

NECESSITÀ DI STRUTTURE TERRITORIALI RIABILITATIVE E DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA E REGOLE DI APPROPRIATEZZA RELATIVE

L'adeguamento della rete di offerta ospedaliera al fabbisogno prevede la **realizzazione di una funzione territoriale riabilitativa e di continuità assistenziale a valenza sanitaria capace di prendere in carico i pazienti derivati dalla riduzione di postacuzie. (vedi sezione "1.4.1.2. Introduzione di strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria e a breve durata")**

L'applicazione degli indicatori di appropriatezza su individuati porta ad un **forte ridimensionamento dei posti letto ospedalieri della post-acuzie a favore della realizzazione di un'area extra ospedaliera della continuità assistenziale a valenza sanitaria** per rispondere ai fabbisogni dei pazienti quali descritti in premessa al documento.

L'inserimento dei pazienti in questa tipologia di setting, dove prevale la componente assistenziale rispetto alla parte clinico-internistica che pur è presente in modo significativo, deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale.

Peraltro, al fine di evitare una caduta qualitativa e quantitativa dei servizi erogati a queste tipologie di pazienti (con il rischio di indurre un ulteriore sovraffollamento dei PS e dei reparti di degenza per acuti), si ritiene indispensabile operare queste trasformazioni con la necessaria gradualità (adeguata formazione degli operatori sanitari, attivazione di idonei percorsi organizzativi, informazione rivolta alla popolazione) e gestire la fase di transizione con un attento e continuo monitoraggio utilizzando opportuni indicatori di efficienza ed efficacia.

Premesso quanto sopra, l'ipotesi della costituzione di un'area di continuità assistenziale a valenza sanitaria dovrebbe interessare le seguenti tipologie di pazienti:

- pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, di età inferiore ai 65 anni, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari - (max gg. 30 + 30*);
- pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, di età inferiore ai 65 anni, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza.- (max gg. 30 + 30*);
- pazienti ultra 65 anni con problematiche clinico-assistenziali e funzionali di significativa rilevanza, che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari- (gg. 30 + 30*);
- pazienti ultra 65 anni con disabilità motorie di grado moderato che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari - (max gg.30.);
- pazienti con disabilità ad elevata complessità con necessità prevalentemente assistenziali continuative nelle 24 ore, in occasione di emergenze socio- assistenziali (tipo ricoveri di sollievo)- (max gg 30);
- pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max. gg. 30 + 30*);
- pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA/strutture residenziali per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza.- (max gg 30 + 30*).

(Di norma la collocazione in quest'area è prevista di 30 giorni , prolungabili di altri 30, sulla base di specifica valutazione riferita ai singoli casi in relazione a motivate necessità. A tal fine dovranno essere definite le funzioni di connessione tra quest'area e*

le attività distrettuali competenti territorialmente, all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale dei Distretti delle ASL.

L'organizzazione minima necessaria a garantire la nuova funzione dovrebbe prevedere una presenza medica quotidiana di area geriatrica/internistica/psichiatrica limitata ad alcune fasce orarie, una presenza infermieristica/OSS continuativa sulle 24 ore ed il supporto di figure tecniche o specialistiche in rapporto alle singole necessità dei pazienti.

L'eventuale necessità di supporto riabilitativo dovrà essere identificata dal fisiatra, per un massimo di 30 minuti/die.

Questo tipo di strutture è descritto ulteriormente nel capitolo della "Rete territoriale".

CRITICITÀ

La sezione metodologica sopra evidenzia una forte inappropriatazza dei ricoveri ospedalieri di postacuzie anche collegata con una non appropriatazza dei ricoveri acuti. Una serie di meccanismi porta ad un utilizzo non appropriato dei posti letto di post-acuzie tra cui:

- l'insufficienza di regole di appropriatezza per le post-acuzie;
- il non sufficiente monitoraggio di questi tipi di ricovero;
- la mancanza di un progetto complessivo del paziente ricoverato con la relativa destinazione a fine percorso;
- la insufficienza di posti letto territoriali.

Il risultato di queste criticità porta ad un numero alto di ricoveri e di una posti letto che supera i parametri nazionali.

OBIETTIVI

La Regione si propone i seguenti obiettivi per la rete ospedaliera di post-acuzie:

- miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri a tutti i livelli di post-acuzie sia di riabilitazione sia di lungodegenza postacuta in modo da poter offrire a ciascun paziente il trattamento e le risorse necessarie per la propria patologia nell'ambito di un percorso di cura in cui la riabilitazione e la lungodegenza postacuzie è soltanto un passo in una catena di cura;
- di conseguenza, riconversione di un considerevole numero di ricoveri inappropriati presso strutture di postacuzie ospedaliera in altre forme di cura territoriale: Cure Domiciliari, Strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria e strutture riabilitative;
- ridefinizione della rete di erogatori in modo da migliorare l'efficienza del sistema e il rientro dei parametri nazionali (0,7 PL per mille abitanti).

AZIONI PROPOSTE

Entro il 15/2/2011

La Regione emanerà una DGR con le regole sull'Appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale delle Strutture di I, II livello e Lungodegenza Ospedaliera descritte sopra.

Entro il 28/2/2011

La Regione emanerà una DGR contenente le Linee guida organizzative del DH riabilitativo ai fini di un corretto rapporto tra letti di R.O.e D.H. e di un appropriato utilizzo dei letti di DH.

Entro il 31/3/2011

La Regione emanerà una DGR a seguito dell'impegno di condividere nel I trimestre 2011 con le Strutture il piano di riordino della rete post-acuzie, arrivando a siglare gli accordi con le Strutture entro il 31/3/2011.

Entro il 30/4/2011

La Regione emanerà una DGR con il nuovo assetto della rete regionale di post-acuzie (comprensiva dell'adeguamento del rapporto numerico tra letti di R.O.e di D.H.) nonché degli indicatori per l'utilizzo di ospedalizzazione a domicilio e relativa integrazione tra ospedale e territorio per selezionate patologie.

Entro il 30/6/2011

La Regione emanerà una DGR con i risultati della trasformazione dei posti letto ospedalieri di post-acuzie in posti letto extra-ospedalieri di continuità assistenziale iniziata nel II trimestre 2011.

Entro il 31/12/2011

La Regione emanerà una DGR con i risultati della conclusione del completamento della riconversione delle Strutture con raggiungimento dello standard dello 0.7 letti di post-acuzie per mille abitanti ed attivazione dei letti previsti per l'area extra-ospedaliera di continuità assistenziale.

La Regione emanerà una DGR contenente le regole su Appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale delle Strutture di III livello.

RISVOLTI ORGANIZZATIVI

Affinché il ridimensionamento del numero di posti letto di post-acuzie e la realizzazione di una funzione extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria portino ad un reale risparmio di risorse e ad un miglioramento nella risposta ai bisogni degli utenti, **è necessario che la riduzione dei posti letto non sia spalmata percentualmente su tutte le strutture, ma preveda la possibilità di concentrare la riconversione di funzione in ambiti specifici**, tenendo in debito conto l'attività riabilitativa precedentemente svolta, le risorse strutturali disponibili, oltre che la distribuzione geografica, in modo da garantire un'ideale ripartizione dei vari setting riabilitativi nelle diverse aree.

Il ridimensionamento del numero di posti letto di post-acuzie renderà disponibili risorse mediche, infermieristiche e tecniche della riabilitazione che potranno essere impiegate per compensare le carenze indotte dal blocco del turn-over, anche mediante attuazione di specifiche convenzioni con le ASL territorialmente competenti, mantenendo la piena operatività dei posti letto che rientrano nello standard previsto e contribuendo allo sviluppo della rete ambulatoriale e domiciliare garantita dalle ASL.

Occorre supportare il cambiamento di funzione delle strutture interessate con un'adeguata formazione degli operatori, in modo che tutte le risorse possano svolgere adeguatamente il loro ruolo all'interno della rete regionale.

FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

1) Regione.

- Analisi periodica del rispetto della normativa vigente e degli indicatori individuati:
 - tasso di utilizzo posti letto
 - rispetto dei valori soglia di durata delle degenze
 - indicatori di appropriatezza clinica di ricovero dei pazienti nei diversi setting
 - tipologia dei pazienti trattati.

2) Distretto e Commissioni di vigilanza territorialmente competenti.

- Il Distretto deve svolgere le sue funzioni di tutela e di verifica del percorso del paziente attraverso Unità di Valutazioni Multidimensionali e Commissioni di vigilanza plurispecialistiche.

E' necessario prevedere una revisione annuale della normativa regionale sulla base dell'adeguamento della riorganizzazione della rete assistenziale e di continuità delle cure ai bisogni emergenti dell'utenza.

1.3.3. Il fabbisogno di strutture organizzative

LA SITUAZIONE ATTUALE DI STRUTTURE COMPLESSE DEI PRESIDII

La lettura della situazione attuale registrata nell'Anagrafe delle Strutture (settembre 2010) di strutture complesse dei presidi pubblici e di funzioni attivate presso le strutture private indica un numero totale di circa mille strutture complesse e di duecento punti di erogazione come risulta dalla tabella seguente.

(settembre 2010)	Strutture Complesse pubbliche	Punti di erogazione private	Totale
Specialità acuzie e diagnostica	841	152	993
Specialità postacuzie acuzie	61	67	128
Totale	902	219	1121
Funzioni di supporto	96	n/d	

Nota: delle 998 strutture complesse circa 60 non sono coperte.

La presenza di una Struttura complessa indica, nella prassi attuale, per le specialità di acuzie e, nella quasi totalità di postacuzie, un reparto autonomo con una propria organizzazione di assistenza. L'organizzazione dei presidi equiparati è simile a quelli pubblici mentre quella delle Case di cura normalmente è più flessibile sia per quanto riguarda l'organizzazione dei medici che dell'assistenza sanitaria. Un punto di erogazione di casa di cura significa, di conseguenza, la presenza della specialità e uno o più medici della specialità.

LA METODOLOGIA DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

Nel disegno della rete ospedaliera a rispetto delle linee guida condivise con l'Agenas è stato tenuto conto di una serie di requisiti determinanti per una buona sanità:

- l'integrazione della rete ospedaliera con **la rete dell'emergenza-urgenza** che richiede che presso i presidi esista una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità delle prestazioni per i gravi infortunati;
- le caratteristiche dimensionali della rete ospedaliera esistente permettono soltanto ad alcuni presidi pubblici di raggiungere una dimensione ottimale per un ospedale generale che svolga un ruolo all'interno della rete di emergenza (maggiore di 120 PL);
- le rispettive riduzioni di posti letto dovranno essere concentrate nelle strutture minori affinché la riorganizzazione si accompagni a miglioramenti dell'efficienza e a riduzioni effettive della spesa. Non ha infatti alcun senso "spalmare" tali riduzioni su tutte le strutture ospedaliere regionali;
- Le indicazioni sopra evidenziate hanno permesso alcune considerazioni:
 - il processo di appropriatezza, togliendo ricoveri inappropriati agli ospedali, libera presso gli stessi una capacità produttiva che può essere utilizzata per ristrutturare la rete ospedaliera. Il numero di ricoveri appropriati degli ospedali destinato a costituire la rete ospedaliera futura si riduce complessivamente rispetto alla situazione esistente. La proposta di rete ospedaliera comporta, quindi, l'erogazione di prestazioni presso strutture in grado di garantire la sicurezza e la qualità di cura relativa nonché una riconversione effettiva delle strutture sedi di PPI (Punto di primo intervento) per l'attività territoriale;

- la riduzione dei ricoveri a seguito del ricalcolo sopradescritto comporta, inoltre, la possibilità di una redistribuzione delle discipline;
- i rapporti con l'Università possono presentare delle aree di criticità con una distribuzione di specialità e di erogazione di prestazioni di ricovero non ottimale. Al fine di garantire l'attività didattica e la ricerca, si propone di integrare le strutture universitarie e quelle delle Aziende Sanitarie, al fine di permettere una razionalizzazione dei posti letto senza penalizzare la ricerca e la didattica.

