cognitive e con bisogni sociali importanti. Realtà predittiva di un'epidemiologia dei pazienti che si sta modificando in modo significativo.

Conseguenze derivanti dalle criticità sopra evidenziate:

1. invio a strutture di post-acuzie di malati non ancora stabilizzati o affetti da comorbilità di rilievo;
2. invio alle strutture di post-acuzie di pazienti che potrebbero essere inviati a strutture socio-assistenziali con elevata valenza sanitaria (cfr. classificazione R2 scheda FAR progetto Mattoni di cui al Decreto Ministero della Salute 17.12.2008);
“...- persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, etc)...”;
3. invio alle strutture di post-acuzie di pazienti senza rete assistenziale (anziani soli, pazienti impossibilitati a tornare al proprio domicilio, pazienti extracomunitari) che non dovrebbero essere inviati a strutture di post-acuzie ma a strutture a prevalente componente socio-assistenziale (cfr. classificazione R3 scheda FAR progetto Mattoni di cui al Decreto Ministero della Salute 17.12.2008);
“...Trattamenti erogati in Unità d’offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità d’offerta Residenziali di Mantenimento)...”;
4. invio dei pazienti con compilazione di protocolli operativi approssimativi e talvolta non corrispondenti alle reali necessità medico/riabilitative dei pazienti (invio a setting “disponibili” non necessariamente “appropriati”).

ANALISI DELL'ATTUALE STRUTTURA DELL'OFFERTA

Rispetto ad una presenza di circa 4.456 posti letto di post-acuzie, è prevista una necessità di circa 3.100 posti letto (0,7 posti letto per mille abitanti). Esiste una differenza notevole tra le aree geografiche con una presenza maggiore nella provincia di Torino (AFS1) e nell'area novarese (AFS 2), un minore eccesso nel Cuneese (AFS 3) e una sostanziale equilibrio nell'alessandrino AFS 4).

Sulla scorta di una attenta valutazione dell'attuale utilizzo dei posti letto di post-acuzie, con particolare riguardo ai codici di diagnosi caratterizzanti i singoli ricoveri, rapportati al fattore età e degenza media, si propongono le seguenti azioni per realizzare un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale ed inoltre un'ipotesi di riconversione di una parte degli attuali posti letto della post-acuzie.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO DI POST-ACUZIE

L'analisi approfondita della domanda e dell'offerta ai fini di un adeguamento della rete di offerta al reale fabbisogno dei pazienti, come sopra indicato, ha portato alla stesura di un “Documento di Revisione della rete ospedaliera di post-acuzie”. Il riordino della rete ospedaliera di post-acuzie contenente specifiche azioni di sistema che permettano di:

- ridurre i ricoveri impropri in degenza per acuti;
- ridurre le giornate di degenza inappropriate dopo la stabilizzazione della fase acuta di malattia;
- contenere i tempi di degenza in Ospedale mediante una precoce valutazione multidimensionale dei bisogni riscontrati;

- dare risposte più adeguate ai bisogni clinico-assistenziali dei pazienti con alta complessità, in particolare di quelli fragili, con la possibilità di indirizzare tali pazienti verso *setting* diversi, sia in termini di organizzazione, che in termini di costi di risorse. Tale azione presuppone:
 - modifica dell'attuale organizzazione regionale dei letti di "lungodegenza" con l'introduzione di letti di cure "intermedie" ospedalieri e territoriali, quale segmento di percorsi che devono essere completati sul territorio;
 - identificazione delle varie tipologie di *setting* di cura di post-acuzie in un ambito di continuità assistenziale e contestuale valutazione multidimensionale dei bisogni che condizionano la scelta di percorso e caratterizzano la "presa in carico" del paziente (costruzione dei P.A.I., Piani di Assistenza Individuali);
 - condivisione tra Ospedale e Territorio del percorso di cura prescelto con identificazione dei criteri di appropriatezza di invio dei pazienti nei vari *setting* di cura;
 - definizione di indicatori specifici per una analisi dei livelli di appropriatezza in termini di efficacia ed efficienza;
- organizzare il collegamento operativo con i Distretti delle Asl, competenti per territorio, a cui spettano le funzioni di tutela e di integrazione dei percorsi nella rete di offerta territoriale;
- rendere più omogenea l'assistenza residenziale e quella domiciliare in tutte le ASL della Regione;
- migliorare la qualità dell'assistenza e l'integrazione professionale mediante corsi specifici di formazione;
- ottimizzare i costi.

MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E CLINICO-GESTIONALE

A) Area delle attività riabilitative degenziali di 2° e 1° livello

L'identificazione del *setting* riabilitativo è effettuata al momento della stesura del progetto riabilitativo individuale.

Al fine di migliorare l'appropriato utilizzo degli attuali posti letto presenti nelle strutture riabilitative, pubbliche e private accreditate, si propongono le seguenti azioni:

- adeguamento al 95 % del tasso di utilizzo posti letto;
- adeguamento del rapporto tra letti di R.O e DH:
 - 1 PL di DH ogni 10 R.O. per reparti di RRF 2° livello (cod. 56);
 - 1 PL di DH ogni 6 R.O per reparti di RRF di 3° livello (cod. 75 e 28);
- rimodulazione dei valori soglia delle degenze:
 - per tale ipotesi si è tenuto conto anche dei percorsi riabilitativi già definiti con gli specialisti di riferimento e riguardanti i pazienti di area neurologica, cardiologica e pneumologica (D.D. n. 26 del 22.10.2007);
 - i valori soglia vengono ridefiniti anche in funzione della necessità di offrire un percorso riabilitativo complessivo, modulato attraverso interventi degenziali, ambulatoriali e domiciliari:
 - RRF 2° livello
 - MDC 1 – sistema nervoso - gg. 60

- MDC 4 – apparato respiratorio – gg 25
- MDC 5 – apparato cardiocircolatorio – gg. 15
- MDC 8 – apparato muscoloscheletrico – gg. 15 per protesi d'anca e ginocchio o post chirurgia ortopedica elettiva, gg 30 per la restante casistica
- Altri MDC – 20 giorni
- RRF 1° livello
 - MDC 1 – sistema nervoso - gg. 45
 - MDC 4 – apparato respiratorio – gg 25
 - MDC 5 – apparato cardiocircolatorio – gg. 15
 - MDC 8 – apparato muscoloscheletrico – gg. 15 per protesi d'anca e ginocchio o post chirurgia ortopedica elettiva, gg 30 per la restante casistica
 - Altri MDC – 20 giorni
- per quanto riguarda le strutture RRF di III livello, nel corso del II semestre 2011, quando saranno operativi i letti di continuità assistenziale extraospedalieri e sarà completata l'attivazione dei letti previsti per gli stati vegetativi, sarà considerata l'introduzione di valori soglia delle degenze, unitamente ad altri indicatori di appropriatezza di funzione
- indicatori di appropriatezza di funzione del reparto per l'ingresso dei pazienti:
 - RRF 2° livello
 - 90% minimo dei pazienti da reparti per acuti con passaggio diretto o entro max 7 giorni dalla dimissione dai reparti per acuti;
 - 10 % max dei pazienti da domicilio o da RRF 1° livello
 - RRF 1° livello
 - 80% minimo dei pazienti da reparti per acuti con passaggio diretto o entro max 7 giorni dalla dimissione dai reparti per acuti;
 - 10 % max dei pazienti da RRF 2° livello
 - 10 % max dei pazienti da domicilio

Dovranno essere definiti criteri di valutazione di eventuali scostamenti dalle suddette percentuali, che tengano in debito conto una approfondita valutazione del percorso realizzato, anche al fine di una revisione/aggiornamento dei predetti indicatori.