L'ARTICOLAZIONE DEI POSTI LETTO PER AREA GEOGRAFICA

Le strutture ospedaliere pubbliche sono articolate nei seguenti gruppi secondo il ruolo all'interno della rete:

- **le aziende ospedaliere**, considerate riferimento, sede di DEA di secondo livello e strutture centrali all'interno di ciascuna area geografica, devono disporre di tutte le specialità e devono essere anche sedi delle **specialità con una diffusione rara sul territorio**;
- **i presidi ospedalieri** di base con attività specializzate indicati come sedi di DEA di primo livello e con un ruolo importante per **le specialità di media diffusione sul territorio**;
- **i presidi ospedalieri di base** sono le altre strutture delle ASL, sedi di Pronto Soccorso semplice, con la presenza di specialità diffuse.

Le strutture private, le case di cura e le strutture classificate, svolgono, secondo gli indirizzi del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, un ruolo complementare all'interno della rete ospedaliera. È a carico della Regione, sentita le Aziende Ospedaliere e le Aziende sanitarie locali, la definizione degli accordi per l'appropriatezza della loro corretta integrazione nella rete ospedaliera.

Le discipline rare sono assegnate ad uno o due presidi ospedalieri secondo le scelte di appropriatezza erogativa e di qualità delle prestazioni.

Le altre discipline sono assegnate alle aree geografiche sulla base della produzione appropriata erogata ed il bacino d'utenza relativo. All'interno di ciascuna area geografica si individua la quota di prestazioni appropriate in capo alle aziende ospedaliere con attività specializzate e si prosegue con l'attribuzione della quota delle strutture private. Eventuali aggiustamenti di prestazioni e relativi posti letto tra quota pubblica e privata dovranno essere risolti attraverso trattative a livello aziendale.

PROPOSTA DI ARTICOLAZIONE DI STRUTTURE ORGANIZZATIVE DI DIMENSIONI APPROPRIATE E PER BACINO DI UTENZA

La tabella seguente indica per ciascuna specialità l'intervallo di bacino d'utenza per attivare una struttura complessa di degenza oppure una struttura complessa di un servizio diagnostico o di supporto. Il bacino minimo indica la popolazione di riferimento minimo necessario per attivare la struttura complessa. L'intervallo è largo per poter essere applicato sia in ambito metropolitano che in ambito meno densamente popolato.

In coerenza con quanto sopra descritto, a seguito degli interventi per il recupero dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero e dell'efficienza produttiva si provvederà:

- alla riduzione delle Strutture Complesse duplicate nell'ambito della medesima disciplina, secondo i vincoli imposti dal layout;
- all'accorpamento di Strutture Complesse di specialità differenti, ma assimilabili per area (medico-chirurgica) o per intensità di cura (elevata, media assistenza, assistenza di base), per evitare una frammentazione delle unità operative con dotazioni di posti letto inferiori a soglie di efficienza ragionevoli.

Le specialità sono organizzate in modo seguente:

- Se specialità per acuzie (0) e postacuzie (1)
- Per area:
 1. Area medica
 2. Area chirurgica
 3. Area materno infantile
 4. Area Emergenza
 5. Area psichiatria
 6. Area postacuzie
 7. Area diagnostica
 8. Area supporto
- Per diffusione
 1. disciplina rara
 2. disciplina di media diffusione
 3. disciplina di alta e altissima diffusione
- Per diffusione

Tab 8 . Bacino di utenza per specialità e PL indicativi per struttura complessa (S.C.)

					Bacino di Utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)				(*)
A c u	A r e a	Dif fu si on e		Specialità	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		PL / S.C.
					Bacino massim o	Bacino minimo	Bacino massim o	Bacino minimo	
0	1	2	1	Allergologia			2	1	
0	1	3	8	Cardiologia	0,3	0,15			20
0	1	3	8	Emodinamica (SS)			0,6	0,3	
0	1	2	18	Ematologia	0,8	0,4			20
0	1	2	19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	0,8	0,4			20
0	1	1	20	Immunologia e centro trapianti			4	2	0
0	1	2	21	Geriatrics	0,8	0,4			20
0	1	2	24	Malattie infettive e tropicali	1	0,5			20
0	1	1	25	Medicina del lavoro	2	1			20
0	1	3	26	Medicina generale	0,15	0,075			24
0	1	3	29	Nefrologia	0,8	0,4			20
0	1	3	32	Neurologia	0,3	0,15			20
0	1	2	52	Dermatologia	1	0,5			20

					Bacino di Utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)				(*)
A c c u	Ar e a	Dif fu si on e		Specialità	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		PL / S.C.
					Bacino massim o	Bacino minimo	Bacino massim o	Bacino minimo	
0	1	1	57	Fisipatologia della riproduzione umana	4	2			20
0	1	2	58	Gastroenterologia	0,8	0,4			20
0	1	3	64	Oncologia	0,8	0,4	0,3	0,3	16
0	1	2	65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)	0				20
0	1	1	66	Oncoematologia pediatrica	4	2			20
0	1	2	68	Pneumologia	0,8	0,4			20
0	1	2	70	Radioterapia (vedere codice 74)					0
0	1	1	71	Reumatologia	1	0,5			20
0	1	2	74	Radioterapia oncologica			1	0,5	0
0	1	1	77	Nefrologia pediatrica	6	4			20
0	2	1	6	Cardiochirurgia infantile	6	4			16
0	2	1	7	Cardiochirurgia	1	0,5			16
0	2	3	9	Chirurgia generale	0,2	0,1			24
0	2	1	10	Chirurgia maxillo-facciale	2	1			16
0	2	1	11	Chirurgia pediatrica	2	1			20
0	2	1	12	Chirurgia plastica	2	1			16
0	2	1	13	Chirurgia toracica	1,5	0,8			16
0	2	2	14	Chirurgia vascolare	0,8	0,4			16
0	2	2	30	Neurochirurgia	1	0,5			20
0	2	3	34	Oculistica	0,3	0,15			16
0	2	2	35	Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4			20
0	2	3	36	Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1			24
0	2	3	38	Otorinolaringoiatria	0,3	0,15			16
0	2	3	43	Urologia	0,3	0,15			20
0	2	1	48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2			20
0	2	1	76	Neurochirurgia pediatrica	6	4			20
0	2	1	78	Urologia pediatrica	6	4			20
0	3	3	31	Nido					0
0	3	2	33	Neuropsichiatria infantile			0,8	0,3	0
0	3	3	37	Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15			24
0	3	3	39	Pediatria	0,3	0,15			20

					Bacino di Utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)				(*)
A c c u	Ar e a	Dif fu si on e	Specialità		Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		PL / S.C.
					Bacino massim o	Bacino minimo	Bacino massim o	Bacino minimo	
0	3	3	62	Neonatologia	1	0,5			20
0	4	1	46	Grandi ustioni pediatriche					8
0	4	1	47	Grandi ustionati	6	4			8
0	4	3	49	Terapia intensiva	0,3	0,15			8
0	4	3	50	Unità coronarica	0,3	0,15			8
0	4	3	51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	0,3	0,15			8
0	4	2	73	Terapia intensiva neonatale	1	0,5			8
0	5	3	40	Psichiatria	0,3	0,15			16
0	7			Laboratorio d'analisi			0,3	0,15	0
0	7			Microbiologia e virologia			1	0,5	
0	7		3	Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15	0
0	7		5	Angiologia					0
0	7		15	Medicina sportiva			attività territorial e		0
0	7		27	Medicina legale			attività territorial e		0
0	7		41	Medicina termale			n/a		0
0	7		42	Tossicologia			6	4	0
0	7		54	Emodialisi (vedere nefrologia cod 29)	0,5	0,3			0
0	7		61	Medicina nucleare			1	0,5	0
0	7		69	Radiologia			0,3	0,15	0
0	7		82	Anestesia e rianimazione (Serv. ambulatoriale vedere 49)			In rapporto all'articol azione della rete dei pronto soccorso		0
0	8		DS	Direzione sanitaria di presidio			1 SC per HUB e spoke, SS nei presidi di base		

					Bacino di Utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)				(*)
A c c u	A r e a	Dif fu si on e	Specialità		Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		PL / S.C.
					Bacino massim o	Bacino minimo	Bacino massim o	Bacino minimo	
0	8		F	Farmacia ospedaliera			1 SC per HUB e spoke.		
0	8			Servizio trasfusionale			0,3	0,15	
0	8		2	Day hospital (multispecialistico)					0
0	8		55	Farmacologia clinica			n/a		0
0	8		67	Pensionanti (multispecialistico)			n/a		0
0	8		97	Detenuti					0
0	8		98	Day surgery					0
1	6	1	28	Unità spinale	4	2			20
1	6	3	56	Recupero e riabilitazione funzionale	0,3	0,15			24
1	6	3	60	Lungodegenti					24
1	6	2	75	Neuroriabilitazione	2	1			20

(*) il numero di posti letto, ordinari e di day hospital, è indicativo per il pubblico; per il privato si farà riferimento ai corrispondenti volumi di attività

CONSIDERAZIONI A LIVELLO DI SPECIALITÀ

Nell'ambito dell'intervallo indicato per ciascuna specialità è possibile comporre il singolo ospedale in modo che le strutture complesse di ciascuno siano compatibili con il ruolo necessario nell'ambito del sistema emergenza-urgenza. Eventuali strutture semplici possono essere articolate in modo da completare la rete della singola patologia / specialità.

All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e quella di post-acuzie con l'attività territoriale. Tra i principali si annoverano i seguenti:

- Materno infantile (>= 500 parti all'anno oppure >=900 parti all'anno)
- Emergenza cardiologica
- Ictus cerebrale
- Trauma grave
- Cure psichiatriche
- Oncologica
- Insufficienza renale
-

I gruppi di lavoro attualmente attivi hanno le seguenti scadenze per la presentazione dei loro risultati:

Rete Infarto
Rete ICTUS

28/2/2011
31/3/2011

Rete Traumatologica	30/4/2011
Rete Neonatologia e Punti nascita	30/5/2011
Rete Medicine specialistiche	30/6/2011
Rete Oncologica	30/6/2011
Rete Pediatrica	30/6/2011
Restanti reti	30/9/2011

L'intervallo 0,15-0,30 milioni di abitanti (quindi da 150.000 abitanti a 300.000 abitanti) è applicato per specialità con la presenza prevista presso DEA di primo livello.

La cardiologia è prevista presso i presidi sede di DEA di primo e secondo livello nonché a supporto della cardiocirurgia.

Sono previsti dei percorsi clinici che integrino le chirurgie specialistiche come l'ortopedia e la traumatologia con la medicina generale in modo da garantire la visione olistica della cura.

La neonatologia è prevista come struttura complessa soltanto presso le strutture di riferimento, mentre le funzioni di neonatologia saranno presenti nei punti nascita.

La presenza di neuroradiologia e radiologia interventistica è prevista presso le radiologie con un bacino d'utenza da 0,5 a 1 milioni di abitanti.

PROPOSTA DI ARTICOLAZIONE DI FUNZIONI NELLA RETE OSPEDALIERA

Sulla base dei parametri per specialità indicati nelle pagine precedenti e dell'analisi relativa si arriva ad un numero di strutture complesse e di punti di erogazione sensibilmente più basso rispetto alla situazione esistente.

Fig 9. Organizzazione della Rete ospedaliera proposta (da suddividere tra erogatori pubblici e privati)

	Situazione attuale			Risultato dall'applicazione dei parametri Agenas
	Strutture Complesse pubbliche	Punti di erogazione private	Totale	
Specialità acuzie e diagnostica	841	152	993	725
Specialità postacuzie	61	67	128	50
Totale	902	219	1121	775
Funzioni di supporto	96	n/d		87

Il confronto tra la situazione attuale e il risultato dall'applicazione dei parametri Agenas, e quindi da una corretta applicazione del bacino di utenza e delle dimensioni corrette dei reparti, evidenzia un potenziale risparmio di più di trecento unità. Già il confronto tra le strutture complesse pubbliche e il risultato dall'applicazione dei parametri evidenzia una differenza di circa centoventicinque strutture complesse delle specialità di acuzie, di post-acuzie e di diagnostiche oltre che una decina di unità delle funzioni di supporto.

CRITICITÀ

Il confronto tra la situazione esistente e l'applicazione appropriata dei criteri evidenzia una potenziale molto grande di razionalizzazione del sistema ospedaliera attuale. L'applicazione totale potrebbe, però, richiedere dei cambiamenti strutturali non possibili a breve termine. E' compito delle nuove aziende ospedaliere studiare la situazione reale per identificare le possibilità all'interno del periodo di applicazione del piano di rientro. Il metodo corretto per le aziende ospedaliere è quello di un'analisi attenta di rete per specialità rispetto al proprio bacino di utenza. I gruppi di lavoro attivati hanno il compito di proporre delle indicazioni più specifiche da applicare da parte delle aziende ospedaliere.

La conferma della possibilità di un forte intervento di razionalizzazione risulta da due studi effettuati dell'Assessorato negli ultimi anni. In uno studio si confronta la produzione ospedaliera erogata con il numero di medici, infermieri, OSS, personale tecnico e amministrativo dei presidi ospedaliere eroganti (in totale circa quarantamila persone). Rispetto a dei criteri di efficienza si evidenzia, nel 2009, un surplus di personale che supera il 10% (quasi cinquemila persone) anche se alcuni presidi ospedalieri rientrano nei parametri. Altri studi evidenziano la possibilità di un forte intervento di razionalizzazione a seguito di una razionale dislocazione delle specialità, dei reparti di dimensioni ottimali e di una organizzazione dell'attività impostato con il criterio delle reti ospedaliera con gli ospedali di riferimento collegati con le strutture cardine e quelle minori.

L'analisi del rischio clinico in ospedale evidenzia che esiste una curva di apprendimento per tipologia di intervento. Le strutture che non erogano un numero di interventi programmati di un certo tipo di intervento non erogano una buona qualità clinica. E', quindi, necessario cercare e applicare per tutte le strutture il livello minimo relativo.

L'utilizzo delle sale operatorie nei presidi pubblici è troppo basso con la conseguenza di un uso non efficiente del personale relativo. E' necessario concentrare gli interventi e le sale operatorie in modo da superare una soglia di utilizzo (per esempio 70%) per permettere un uso migliore delle risorse. I risparmi conseguiti possono essere utilizzati per migliorare la percentuale di fatture di femore che beneficiano dall'intervento relativo entro le 48H, indicatore nazionale.

OBIETTIVI

L'obiettivo complessivo della revisione delle strutture complesse è la razionale distribuzione di unità produttive per singolo presidio e per singola specialità secondo la logica di HUB e SPOKE. Questa distribuzione permette a ciascuna struttura complessa di raggiungere un ruolo ben definito, un afflusso di pazienti sufficiente per garantire la creazione e il mantenimento dello skill professionale e un ritmo di investimenti tale da offrire ai pazienti una tecnologia aggiornata. Questo obiettivo deve essere raggiunto appieno a medio-lungo termine anche a seguito di interventi strutturali maggiori.

Una parte della riduzione di strutture complesse e di personale ospedaliero sarà realizzata attraverso la riconversione dei presidi ospedalieri indicata nella sezione "1.2.2 La ridefinizione della rete di emergenza ospedaliera". L'azione di riduzione dei posti letto di post-acuzie comporterà, per la pro-quota di strutture regionali, una riduzione di strutture complesse relative e di personale. L'applicazione delle regole di appropriatezza per i ricoveri per acuti comporterà, insieme alla ristrutturazione della rete ospedaliera all'interno delle sei aziende ospedaliere, ad una riduzione di strutture complesse e di personale di acuzie e di diagnostica strumentale. La liberazione di personale presso strutture non appropriate permetterà un rafforzamento delle strutture territoriali e una compensazione per il personale che va in pensione.

AZIONI PROPOSTE

Entro il 28/2/2011

La Regione emetterà una DGR che in via preventiva indichi il bacino di utenza e le dimensioni dei reparti per singola specialità con l'obiettivo di essere tabella di riferimento per gli accorpamenti e di indirizzo per i gruppi di lavoro dei medici che saranno attivati o che già lavorano per produrre delle proposte di articolazione delle reti per singola specialità e come linee guida per i commissari delle nuove aziende ospedaliere. La delibera è coordinata con quella della rete di emergenza/urgenza con le caratteristiche dei presidi sedi degli ospedali di riferimento, strutture cardine ecc.HUB, e con la necessità di garantire una presenza minima di specialità relative.

Entro il 31/3/2011

La Regione emetterà una DGR che articoli le regole di condivisione, all'interno di un dipartimento, di posti letto da parte di più primari.

La Regione emetterà una DGR sull'utilizzo delle sale operatorie nei presidi pubblici in cui si concentrano gli interventi e le sale operatorie in modo da superare una soglia di utilizzo (per esempio 70%) per permettere un uso migliore delle risorse. I risparmi conseguiti saranno utilizzati per migliorare la percentuale di fatture di femore che beneficiano dall'intervento relativo entro le 48H, indicatore nazionale.

Entro il 30/6/2011

La Regione emetterà una DGR che sulla base dei risultati dei lavori di rete per singola specialità vincola i commissari alla realizzazione, per singola azienda ospedaliera, degli HUB / SPOKE / ospedale generale/Territorio di ciascuna specialità e il numero di strutture complesse e semplici relative. Per le specialità rare che richiedono un'articolazione di HUB e SPOKE a livello regionale sarà identificato il ruolo di ciascun presidio ed il numero di strutture complesse e semplici relative nonché i legami con le strutture territoriali.

La Regione emetterà una DGR che assegni gli investimenti in attrezzature e edilizia alla singola azienda e presidio in coerenza con i ruoli dei presidi all'interno della rete. La DGR presenterà anche delle regole per gli investimenti autofinanziati.

Entro il 30/9/2011

La Regione emetterà una DGR che sulla base dei risultati dei lavori di rete per le specialità restanti vincola i commissari alla realizzazione, per singola azienda ospedaliera, degli HUB / SPOKE / ospedale generale/Territorio di ciascuna specialità e il numero di strutture complesse e semplici relative.

RISVOLTI ORGANIZZATIVI ED ECONOMICI

La parte metodologica presentata e il confronto tra una situazione di dislocazione "ideale" e la situazione attuale evidenzia una possibilità di riduzione di diverse centinaia di strutture complesse e di diverse migliaia di dipendenti. Si evidenzia, inoltre, la possibilità di razionalizzare fortemente la presenza degli erogatori privati in modo di indirizzare un loro contributo al sistema sanitario in modo più complementare rispetto alle strutture pubbliche e per ridurre i tempi di attesa di quegli interventi a cui la regione intende dare la priorità.

E', di conseguenza, prevista la riconversione di alcuni presidi pubblici che non sono necessari per il sistema di emergenza-urgenza e che non possono rafforzare la capacità produttiva degli altri presidi. E' prevista la riconversione, a medio termine, di circa dieci presidi che oggi hanno dei reparti di acuzie oppure di post-acuzie.

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 nei prossimi capitoli. In particolare sono quantificati nella sezione "Personale" sia riguardante il personale dipendente che il personale a forme atipici.

La riduzione dei costi dei ricoveri e dei punti di erogazione presso le strutture private trova il riscontro economico nella sezione "Acquisto prestazioni da privato".

FONTI DI VERIFICA E INDICATORI

La regione Piemonte ha già un flusso trimestrale (Piani di Attività) che misura l'andamento del personale e delle strutture complesse per i cinque settori aziendali (ospedale, territorio, prevenzione, supporto tecnico/logistico/amministrativo e libera professione). Si richiede un report della procedura che evidenzia trimestralmente l'andamento per settore e per azienda con confronto con l'anno precedente e l'obiettivo da raggiungere.

1.4. La Rete Territoriale

LA SITUAZIONE ATTUALE

La Regione Piemonte ha perseguito, per molti anni, una strategia di rafforzamento dell'assistenza territoriale attraverso degli investimenti in strutture volte a soddisfare tutti i livelli assistenziali (residenzialità, semiresidenzialità e assistenza domiciliare per i vari tipi di soggetti e di patologie). Il risultato è una buona capacità produttiva, rispetto ai parametri nazionali. Tuttavia è rimasto invariato, negli ultimi anni, il tasso di ospedalizzazione e il numero di ricoveri evitabili; secondo il metodo Agenas, i valori sono ancora alti e molto variabili tra le singole ASL della regione. Le azioni adottate per ridurre il carico di lavoro del settore di emergenza ospedaliera non hanno prodotto i risultati attesi, visto il numero di accessi in pronto soccorso di codici bianchi e verdi. Nel frattempo non si è ancora verificata l'integrazione tra le funzioni sanitarie e quelle sociali. Anche in questo caso si evidenziano delle differenze notevoli tra le singole aree geografiche della regione. Sembra che l'incremento dell'offerta territoriale sia stata principalmente aggiuntiva e non sostitutiva rispetto al livello ospedaliero.

CRITICITA'

Le principali criticità sono legate al frazionamento dell'offerta e della mancata presa in carico dell'assistito e quindi:

- presa in carico dei pazienti fragili estemporanea da parte del territorio;
- scarso coordinamento tra gli attori del territorio;
- scarso riferimento degli studi medici di medicina generale come primo accesso alle cure;
- obiettivi assegnati alla medicina generale non finalizzati alla continuità assistenziale e poco governati a livello regionale;
- pochi obiettivi assegnati agli ospedali finalizzati alla continuità assistenziale;
- pochi obiettivi assegnati agli specialisti ospedalieri finalizzati all'appropriatezza "gestionale" del paziente (farmaci, indagini diagnostiche, ricoveri);
- accessi impropri in pronto soccorso e conseguenti ricoveri impropri;
- utilizzo delle strutture degenziali di secondo livello come surrogato di una presa in carico territoriale;
- scarsa attitudine alla gestione per percorsi dei pazienti da parte del medico di medicina generale;

- troppe centrali operative: Centrali Operativi di Continuità Assistenziale (COCA), centrale operativa cure domiciliari, UVG, UVG ospedaliera, centrale operativa cure palliative.

La riforma regionale della sanità con la concentrazione delle reti ospedaliere rende ancora più critica la debolezza complessiva del Territorio. Man mano che l'ospedale razionalizza i propri percorsi è necessario che le ASL con i propri Distretti attivino tutte le azioni descritte in precedenza e quelle che si sono rivelate efficaci in alcuni ASL della regione ed in altre regioni. Bisogna, di conseguenza, creare una cultura di gestione dei percorsi dei pazienti in modo da ridurre le non appropriatezze cliniche e di livello descritte sopra.

METODOLOGIA

Nel descrivere la metodologia utilizzata si fa riferimento ai principali obiettivi che si vogliono raggiungere divisi in generali e in specifici.

OBIETTIVI

1.4.1. **Miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale**

MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA

In una situazione come quella piemontese è necessario realizzare interventi volti al miglioramento dell'"*appropriatezza clinica*", attraverso la condivisione con i clinici di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA). Gli obiettivi saranno mirati ad ottenere una riduzione dei costi della spesa farmaceutica e, attraverso il miglioramento della qualità dei trattamenti, della diagnostica ma soprattutto nella corretta gestione dell'assistenza alla persona erogata nella "Catena di cura".

I temi vanno affrontati congiuntamente con il coinvolgimento delle componenti professionali intra ed extra ospedaliere negli stessi tavoli di discussione; vanno accuratamente evitati, in particolare per l'appropriatezza prescrittiva, approcci con impostazione solo economica, sia perché in altre realtà si sono dimostrati meno efficaci, sia per evitare nei sanitari delle posizioni di rifiuto. Di pari importanza è il miglioramento della "*appropriatezza di livello*", ottenibile attraverso interventi sui modelli organizzativi e di presa in carico dei pazienti cronici. Anche in questo caso è fondamentale il lavoro di condivisione tra professionisti Ospedalieri e Territoriali, sia a livello medico sia a livello infermieristico, attraverso gruppi di lavoro misti per soluzioni condivise. Solo chi lavora sul campo può attuare in concreto il cambiamento e merita di partecipare alle decisioni attuali anche per evitare di proporre soluzioni tecnicamente corrette, che però corrono il rischio di non ottenere risultati concreti.