- ridefinizione dell'intervento nei confronti dei pazienti con patologie di origine metabolica, in funzione di una riqualificazione degli attuali posti letto di RRF (con possibilità anche di riconversione dei relativi posti letto). L'attività svolta su detti pazienti ha scarsa attinenza con l'area riabilitativa e presumibilmente con l'area ospedaliera in regime di ricovero, pertanto si ritiene indispensabile descrivere meglio la tipologia di intervento prevedendo anche la possibilità di una funzione extra ospedaliera, che possa essere integrata con presa in carico territoriale secondo una logica di percorso tipica della cronicità, quale viene espressa dall'obesità;
- ridefinizione della rete dei posti letto di RRF III livello. Premesso che tali posti letto debbono essere collocati con gli Ospedali sede di DEA di 2° livello come da DGR del 2 aprile 2007, si rende necessario prevedere una redistribuzione dei 140 p.letto attuali garantendo un'equa ripartizione tra le 4 AFS in rapporto alla popolazione residente, nonché ridefinire una percentuale congrua, per singola struttura, tra numero di posti letto di R.O. e di D.H.. (rapporto 6 a 1);

- per quanto riguarda la dotazione regionale di posti letto di codice 28 si ritiene che attualmente sia congrua con il fabbisogno. A tal proposito occorre prevedere un idoneo adeguamento tecnologico delle strutture di 3° livello – cod. 28 e 75 – affinché possano svolgere pienamente il ruolo di centri di riferimento e di eccellenza, sviluppando anche mobilità attiva. Tale proposta, considerata la peculiarità dei pazienti trattati, potrebbe permettere un migliore governo della mobilità passiva sia extra regionale che verso l'estero;
- potenziamento degli interventi domiciliari in rapporto a indicatori di efficienza e di efficacia, purché sempre sulla base di un progetto riabilitativo che, individuando specifici obiettivi, li identifichi come alternativi alla degenza alla luce di una risposta di presa in carico estensiva e/o di monitoraggio nel tempo della cronicità, sia con esiti stabilizzati di disabilità, sia con segni clinici di progressione evolutiva. Per tale tipologia di intervento sono da valutare con attenzione i fattori relativi ai differenti aspetti territoriali ed alla necessità che i vari interventi trovino le opportune forme di collegamento, nonché le modalità di realizzazione, come descritto nella D.D. N. 26 del 22.10.2007.

B) Area della lungodegenza ospedaliera

Facendo riferimento a quanto già indicato con DGR 2 aprile 2007, che identifica come fruitori di tale area pazienti di ogni età, i quali, superata la fase acuta della malattia, necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, possibili in ambito ospedaliero, atti a superare o stabilizzare le limitazioni all'autosufficienza derivanti da malattie e/o infortuni, si ritiene necessario identificare ulteriori parametri per una maggiore qualificazione/appropriatezza del funzionamento di questa area:

- adeguamento al 95 % del tasso di utilizzo posti letto;
- ridefinizione del valore soglia della degenza: 30 giorni;
- identificazione della tipologia di pazienti trattati: pazienti provenienti dai reparti per acuti, particolarmente complessi, che necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, al fine di una stabilizzazione e/o miglioramento clinico-funzionale (come ad esempio pazienti portatori delle "grandi insufficienze d'organo" come diagnosi principali, accompagnati da altre patologie che incidono significativamente sul quadro clinico complessivo).

Questa funzione deve essere realizzata in stretto collegamento funzionale/ operativo con l'area delle acuzie, e preferibilmente in contiguità logistica, al fine di garantire adeguata assistenza anche a pazienti ad elevata complessità e con necessità di una gestione specialistica multidisciplinare (area delle cure intermedie). Oggi tale funzione è scarsamente assicurata e pertanto ne va perseguita la realizzazione e lo sviluppo.

ADEGUAMENTO DELLA RETE DI OFFERTA AL FABBISOGNO

Sulla base delle criticità su descritte e dell'obiettivo di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale, **la riduzione dei posti letto ospedalieri indicati in precedenza deve essere prevista nell'ambito dei letti di RRF di I e di II livello e di lungodegenza, rispettando un'equa ripartizione dei vari setting riabilitativi nelle 4 AFS.**

Per un razionale utilizzo delle risorse le varie strutture dovranno essere di almeno 20 posti letto.