L'appropriatezza di un intervento professionale (dal documento finale del Mattone 7)

Si possono così individuare almeno cinque condizioni che fondano l'appropriatezza di un intervento

professionale e che riguardano:

- le caratteristiche del paziente (cliniche, con riferimento alla condizione acuta o cronica della patologia presentata, socio-culturali, con riferimento alla compliance attesa, etc.);
- le caratteristiche della prestazione (efficacia, sicurezza, costo, accettabilità, continuità assistenziale, etc.);
- il tempo di erogazione della prestazione in relazione alla storia clinica del paziente;
- le caratteristiche del livello assistenziale (alta specialità, area critica, degenza ordinaria, day hospital, consulenza specialistica, assistenza ambulatoriale);
- le caratteristiche del professionista che in concreto fornisce la prestazione.

L'appropriatezza quindi riguarda, da una parte, la valutazione delle circostanze nelle quali un intervento di dimostrata efficacia viene applicato nella pratica corrente. Un intervento efficace può, infatti, essere applicato o meno in modo appropriato, e cioè proprio nelle indicazioni per le quali il rapporto fra benefici e rischi è favorevole. Questa

specifica dimensione dell'appropriatezza, che fa riferimento all'applicazione di interventi di efficacia dimostrata in contesti nei quali il profilo beneficio-rischio per i pazienti si mantiene favorevole, viene solitamente presentata come appropriatezza clinica.

Ad essa, si affianca la dimensione dell'appropriatezza organizzativa, che concerne, in primo luogo, l'ambito nel quale sono erogati gli interventi. Il riferimento è alle azioni di contesto che massimizzano l'efficacia di un intervento o, più verosimilmente, minimizzano i possibili rischi legati alla sua erogazione. Un esempio è rappresentato dall'applicazione di programmi mirati a ridurre il rischio di infezioni ospedaliere, o di errori medici, all'interno di una struttura sanitaria.

Ancora, rientrano nella dimensione dell'appropriatezza organizzativa azioni tese a individuare e rimuovere incentivi perversi, si pensi a tariffe di rimborso incongrue, che possono stimolare l'esecuzione di prestazioni anche quando i rischi individuali superano i benefici o quando modalità differenti di erogazione (per esempio, nella scelta fra ricovero ordinario, ricovero diurno e prestazione ambulatoriale) sono disponibili.

In secondo luogo, la nozione di appropriatezza organizzativa include il riferimento al criterio dell'efficienza produttiva, intesa come minimizzazione dei costi per unità prodotta. Oltre ad essere clinicamente appropriata, l'esecuzione di un intervento deve tenere conto dell'utilizzo efficiente delle risorse: un intervento inefficiente non diventa per questa ragione inappropriato da un punto di vista clinico, ma inappropriato da un punto di vista dell'erogazione/organizzazione. Mentre il miglioramento dell'appropriatezza clinica garantisce l'effettivo perseguimento della qualità dell'assistenza, l'uso efficiente delle risorse rende massimo il numero di pazienti che possono accedere a interventi efficaci. Da notare, però, che anche l'inappropriatezza clinica provoca, oltre a un danno per il paziente, uno spreco di risorse per la collettività.

I pazienti particolarmente interessati da tutte e due le definizioni di appropriatezza sono quelli fragili. La fragilità si identifica per la sussistenza di problemi di cronicità, di non autosufficienza, di condizioni sociali deprivanti le capacità di autogestione dello stato di malattia. Essa trova possibilità di individuazione in condizioni cliniche fisiche psicologiche sociali ma soprattutto in una caratteristica funzionale che si esprime nel problema derivato da un bisogno di presa in carico di una assistenza più o meno intensiva ma costantemente continuativa.

Il paziente può essere considerato fragile in base ai seguenti indicatori:

- a) l'età superiore a 80 anni
- b) malattia cronica evolutiva ed invalidante in qualsiasi età adulta
- c) problemi di comorbilità associata a non autosufficienza
- d) esistenza di problematiche già accertate dalle commissioni territoriali UVG/UVA/UVMD con progetti di protezioni sanitarie o socio-sanitarie da parte di servizi territoriali, più o meno congiunti ad interventi specialistici integrativi della assistenza del MMG
- e) diagnosi di grandi Sindromi Geriatriche (Demenza, Malnutrizione, S.Ipocinetica, ecc.)

Presa in carico territoriale

Il territorio deve realizzare una reale e concreta presa in carico del paziente anziché mantenere lo storico atteggiamento autorizzativo. La complessità del percorso assistenziale, la multidisciplinarietà che caratterizza oggi la maggior parte degli atti sanitari, la diversità dei luoghi di cura e di presa in carico, impongono un forte sistema di relazioni in grado di presidiare i passaggi in cura e le integrazioni se non vogliamo che questi diventino elementi di criticità e frammentazione. E', di conseguenza, necessario implementare modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le formule organizzative per la presa

in carico del paziente che viene avviato ad un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). In tal senso, il PDTA deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale, altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso. E' necessario attivare la continuità assistenziale (disease management) basandosi su:

- l'adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica e le corrette abitudini alimentari, visti non solo come strumento di prevenzione, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione della patologia. In questa ottica è stata promossa l'Attività Fisica Adattata (AFA) come un programma di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicato per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate negli esiti della malattia. Il modello della Società della Salute permetterà, inoltre, di inserire nell'elaborazione dei Piani Integrati di Salute tutte quelle azioni legate agli stili di vita e alla qualità dell'ambiente in senso esteso, che sono finalizzate ad impedire l'insorgenza o a ritardare l'aggravarsi delle malattie croniche;
- l'implementazione delle competenze, nel team multiprofessionale, per far acquisire alle persone assistite quelle capacità che le mettano in grado di attuare un'adeguata autogestione (self care) della propria malattia
- l'attuazione degli interventi assistenziali presso il domicilio del malato o l'ambulatorio del MMG, ivi inclusi i test diagnostici e le medicazioni, ove necessarie, con l'utilizzo del " Libretto Personale di Patologia", da inserire nella Carta sanitaria;
- un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG.

Tale registrazione dei casi, che potrà consolidarsi in uno specifico registro, e che funzionerà come un'unica Centrale operativa territoriale che integra quella del 118, permette la gestione di un sistema finalizzato verso almeno quattro funzioni:

- la tracciabilità del percorso;
- la gestione di un data base dei casi, condivisa e disponibile per tutti coloro che sono coinvolti nel processo di cura e di assistenza;
- la ricerca attiva dei pazienti per garantire la presa in carico proattiva e la continuità del percorso in relazione ai programmi definiti e al monitoraggio dei costi collegati alla patologia;
- un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico.

Al fine di chiarire come potrà essere organizzato il servizio di presa in carico del paziente da parte dell'ASL è necessario distinguere tra i pazienti già ricoverati e quelli che arrivano al sistema emergenza/urgenza con un problema risolvibile ad altri livelli assistenziali.

Per il primo gruppo di pazienti, si può prevedere un POOL di presa in carico formato da personale sanitario (infermieri con particolare formazione e attitudine) coordinato da un medico specialista per questi tipi di pazienti. Spesso la prima funzione del SSR, il contatto con il paziente critico, è svolto dal sistema del 118/Pronto Soccorso, attraverso il Triage, che dovrà essere strettamente integrato con il POOL. Al momento della segnalazione di un paziente all'ASL, una persona del gruppo prende in carico il paziente e ne gestisce la definizione del percorso diagnostico terapeutico, il progetto di cura, insieme all'Unità di Valutazione

Multidimensionale, nonché, successivamente, tutti i passaggi da un livello assistenziale all'altro. Chi ha preso in carico il paziente sarà, inoltre, in stretto contatto con i "case manager" presso le strutture sanitarie che gestiscono il paziente.

Per il secondo gruppo di pazienti è previsto il collegamento tra il sistema 118/PS e i MMG attraverso un'integrazione tra il sistema informatico 118/PS e un sistema da creare per i MMG.

Gestione integrata con l'emergenza dei codici bianchi e verdi

Al fine di contribuire a perseguire l'appropriatezza, è importante che all'interno delle Centrali Operative 118 (C.O.), il processo di valutazione sanitaria telefonica possa determinare l'attribuzione di un codice Bianco o Verde. Mentre nel secondo caso l'invio del mezzo di soccorso rientra nella routine operativa dei Sistemi di emergenza, nel caso dei codici bianchi si è da tempo consolidata l'idea, supportata dalla definizione del codice bianco stesso, che potrebbe essere giustificato il NON INVIO del mezzo di soccorso.

Questa condizione porterebbe ad una netta riduzione dei servizi assegnati ai Mezzi di Soccorso di Base (MSB) (circa il 20% del totale su Torino), con ovvio "risparmio" dei mezzi stessi che verrebbero meglio utilizzati sugli altri codici.

Seppur coscienti di questa possibilità fino ad oggi il non invio del mezzo non è risultato uno strumento applicabile e applicato all'interno delle nostre C.O. Le principali obiezioni a tale comportamento, da parte del valutatore telefonico infermiere, sono essenzialmente di natura medico legale e riferite soprattutto all'ambito della tutela sulla scelta effettuata in caso di contenzioso per aggravamento del paziente (ipotesi di errata valutazione telefonica) oppure per una generica rappresentazione di scarsa attenzione da parte del servizio 118 alle necessità degli utenti anche amplificate dagli organi di stampa.

Altra problematica legata al non invio è quella dell'alternativa terapeutica offerta al paziente; se è vero che alcune patologie non possono che essere codici bianchi, è pur vero che per il paziente il problema esiste, e quindi un indirizzo di comportamento, almeno, dovrebbe essere fornito.

In alcuni casi, l'intervento del medico di centrale che telefonicamente ha "assistito" con un consulto il paziente in codice bianco può aver contribuito alla risoluzione del caso, ma questa modalità operativa non può rappresentare la soluzione quando si parla di grandi numeri o di applicazioni routinarie. Resta quindi da definire quale percorso e con quali modalità l'infermiere valutatore possa e debba deviare il paziente dal percorso "urgente" per indirizzarlo verso un percorso sicuramente tutelato e che possa fornire al paziente una risposta.

A tal proposito, l'introduzione del software specifico (il Dispatch) ha sicuramente fatto fare un passo in avanti alla Regione; l'identificazione dei codici bianchi così come concordato tra tutte le C.O. (tabella dei codici costruita insieme), ha avuto un certo incremento. Il Software però su questa materia ha un limite; creato per identificare le situazioni di emergenza, non risulta idoneo per approfondire una eventuale "valutazione secondaria" su quel codice che lui stesso ha identificato come bianco.

Si ritiene quindi importante creare un protocollo per la valutazione dei codici bianchi. Si deve quindi pensare ad un percorso che nascendo da una prima identificazione di Bianco dal Dispatch, faccia entrare, togliendosi (magari solo temporaneamente) dall'ambito emergenza-urgenza, in un percorso alternativo caratterizzato da una valutazione sanitaria più mirata e non vincolata agli stretti parametri temporali che l'emergenza impone.

Ulteriore necessità è quella delle risposte offerte e degli strumenti a disposizione della C.O. 118 per soddisfare i bisogni del paziente.

Si ritiene quindi che si possa formulare una proposta di percorso “codice bianco e parte dei codici verdi” che si riporta di seguito sottolineando che deve essere ulteriormente condivisa con gli operatori del sistema.

All’atto della ricezione della telefonata, il valutatore esegue il protocollo che esiterà in una codifica BIANCO (VERDE).

A questo punto il paziente esce dal percorso urgente (ma non è detto che non vi rientri) e, con lo stesso infermiere o con un valutatore dedicato, inizia una valutazione clinica più approfondita, più mirata ad indagare tutti i sintomi che il Dispatch appena tocca proprio per la sua caratteristica di filtro per le urgenze.

Il paziente “BIANCO” viene quindi sottoposto, previa informativa del percorso che sta per intraprendere (“Il suo caso non è urgente, quindi abbiamo un po’ di tempo in più per capire quale possa essere la cosa migliore per lei”, una cosa del genere) ad una valutazione clinicamente più mirata al sintomo riferito. Tale seconda fase può durare anche qualche minuto, anzi dovrebbe durare qualche minuto. Durante questa “valutazione non urgente” non è detto che, a seconda della domanda posta e della risposta ottenuta, il paziente non rientri nell’altro percorso, quello urgente con innalzamento del codice ed invio di un mezzo di soccorso. In questa evenienza il caso si chiuderebbe con l’invio del mezzo, e rientrerebbe nella nostra routine.

Ma cosa fare se il paziente BIANCO ancorché valutato con più dettaglio permane BIANCO? La valutazione “non urgente” opportunamente pesata e a seconda delle informazioni raccolte può fornire tipologie di risposta diverse.

Una delle possibilità potrebbe essere quella di lasciare a domicilio i pazienti identificati con codice BIANCO/VERDE facendo intervenire, non in urgenza, équipes dedicate a questa funzione che possano eseguire le idonee valutazioni sanitarie ed indirizzare il paziente alla cura definitiva (passaggio al curante, prenotazione di esami e/o ulteriori accertamenti specialistici in via telematica con accesso al CUP Unificato).

Altre esperienze fuori dall’Italia hanno evidenziato la possibilità che dalla C.O. possa essere inoltrato al curante del paziente un file contenente la valutazione effettuata e i provvedimenti adottati, in maniera che il MMG/PLS sia informato di quanto accaduto e possa così garantire una continuità di cura con quanto intrapreso.

Ad esempio per un dato sintomo “dolore addominale”, eseguito il Dispatch e risultato BIANCO, si inizia la valutazione “non urgente”. Tale valutazione potrebbe, anche in momenti diversi, esitare in risposte tipo:

- prenda un farmaco X e la richiamerò tra 60 minuti;
- chiami la guardia medica stasera;
- vada domani dal suo medico di famiglia;
- si rechi da solo al pronto soccorso;
- stiamo inviando un medico per visitarla;
- abbiamo provveduto a prenotarle una visita per il giorno X.

Le risposte sanitarie possono trovare una propria collocazione organizzativa presso i CAP. E’ chiaro che la “valutazione non urgente” di questo sintomo prevede alcuni meccanismi di rientro (e quindi di sicurezza) nel percorso urgente, e quindi può comportare l’invio di un mezzo di soccorso in urgenza.

Tale percorso potrebbe garantire:

- una ragionevole sicurezza di autorizzare un protocollo di NON INVIO del mezzo, laddove le valutazioni effettuate seguano scrupolosamente i percorsi stabiliti;
- una ragionevole sicurezza al diniego del mezzo da parte del valutatore, se non urgente e se ottemperati i percorsi;
- La possibilità di poter fornire una risposta “pesata” e basata sulle necessità del paziente stesso;
- La possibilità di iniziare una stretta collaborazione con i medici di famiglia, almeno con gli studi associati. In altre realtà, infatti, qualora il paziente rientri nel percorso non urgente ma venga seguito dalla C.O. fino ad una risposta non urgente come quelle

prima illustrate a titolo di esempio, la C.O. stessa ha cura di informare il curante del paziente assistito (email, fax ecc) della valutazione eseguita e del consiglio fornito.

A supporto dell'importante dell'introduzione di protocolli come quello suggerito si riportano alcuni numeri sul Piemonte.

Del totale chiamate annue al numero "118": 425.145:

- risposta telefonica con consulto: 73.656 (17%) *Di questi pazienti non abbiamo un feed-back che ci indichi quale azione successiva al consulto abbiamo intrapreso, ovvero se si siano spontaneamente rivolti ad una struttura sanitaria per visita;*
- totale invio mezzi: 351.489 (83%) *A questa percentuale con idoneo percorso come sopra esemplificato si potrebbe aggiungere un 5% (circa 17-18.000 interventi e cioè 50 pazienti al giorno) di Codici Bianchi che non verrebbero ospedalizzati;*
- totale inviati in Ospedale 268.846 (76 %) *Anche su questi si potrebbe calcolare un 5% di pazienti da non ospedalizzare con idoneo monitoraggio e sorveglianza;*
- totale trattamenti a domicilio (24 %).

Rispetto ai codici bianchi e verdi con accesso diretto in PS, è necessario individuare strumenti informatici, di scambio dati e informazioni che possano reindirizzare i pazienti presso i CAP attraverso protocolli condivisi.

Rafforzamento della formazione

Il sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) dovrà sempre di più essere finalizzato al raggiungimento di obiettivi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità della programmazione regionale.

In particolare, per raggiungere l'obiettivo del rafforzamento della formazione, si individuano come aspetti strategici:

- la definizione di un Piano regionale per la formazione coerente con gli obiettivi innovativi introdotti dalla programmazione regionale;
- il coinvolgimento, quali destinatari di tale piano, non solo del personale dipendente del Servizio Sanitario Regionale, ma anche dei convenzionati esterni, sia medici di MG e PLS, che Specialisti Ambulatoriali Interni che medici di Continuità Assistenziale, che vanno considerati parte integrante e centrale del sistema di offerta;
- l'organizzazione di percorsi formativi che prevedano momenti interdisciplinari, in particolare fra MMG, medici di Distretto, infermieri e fisioterapisti, finalizzati alla implementazione delle Cure Domiciliari e Cure Palliative;
- l'organizzazione di percorsi formativi interdisciplinari, in particolare fra medici di Medicina Generale, di Continuità Assistenziale, di Distretto, Specialisti Ambulatoriali e Specialisti Ospedalieri, finalizzati alla produzione e implementazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali condivisi sulle patologie croniche di più largo impatto (scompenso cardiaco, ictus, cardiopatia ischemica, TAO, diabete, tumori con particolare riguardo alla fase del follow-up);
- la graduale introduzione in ogni Azienda di iniziative di Audit Clinico, per valutare in maniera sistematica la pratica professionale, ed eventualmente per rivederla, al fine di migliorare la dimensione tecnico-professionale della qualità delle cure, della sicurezza e dell'organizzazione.

Potenziamento dell'informatizzazione

Il Tavolo di lavoro permanente Sanità Elettronica delle Regioni e delle Province Autonome (TSE) ha emanato in data 31/03/2006 il documento "Strategia Base per la Sanità Elettronica". Con questo documento è stata indicata la strategia architettonica di riferimento per il sistema nazionale e per i sistemi regionali di Sanità Elettronica, ponendo i seguenti obiettivi fondamentali:

- disponibilità delle informazioni cliniche: l'infrastruttura deve rendere disponibili le informazioni cliniche dell'assistito (la sua storia clinica) dove e quando queste sono clinicamente utili, in qualsiasi punto della rete dei servizi;
- architettura federata: l'infrastruttura deve adottare soluzioni che possano cooperare con altri domini (con altre Aziende Sanitarie e con il livello regionale), al fine di concorrere alla creazione della storia clinica del paziente consultabile a livello regionale e/o nazionale;
- sicurezza e *privacy*: l'infrastruttura, data la delicatezza delle informazioni trattate, deve avere un grado di sicurezza elevato in termini di sicurezza e rispetto della *privacy*;
- affidabilità e disponibilità: l'infrastruttura deve essere intrinsecamente affidabile e deve essere disponibile 24 ore al giorno per tutti i giorni della settimana;
- struttura modulare: l'infrastruttura deve essere pensata in maniera modulare, e non in modo monolitico, per evitare una rapida obsolescenza del sistema;
- integrazione con i sistemi esistenti: l'infrastruttura deve avere la minima invasività possibile rispetto ai sistemi esistenti, sia al fine di salvaguardare gli investimenti fatti, sia per garantire che l'infrastruttura non carichi di complessità i sistemi locali, rendendo così difficoltosa la sua adozione.

In sostanza la Sanità elettronica si configura come un'architettura complessa dove opera per un verso un gruppo di attori che creano informazioni di cui rimangono responsabili e, per un altro verso, un insieme di attori che utilizzano informazioni (secondo le autorizzazioni ed in modo non del tutto prevedibile nei dettagli) sia per usi clinico/assistenziali (usi primari) sia per usi amministrativi, di governo, epidemiologici e di ricerca (usi secondari). L'insieme dei servizi applicativi che realizzano tali obiettivi è denominato Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico. Il Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico è l'insieme dei servizi applicativi che consente l'inserimento ed il successivo recupero dei documenti socio-sanitari, al fine di rendere disponibile, in ogni momento ed in ogni luogo, la storia clinica e socio-assistenziale di ogni cittadino, agli operatori abilitati o ai cittadini stessi.

La Regione Piemonte implementerà, con investimenti specifici, il Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico nazionale tenendo conto anche delle linee guida emanate dal Garante per la Privacy e delle linee guida nazionali in corso di condivisione presso la Conferenza Stato Regioni.

A tale scopo su tutto il territorio regionale si intendono implementare le seguenti azioni:

- la messa a regime della impegnativa informatizzata;
- lo sviluppo della firma digitale per tutto il personale medico;
- l'implementazione e la diffusione della cartella clinica elettronica nelle strutture ospedaliere;
- lo sviluppo del fascicolo socio-sanitario elettronico prevedendo i seguenti sub-obiettivi:
- la disponibilità del fascicolo individuale per tutti gli assistiti della Regione;
- la completezza dei referti nel fascicolo (comprese immagini radiologiche, dati su vaccinazioni, riconoscimento di invalidità e handicap e protesica);
- la completezza dei dati di sintesi clinica (*patient summary*);
- la valorizzazione del fascicolo quale strumento a supporto della diagnosi e della cura (referti strutturati per comunicazione tra ASL e medico di famiglia, evoluzione dei sistemi nelle reti di patologia e dei piani diagnostico-terapeutici, integrazione con i sistemi emergenza-urgenza, sviluppo della telemedicina e telesoccorso);
- l'integrazione dei sistemi sulla prevenzione e degli *screening*;

- lo sviluppo della componente sociale e della componente pediatrica del fascicolo.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata al collegamento in rete dei medici/pediatrati di famiglia ed all'integrazione al sistema informativo aziendale, intesi come la partecipazione telematica di tali importanti attori al processo di diagnosi e cura, alimentando anche attraverso l'utilizzo dei loro *software* specifici, il Fascicolo con delle sintesi significative dello stato di salute dei pazienti (*patient summary*), eventualmente partendo proprio dalla consultazione dei documenti già presenti e prodotti da altri operatori (circolarità dell'informazione).

Più in generale, l'orientamento dell'attività del medico/pediatra di famiglia ad essere polo informativo per l'analisi dello stato di salute della popolazione assistita (supporto all'analisi epidemiologica e contributo alla programmazione aziendale), oltre che di verifica della congruità dell'uso delle risorse (controllo della domanda e governo economico-finanziario dell'Azienda) rendono necessaria la completa informatizzazione della medicina di famiglia, pienamente integrata con il sistema informativo aziendale.

Infine una particolare attenzione dovrà essere data alla diffusione della telemedicina, della telediagnostica e del teleconsulto, perseguendo i seguenti obiettivi:

- consentire la risposta assistenziale e diagnostica, assicurando livelli di qualità, specie in situazioni di emergenza in aree geografiche particolari e/o in particolari condizioni;
- guidare il cambiamento organizzativo e gestionale della Sanità sulla base delle peculiarità geografiche e demografiche del territorio, per individuare soluzioni ad hoc rivolte a persone in condizioni di fragilità con difficoltà ad accedere ai servizi.

Quanto sopra descritto richiede la stesura di un piano regionale per la sanità elettronica che indichi un percorso a tappe, finalizzato al raggiungimento in tempi certi dei sopra citati obiettivi.

Alcune resistenze da parte dei professionisti sanitari del Territorio sono in parte di tipo culturale, ed in parte sono al timore di dovere sostenere oneri o di non poter contare su supporto tecnico (come in Ospedale) in caso di difficoltà. Devono essere superate grazie ad azioni di formazione ed investimenti tecnologici adeguati.

1.4.2. Razionalizzazione ed ottimizzazione della rete

Le tre reti (Emergenza, Ospedale e Territorio) sono da riorganizzare in una visione di insieme, che rispetti sia gli indirizzi generali normativi e le evidenze scientifiche, sia i criteri adottati con successo in alcune realtà della regione Piemonte e dell'Italia, nonché le peculiarità specifiche del territorio dove vengono inserite. La situazione economica esistente a livello Regionale e Nazionale esige la messa in atto di azioni di riassetto contestuali sia del livello Ospedaliero, dove esistono piccoli nuclei di offerta non più in grado di assicurare ai cittadini sicurezza e qualità adeguate, sia del livello Territoriale, in cui è necessario un potenziamento attuabile solo con un incremento di risorse.

Attraverso la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e ospedaliera si possono liberare infatti importanti risorse umane e materiali che devono essere impiegate per un potenziamento della rete territoriale.

Riconversione dei piccoli ospedali

La riconversione dei piccoli ospedali, come precedentemente dettagliato nel capitolo dedicato alla rete ospedaliera, si rileva necessaria soprattutto per garantire sicurezza e qualità delle cure alla popolazione. Fondamentale risulta quindi la modalità di riutilizzo delle strutture presso le quali verranno disattivate le attività di ricovero per acuti.

Tale patrimonio, edilizio e non solo, deve essere sfruttato nel modo migliore per implementare il livello di assistenza territoriale, come sopra indicato.

L'offerta residenziale e semiresidenziale presenta notevoli disomogeneità – e significative carenze – nel territorio regionale, sia per quanto riguarda gli accoglimenti a lungo termine di soggetti non autosufficienti (anziani, disabili, psichiatrici,...) sia per quanto riguarda la necessità di accoglimenti temporanei per pazienti che necessitano di interventi di riabilitazione/riattivazione estensivi, oppure di ricoveri temporanei di "sollievo" per le famiglie impegnate nell'assistenza domiciliare dei congiunti.

La cura del paziente cronico, in particolare dell'anziano fragile, non può limitarsi unicamente all'aspetto sanitario di prevenzione e trattamento delle patologie, ma deve essere un "prendersi cura" della persona e spesso anche della sua famiglia. In particolare, la scelta del setting assistenziale più adeguato non dipende unicamente da considerazioni di tipo clinico, ma anche dalle aspirazioni e dalle possibilità del singolo anziano e/o della sua famiglia, come pure dai servizi presenti nel territorio in cui il soggetto vive. Si tratta di un approccio centrato sulla persona invece che sulla malattia, che mira ad una presa in carico globale dei bisogni assistenziali socio-sanitari dell'individuo e della comunità, garantendo effettivi benefici nell'assistenza del soggetto anziano fragile. Lo scenario epidemiologico attuale richiede adeguate risposte in termini di nuove strategie organizzative e di nuovi modelli che privilegino l'integrazione sociosanitaria nell'assistenza sia in senso "trasversale" (coordinamento tra gli interventi di operatori diversi nell'arco delle 24 ore) sia in senso "longitudinale" (coordinamento delle varie fasi del percorso assistenziale, ad esempio al momento della dimissione ospedaliera), implementando le soluzioni che garantiscono la continuità dell'assistenza.

Nel contesto socio-sanitario della Regione Piemonte, si ritiene necessario pertanto dare priorità in questa fase agli interventi di sviluppo della residenzialità temporanea extraospedaliera.

Introduzione di strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria e a breve durata, "Strutture Intermedie"

Per offrire un'assistenza che dia risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari, molteplici e mutevoli nel tempo, in Italia come nel resto d'Europa, si va diffondendo la creazione di strutture dedicate all'assistenza intermedia (rifacendosi alle *Intermediate Care Unit* di matrice anglosassone) con l'intento di migliorare l'efficienza del sistema e rispondere al bisogno di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani fragili.

Le Cure Intermedie vengono introdotte nel Regno Unito negli anni '90 con l'obiettivo di migliorare l'efficienza ed il controllo sul budget, riducendo i costi sanitari legati ad una impropria occupazione dei posti letto (PL) nei reparti per acuti da parte di soggetti anziani fragili, anticipando i tempi di dimissione attraverso percorsi che facilitano la transizione dei pazienti dall'ospedale al domicilio e riducendo il numero di richieste di nuovi ricoveri dopo il rientro a casa. Si tratta quindi, innanzi tutto, di obiettivi che mirano a migliorare l'efficienza del sistema attraverso una più corretta gestione delle risorse.

Per gli anziani, i sottogruppi R1 e R2 e, per la riabilitazione estensiva, il sottogruppo RRE1, possono rappresentare una risposta ad una parte delle inapproprietezze di ricoveri individuate presso le strutture ospedaliere per acuzie e postacuzie. (vedi sezione "1.3.2. L'appropriatezza della rete ospedaliera della post-acuzie").

- **"R1** Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziali, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta,

trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, pazienti terminali etc.).

- **R2** Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale etc.
- **RRE1** Prestazioni di Riabilitazione Estensiva in Regime di Post-Acuzie per il completamento di programmi terapeutici già avviati in forma Intensiva o rivolti a persone che non sopportano programmi di tipo intensivo - (Linee Guida: art. 2.2. comma a/1)”

Una causa importante per la degenza media alta dei ricoveri ospedalieri piemontesi è la difficoltà di dimissione dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale di una struttura protetta.

Le strutture residenziali piemontesi non rispondono, se non in minima parte, a questo tipo di esigenze e quindi impediscono, ancorché numerose rispetto alla media nazionale, la gestione dei pazienti ad un livello più appropriato, rispetto a quello ospedaliero, con un’assistenza pienamente sufficiente al bisogno e ad un costo minore.

E’ fattibile che una parte dei ricoveri non appropriati in strutture di riabilitazione ospedaliera possano trovare una corretta applicazione in questo tipo di strutture, attraverso la conversione di una quota dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera. Rispetto ai ricoveri medici per acuti non appropriati è possibile che le Strutture di Ricoveri Intermedi possano fornire una risposta ai fabbisogni oggi soddisfatti solo a livello ospedaliero.

Si prevede una permanenza presso le Strutture di Cure Intermedie (SCI), articolata secondo il progetto del singolo individuo, con predisposizione di obiettivi di degenza media variabile, secondo le motivazioni di ricovero, da 10 a 40 giorni. Per alcune tipologie di pazienti e in pochi casi (minore di 5%) è possibile di avere un ricovero oltre questi limiti.

L’assistenza prevista è prevalentemente di tipo assistenziale e riabilitativo di mantenimento con conduzione medica ad orientamento geriatrico e degli specialisti delle patologie a lungo termine.

L’aspetto organizzativo assistenziale deve prevedere una permanenza di personale per le 24H e con una o più tariffe intermedie tra la lungodegenza ospedaliera (cod 60), oggi intorno a euro 150, e quella delle strutture Residenziali (oggi intorno a euro 100 di cui la metà a carico della sanità). La tariffa maggiore rispetto alle strutture Residenziali permette una serie di interventi medico, infermieristici e riabilitativi mentre la tariffa minore rispetto alla lungodegenza ospedaliera riflette il minor carico sanitario e la minore complessità organizzativa rispetto alla struttura ospedaliera. L’organizzazione dell’assistenza medica sarà affidata ai medici della rete pubblica di assistenza specialistica ambulatoriale, prevedendo una Direzione clinica specifica o quella di un Dipartimento “delle fragilità” ospedale-territorio con integrazione del ruolo del MMG congiunto all’assistenza dell’ASR. La quota alberghiera a carico della persona accolta (o del Comune) potrebbe essere variabile a seconda della tipologia dei pazienti e dei tempi di ricovero: nulla sino al 10° giorno e per i pazienti con prognosi in exitus, in fase di definizione diagnostica dello stato vegetativo, di completamento di terapie iniziate in fase di ricovero per acuzie, successivamente dell’11° giorno o dal termine del completamento delle

terapie iniziate in fase di acuzie sino al 40° giorno di permanenza incluso, euro 15 pro die (equivalente alla proquota giornaliero dell'assegno di accompagnamento). Il prolungamento oltre ai termini del progetto sanitario deve comportare il pagamento del 50% della tariffa. L'effetto progressivo dell'incremento della quota a carico dell'assistito deve essere un incentivo per una forte integrazione con il sistema sociale (comune e famiglia).

I ricoveri in queste strutture saranno documentati dal flusso FAR come da DGR 69-481 del 2 agosto 2010.

E' necessario evidenziare che l'ingresso del paziente in questo tipo di struttura è già a seguito di un inserimento in un progetto definito dall'ASL che deve assumere la presa in carico del percorso dal momento del ricovero ospedaliero. Per questo è da prospettare un processo sistematico di intese e integrazioni tra la rete ospedaliera e la ASL per la definizione delle comunicazioni e della pianificazione degli interventi e dei passaggi tra i diversi livelli assistenziali (vedere anche la DGR del 20 dicembre 2004, n° 72-14420).

Le Strutture di Cure Intermedie avranno un importante ruolo nel percorso dei pazienti curati in modo inappropriato nelle strutture di acuzie e di post-acuzie e si prevede una individuazione tra strutture residenziali di riabilitazione estensiva per una parte significativa e quelle per gli anziani per un totale di circa 1.800 PL (derivati da una parte dei posti letto ospedalieri riconvertiti) corrispondenti a circa 0.4 PL per mille abitanti. L'allocazione presso le aree geografiche sarà oggetto di una delibera di riordino della residenzialità territoriale e dell'assistenza domiciliare integrata entro il 30 aprile 2011. Una parte significativa di questi posti letto sarà, quindi, ottenuta tramite la riconversione di posti letto di altri livelli assistenziali, in particolare quelli di piccoli ospedali per acuti oppure quelli di post-acuzie non più appropriati.

La dotazione standard minimo di una struttura è di due moduli da 30 PL per raggiungere il corretto livello di efficienza e con la possibilità di organizzazioni strutturali più ampie per economie di scala in aree di una forte densità di popolazione. All'interno di ciascuna struttura è prevista la presenza di pazienti con un fabbisogno individuale diverso e quindi con tariffe diverse sulla base del progetto individuale del paziente stesso. All'ingresso nella struttura ogni paziente è, inoltre, classificato secondo il carico assistenziale richiesto in modo da garantire un corretto equilibrio tra le risorse assistenziali disponibili e le necessità dei pazienti ricoverati.

Il tipo di struttura sopra descritta si inserisce perfettamente nella descrizione del ruolo delle strutture residenziali del Mattone 12:

"I percorsi che portano alle prestazioni residenziali possono prevedere la provenienza dell'utente dall'ospedale per acuti, da una struttura di post-acuzie o dal domicilio.

Del resto la prestazione residenziale non deve essere intesa come una soluzione finale del percorso, ma come un nodo dinamico della rete che deve prevedere la dimissibilità a domicilio in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate.

Analogamente andranno considerate come appropriate, e per quanto possibile garantite, le soluzioni di ricovero temporaneo, anche per sollievo del nucleo familiare." (Mattone 12)

Sperimentazione di Centri di Assistenza Primaria (CAP)

Tra le azioni da intraprendere per lo sviluppo della rete territoriale si ritiene centrale sperimentare il modello di Centri di Assistenza Primaria (CAP), che scaturisce dalla necessità di

fornire un'adeguata risposta al fabbisogno di prestazioni sanitarie ed assistenziali di cure primarie esistente nella Regione Piemonte. I Centri di Assistenza Primaria, strutture polifunzionali, rappresentano la base dell'organizzazione delle Cure Primarie ed il punto di riferimento per i cittadini e gli operatori socio sanitari del territorio.

Definizione del CAP

Il CAP è una unità strutturale del Distretto in grado di sostenere l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie del territorio, favorendone l'integrazione con i settori sanitari e non sanitari, finalizzati alla promozione e tutela della salute delle persone e delle comunità, mediante:

- il coordinamento delle attività di cure primarie territoriali;
- l'integrazione fra i settori sanitari territoriali e fra questi e quelli extraterritoriali;
- l'adozione di procedure semplificate di accesso e di fruizione del Sistema;
- l'utilizzo di tecnologie ICT (informazione e comunicazione);
- la valorizzazione dell'appropriatezza nell'utilizzo dei servizi.

Funzioni da svolgere nel CAP

- I. Accoglienza
- II. Prima valutazione del bisogno
- III. Orientamento ai servizi (antenna dello Sportello Unico)
- IV. Presa in carico complessiva dei pazienti attraverso la gestione coordinata delle grandi aree di cronicità che hanno un riflesso socio economico rilevante (diabete, BPCO, scompenso, rischio cardiovascolare, cronicità oncologica) secondo percorsi/protocolli concordati con i soggetti e le strutture di secondo livello
- V. Pianificazione e gestione integrata dell'assistenza domiciliare finalizzata alla ripresa in carico nell'alveo territoriale di quelle patologie non necessitanti di ricovero in strutture specialistiche di livello superiore.
- VI. Garanzia dell'integrazione sociale e sanitaria
- VII. Interfaccia strutturale con i Servizi di Emergenza/Urgenza nelle loro varie articolazioni mediante l'utilizzo di protocolli uniformi, anche se adattabili alle esigenze del bacino di competenza.
- VIII. Erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale (punto di prelievo, ev. ecografia, RX ecc..) e prestazioni specialistiche di medici della rete ospedaliera oppure di specialisti convenzionati.

Modelli

Sono ipotizzabili due modelli:

- un modello per aree metropolitane ad elevata e media densità di popolazione, al quale fanno riferimento i mmg/pls singoli, in rete, gruppo o i Gruppi di cure primarie;
- un secondo modello per aree extra metropolitane a bassa densità di popolazione.

I due modelli tengono conto dell'orografia delle aree della Regione e della distanza dai Servizi di Secondo Livello.

I parametri di riferimento per la diffusione dei CAP:

- 1 CAP ogni 100.000 residenti nelle aree metropolitane
- 1 CAP ogni 50.000 residenti nelle aree extra-metropolitane, con possibili deroghe per le aree montane ed a densità di popolazione particolarmente bassa. Ogni Distretto avrà, di conseguenza almeno un CAP in cui concentrare le proprie attività.

Gradualità dell'introduzione dei CAP.

Queste strutture sono principalmente sostitutive delle attività oggi già svolte dal sistema sanitario regionale. Sono quindi inserite nel processo di riconversione dei piccoli presidi in strutture territoriali e della razionalizzazione della rete ospedaliera. Per governare e monitorare il processo di introduzione di CAP si prevede un'attivazione graduale di circa sei CAP all'anno per i primi anni. Come risulta dalla tabella della sezione 1.2.2 "La ridefinizione della rete di emergenza ospedaliera" i primi CAP verranno allocati presso gli ospedali riconvertiti in strutture territoriali.

Attività erogabili nel CAP (su progetti concordati, riferibili a grandi aree: cardiovascolare, oncologica, pneumologica, metabolica).

Le attività del CAP possono essere organizzate per aree funzionali, così come di seguito elencate:

Area dell'accesso

E' finalizzata a garantire l'accesso integrato ai Servizi Socio Sanitari, fornendo informazioni, guidando il cittadino all'interno del sistema, individuando soluzioni concrete all'attuale frammentazione delle risposte a bisogni assistenziali complessi, nella direzione di risposte più efficaci. In Piemonte sono presenti Sportelli Unici in molti Distretti; la Sede degli Sportelli o una Antenna di tali Sportelli potrà essere presente nei CAP.

Area della diagnostica strumentale di primo livello a supporto di prestazioni indifferibili

Tale area rappresenta uno spazio strutturale e funzionale destinato alla valutazione breve ed al controllo di quadri clinici non destinati a strutture di livello superiore. Resta fermo il concetto che, qualora questi assumessero una rilevanza più complessa, verrebbero avviati, secondo i protocolli già esistenti, ai normali percorsi della emergenza-urgenza. E' previsto un collegamento stretto con 118/PS per la presa in carico di codici Bianchi/Verdi.

Area delle Patologie Croniche

Il CAP rappresenta il nodo di raccolta e coordinamento nella gestione delle patologie croniche a maggiore impatto sociale (cardiovascolare, oncologica, pneumologica, metabolica), attraverso la condivisione e la gestione, con il supporto segretariale e infermieristico, delle Agende cliniche dei pazienti cronici.

E' da prevedere, grazie alla condivisione informatizzata degli archivi dei pazienti cronici, un lavoro coordinato:

- il più possibile decentrato, negli studi dei Gruppi di Cure Primarie (GCP), delle medicine di gruppo e dei medici in rete, nel momento, di maggiore impatto, della stadiazione, con

il supporto centralizzato della segreteria del CAP per la gestione delle agende dei pazienti;

- centralizzato nel CAP nella fase di gestione e di controllo dei pazienti particolarmente suscettibili; il coordinamento di questa seconda fase è da prevedersi anche con gli specialisti delle singole patologie, in modalità di gestione integrata, secondo la diversa tipologia di modello.

Area delle Cure Primarie

I MMG ed i PLS, nell'ambito delle attività cliniche del CAP, avranno a disposizione ambulatori, il servizio di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche (telemedicina e teleconsulto), accesso alla rete aziendale dei servizi distrettuali.

Nel CAP può trovare collocazione la postazione di Continuità Assistenziale (Guardia Medica), a garanzia di un'assistenza H24.

Gli Infermieri assegnati al CAP, mantenendo la propria specificità professionale, operano in stretto rapporto con i medici di medicina generale per le seguenti attività: ambulatoriale, consultoriale, supporto all'unità di valutazione multidimensionale, ADI, Residenza Sanitaria Assistenziale, Ospedale di Comunità (questi ultimi ove esistenti) e le attività cliniche.

Area dell'assistenza specialistica e diagnostica

La contiguità spaziale consente, nel CAP, l'integrazione tra le Cure Primarie e le Cure Specialistiche, prevedendo le attività di medici specialisti convenzionati ed ospedalieri. Sulla base delle esigenze dei pazienti che afferiscono ai CAP, nonché la presenza di alcune tecnologie diagnostiche di primo livello (es. radiografie, ecografie, ...), finalizzate alla gestione delle patologie non complesse.

Area di sorveglianza temporanea diurna

Tale area prevede, a disposizione dei medici di famiglia dei CAP, alcuni ambulatori attrezzati all'uopo destinati alla sorveglianza breve di cittadini con patologie che non richiedono ricovero ospedaliero, ma necessitano di prestazioni non erogabili a domicilio (es. esami diagnostici per pazienti in Cure domiciliari).

Area delle attività riabilitative

E' possibile prevedere la presenza, nel CAP, di spazi adeguati assegnati alle attività di recupero e riabilitazione funzionale.

Area delle attività Integrate Socio Sanitarie

Nel CAP trova collocazione il Servizio di Cure Domiciliari - dove si svolgono le fasi di programmazione, coordinamento delle attività, approfondimento dei casi - per gli interventi al domicilio dei pazienti, effettuati da un'équipe composta dal medico di famiglia competente per il caso, infermieri, operatori socio sanitari, assistenti sociali, specialisti secondo le necessità rilevate.

Nel CAP trovano sede le Unità di Valutazione Multidisciplinare delle persone anziane.

Area amministrativa

E' finalizzata a supportare le attività **sanitarie e sociali** svolte nel CAP, snellendo le procedure dalle incombenze burocratiche..

Le attività consistono in funzioni di Segretariato, Prenotazioni, Raccolta di dati, Archiviazione delle Informazioni, Funzioni gestionali (budget).

CAP rispetto alla situazione esistente

Nell'ambito del presente Piano di rientro è necessario rispondere alla domanda sul ruolo del CAP rispetto alla situazione esistente. Come risulta dalle funzioni del CAP è evidente che una

parte importante delle attività ambulatoriali diagnostici/terapeutici dei presidi ospedalieri possa essere svolta presso questo tipo di strutture. Con la concentrazione dei presidi, i CAP diventano luoghi in cui il medico si sposta verso il paziente e non il contrario. L'integrazione con l'ospedale favorisce la programmazione di ricoveri d'elezione e diagnostica di maggior peso attraverso una stretta collaborazione tra medici delle cure primarie e gli specialisti ospedalieri favorita dalla tecnologia.

Compatibilmente con i vincoli di bilancio, la Regione definirà il ruolo dei MMG nei CAP nell'ambito di quanto previsto dagli accordi nazionali e da quelli integrativi regionali.

L'apertura a 12 H (due turni) del CAP garantisce all'utenza una risposta ai codici bianchi e verdi inviati dal 118/PS.

Gli effetti organizzativi saranno quindi:

- una concentrazione delle risorse del Distretto nelle CAP;
- una dislocazione delle risorse dei piccoli presidi riconvertiti.

Aggiornamento dell'organizzazione della Medicina Generale

I medici di Medicina Generale (medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale) forniscono prestazioni sanitarie di diagnosi, cura, prevenzione e promozione della salute a livello ambulatoriale e domiciliare con accesso libero e gratuito (previa iscrizione obbligatoria presso il Distretto).

Durante le ore notturne (dalle 20.00 alle 8.00) e i giorni prefestivi e festivi (dalle 10 del sabato alle 8 del lunedì) l'assistenza primaria viene assicurata dai *medici di continuità assistenziale (MCA)*.

Le *forme associative della medicina primaria* sono state introdotte, sul modello delle *practices* inglesi, dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 2000, poi confermate e incentivate dai successivi ACN (2005 e 2009), per ovviare al tradizionale isolamento professionale del MMG e per consentire maggiore accessibilità, qualità delle cure (attraverso la condivisione di linee guida diagnostico-terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza, incontri di verifica e revisione della qualità e dell'appropriatezza prescrittiva e il confronto fra pari), e continuità assistenziale.

La Regione Piemonte individua la concreta implementazione di tale modello come elemento centrale del processo di riorganizzazione del livello di assistenza territoriale. Entro il 30 giugno 2011 si aggiornerà l'organizzazione e la struttura di queste forme associative prevedendo la graduale introduzione di strumenti di clinical governance, centrati su sistemi informativi che raggruppino i dati di consumo di tutte le prestazioni sanitarie (specialistiche, ospedaliere, farmaceutiche, etc) per aggregazioni corrispondenti alle forme associative. Pertanto si prevede l'esaurimento della sperimentazione relativa ai Gruppi di Cure Primarie.

Riorganizzazione dell'assistenza specialistica

L'assistenza specialistica comprende le visite, le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio previste dal nomenclatore delle prestazioni specialistiche. L'accesso avviene tramite richiesta del medico del Servizio Sanitario Nazionale su ricettario regionale.

Dal punto di vista quantitativo, si ritiene che l'offerta attuale sia sostanzialmente adeguata a livello regionale, mentre vanno realizzati puntuali interventi correttivi per migliorare la omogeneità di offerta, in senso orizzontale (fra le diverse Aziende Sanitarie) che in senso verticale (fra le diverse tipologie di prestazioni).

Gli obiettivi qualitativi e organizzativi della programmazione relativa a quest'area sono molteplici, tra questi:

- integrazione della SAI con i servizi e gli operatori del territorio;
- condivisione di percorsi clinico-assistenziali con la componente ospedaliera, la medicina di assistenza primaria e la pediatria di libera scelta;
- attiva partecipazione della specialistica alle forme complesse di assistenza primaria;
- abbattimento delle liste d'attesa anche attraverso un miglioramento di appropriatezza della domanda;
- riorganizzazione strutturale e funzionale degli ambulatori distrettuali al fine di garantire un miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta di prestazioni specialistiche in ambito distrettuale, in particolare prevedendo l'erogazione di prestazioni non solo di I livello (a bassa complessità clinica e tecnologica), ma anche di II livello, in precedenza erogate in ambito ospedaliero.

Gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) assicurano gli interventi di natura specialistica in ambito territoriale, in sede ambulatoriale, domiciliare ed anche ospedaliera, fornendo ai medici di assistenza primaria il consulto specialistico.

In particolare è importante che gli Specialisti Ambulatoriali Interni:

- assicurino, nel corso di un unico accesso al poliambulatorio, la consulenza plurispecialistica ai pazienti multiproblematici, in modo da ridurre le liste d'attesa e il disagio del malato;
- prevedano modalità organizzate di consulenza telefonica ai MMG;
- garantiscano la partecipazione alle attività distrettuali (UVMD, ADI) e la consulenza specialistica presso le strutture residenziali extra-ospedaliere e gli ospedali di rete;
- partecipino ad attività di rilevamento epidemiologico, di farmacovigilanza, di sperimentazione clinica, di formazione aziendale.

Potenziamento e Revisione delle Cure Domiciliari

SITUAZIONE ATTUALE

Presa in carico delle Cure Domiciliari sanitarie

L'appropriatezza della presa in carico è conseguente ad una corretta valutazione dei bisogni attraverso la Centrale Operativa delle Cure Domiciliari, prevista dalla DGR n. 41-5952 del 7 maggio 2002, e che a volte coincide con il Percorso di Continuità Assistenziale, previsto dalla D.G.R n. 72- 14420 del 20 dicembre 2004.

Ruolo degli attori della valutazione:

- Operatori Cure domiciliari, valutazione dei bisogni infermieristici e della complessità del progetto di cura, valutazione della famiglia nel suo ruolo di cooperatore per la realizzazione del piano assistenziale.
- MMG, segnala il caso, conosce la storia clinica del soggetto e della famiglia (sa su chi si può contare)

Ruolo della rete. Quando si lavora sul territorio è estremamente importante l'attivazione della rete sia istituzionale che informale.

La rete istituzionale è costituita da tutti i servizi che operano sul territorio, (es. UVG, Medicina legale, Protesica, Specialisti Ambulatoriali ma che devono essere attivati in modo sinergico in funzione del paziente. A fronte dei bisogni rilevati in fase di valutazione congiunta con il medico di medicina generale, si definisce chi deve intervenire . L'attivatore di questa rete è il case manager delle cure domiciliari. Egli conosce la rete in quanto ne fa parte e sa a chi fare riferimento.

La rete informale è costituita dalle relazioni del soggetto, aggiuntive o alternative a quelle familiari. La rete informale non è immediatamente percepibile, ma deve essere specificamente esplorata. Il medico di medicina generale ha un ruolo chiave nella sua attivazione in quanto conosce la famiglia, sovente i vicini di casa ed è a conoscenza di correlazioni tra pazienti e risorse attivate tra di loro e li può coinvolgere nel progetto di cura. L'infermiere delle cure domiciliari ha un successivo ruolo educativo nei loro confronti.

L'appropriatezza, non solo in fase di presa in carico, ma anche successivamente, non può essere disgiunta dalla **flessibilità**.

Flessibilità organizzativa in risposta ai bisogni rilevati, che periodicamente devono essere rivalutati, con conseguente ridefinizione del piano assistenziale.

Non sempre ad una corretta valutazione corrisponde sempre una risposta adeguata, in quanto condizionata dalla possibilità operative dei servizi,. Tant'è che la realtà evidenzia che si tende a fornire una risposta quanto più simile a quella ottimale, (es. ADI in alternativa ad ADI+UOCP ove non attivato questo tipo di assistenza), oppure si attiva un SID in attesa di potere avere le condizioni per un ADI.

L'importante è esserne consci e pronti a modificare la risposta al variare delle condizioni.

Questo percorso virtuoso di ricerca dell'appropriatezza in tutte le fasi del percorso di cura sanitario domiciliare passa attraverso un monitoraggio periodico multiprofessionale delle condizioni del paziente e dei suoi bisogni.

Articolazione delle Cure domiciliari

La Regione Piemonte garantisce, oltre all'ADI, una gamma di cure domiciliari sanitarie in grado di rispondere in maniera differenziata alle diverse esigenze della persona.

In applicazione della DGR 7 maggio 2002, n. 41-5952 Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte - le cure domiciliari sono erogate dal strutture organizzative specifiche articolate a livello aziendale o distrettuale, che hanno come obiettivo la realizzazione di un modello unico di assistenza a domicilio, comprendente un insieme di servizi diversificati a seconda della complessità dei bisogni sanitari della persona.

Le tipologie di cura sanitaria, normate dalla D.G.R n. 55-13238 del 3/8/2004 e s.m.i. e lo modalità di rilevazione delle risorse assorbite e relativa valorizzazione economica sono di seguito riportate. Si caratterizzano per la responsabilità clinica a carico del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) assicura alle persone affette da patologie relativamente complesse, cure sanitarie presso il proprio domicilio (prestazioni di medicina generale e di medicina specialistica, prestazioni infermieristiche domiciliari, prestazioni di riabilitazione). L'assistenza domiciliare rappresenta la possibilità di gestione a domicilio di situazione pluripatologiche e può costituire un'alternativa al ricovero ospedaliero o la prosecuzione delle cure dopo il ricovero ospedaliero, tipicamente attraverso le dimissioni protette.

L'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) viene svolta assicurando al domicilio dell'assistito la presenza effettiva periodica (settimanale, quindicinale, o mensile) del medico di medicina generale secondo un programma ben definito. Si tratta di una tipologia di assistenza a bassa intensità sanitaria, particolarmente utile per il monitoraggio di persone fragili, in particolare anziani al fine di prevenire l'insorgenza di eventi acuti.

Il Servizio Infermieristico Domiciliare, SID, garantisce prestazioni infermieristiche (prelievi, medicazioni, cateterismi, ecc.) o riabilitative a pazienti che, a causa di limitazioni fisiche e/o ambientali, non sono in grado di recarsi presso gli ambulatori del dell'Asl. è un servizio attivato su richiesta e sotto la responsabilità del medico medicina generale. Gli interventi, particolarmente rivolti a soggetti fragili possono comportare la presa in carico della persona anche per un periodo di tempo piuttosto lungo. Questa tipologia di cura anch'essa a bassa intensità sanitaria spesso si associa all'ADP.

L'Assistenza Domiciliare Integrata comprensiva degli interventi erogati dalle Unità Operative di Cure Palliative (ADI+UOCP) è un servizio ad elevato contenuto sanitario, destinato a soggetti in fase avanzata di malattia e non rispondente più a trattamenti specifici. Fondamentale è il controllo del dolore e, in generale, dei problemi psicologici, sociali e spirituali dei malati stessi e dei loro familiari. L'obiettivo delle cure palliative è quindi il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e per le loro famiglie.

Tutte le attività infermieristiche collegate alle tipologia di cura sopra indicate vengono rilevate nelle rispettive cartelle cliniche. Esistono invece prestazioni richieste dal medico di medicina generale (es. prelievi ematici, ECG, valutazioni non seguite da presa in carico) non riconducibili a cartella clinica secondo le tipologie di cura di cui sopra, in quanto effettuate una tantum, che sono raccolte e valorizzate nella tipologia di cura **Prestazioni Infermieristiche Estemporanee (PIE)**.

Per le sole prestazioni di ADI, ed in particolare riferite agli anziani, l'andamento degli ultimi anni risulta dalla tabella seguente:

	2007	2008	2009
Percentuali di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI			2,40
Percentuali di anziani ≥ 75 anni trattati in ADI	3,63	3,37	4,92

PROPOSTA METODOLOGICA

Strategico è lo sviluppo delle cure domiciliari, intese come trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, talora associati ad attività di aiuto alla persona e governo della casa, prestati al domicilio del paziente da personale qualificato per la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse. Le cure domiciliari sono finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale e a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente affetto da patologie croniche, anche gravi, di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita.

Diversi soggetti istituzionali (Comuni, ASL, Regione) partecipano alla realizzazione del modello organizzativo delle cure domiciliari: in particolare ai Comuni compete il servizio socio-assistenziale, il sostegno economico, l'attivazione del telesoccorso e del telecontrollo; le Aziende Sanitarie si occupano delle attività di ADI, con particolare attenzione a bisogni specifici quali il sostegno alle famiglie che assistono persone con demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali o le cure palliative per i pazienti in fase terminale.

Le Cure Domiciliari attraverso l'intervento di più figure professionali, sanitarie e sociali, realizzano al domicilio del paziente (di qualsiasi età) un progetto assistenziale unitario, limitato

o continuativo nel tempo, che si caratterizza per l'integrazione di natura multiprofessionale e/o multidisciplinare (sociale-sanitario).

Il servizio di assistenza domiciliare integrata offre la possibilità di usufruire, unitamente all'assistenza domiciliare, anche delle cure mediche, infermieristiche e/o riabilitative necessarie al proprio domicilio.

Sono previsti tre differenti livelli di intensità:

- *Cure Domiciliari a bassa intensità di assistenza sanitaria domiciliare* – l'intervento del medico è eventuale e può esplicarsi attraverso accessi periodici, mentre l'assistenza infermieristica e/o riabilitativa è necessaria con periodicità programmata.
- *Cure Domiciliari a media intensità di assistenza sanitaria domiciliare* – l'intervento periodico del medico è necessario, mentre è eventuale l'assistenza infermieristica e/o riabilitativa.
- *Cure Domiciliari ad alta intensità di assistenza sanitaria domiciliare* – si richiede un elevato impegno medico attraverso più accessi settimanali, nonché l'apporto infermieristico e/o di altri operatori sanitari, in un quadro di pronta disponibilità diurna sia medica sia infermieristica, ed assicurando uno stretto collegamento con la struttura ospedaliera di riferimento. Rientra nel terzo livello assistenziale anche l'*ospedalizzazione a domicilio*.

La richiesta di attivazione può essere presentata al Distretto dal MMG, dal responsabile del reparto ospedaliero in vista della dimissione, dal SAI, dei servizi sociali del comune di residenza, o dei familiari del paziente.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) esegue la valutazione iniziale del paziente entro precisi limiti di tempo, a seconda del grado di urgenza del caso (entro 3 giorni nei casi urgenti; entro 5 giorni in caso di dimissione protetta; entro 10 giorni o 3 settimane negli altri casi, in base alla capacità di supplenza da parte della rete informale; entro 5 settimane in caso di domanda cautelativa).

L'UVMD valuta in maniera integrata i bisogni espressi da ciascuna persona, ne accerta il grado di non autosufficienza e ne definisce il profilo funzionale, utilizzando in tutta la Regione uno strumento omogeneo per la valutazione multidimensionale infine predispone un progetto personalizzato, indirizzando il paziente verso uno o più dei servizi esistenti (assistenza domiciliare, centro diurno, RSA, ecc.). È poi necessario rivalutare periodicamente il tipo di assistenza erogata, in relazione all'evoluzione del caso. Il *case manager* (ovvero il "responsabile del caso", di solito l'infermiere professionale o il MMG) opera come punto di riferimento per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'équipe, verificando la corretta attuazione del percorso assistenziale.

La gestione delle Cure Domiciliari è di competenza del Distretto, che ha il compito di impostare la valutazione preliminare dei pazienti, favorire l'integrazione organizzativa delle varie professionalità, favorire l'*empowerment* del referente familiare (*care giver*), mettere a punto un piano assistenziale personalizzato, attuare le procedure tecnico-amministrative di supporto, predisporre e conservare la documentazione clinico-assistenziale, erogare farmaci ed altri presidi sanitari, e infine di valutare il servizio offerto. Al MMG e al PLS viene invece ricondotta la responsabilità della gestione del piano di assistenza individuale dei pazienti.

Alla luce di tali considerazioni si prevede di analizzare con attenzione lo sviluppo di tale servizio in Regione Piemonte prevedendo alcuni miglioramenti/perfezionamenti.

OBIETTIVI

Premessa l'articolazione delle varie forme di Cure Domiciliari e la ricerca di un appropriato equilibrio tra le varie forme, la regione intende rafforzare l'ADI per arrivare ad una percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI del 3,2 entro il 2012 e del 4,0 entro il 2014 di cui una percentuale di anziani ≥ 75 anni trattati in ADI del 6,5 entro il 2012 e del 8,0 entro il 2014.

AZIONI PROPOSTE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE

Entro il 31/3/2011

La Regione emetterà una DGR in cui

- istituisca la figura di presa in carico del paziente, con i criteri di selezione e le caratteristiche relative nonché i rapporti e i flussi informativi dagli erogatori e i rapporti con gli altri attori delle ASL, ad integrazione e parziale sostituzione della DGR del 20/12/2004 n. 72-14420;
- crei il sistema informativo per la gestione dei dati dei pazienti "on line" che sia fortemente integrato con i flussi previsti dall'NSIS ed in particolare con i dati gestiti dal 118 e dal Pronto Soccorso (tracciato EMUR) e che preveda anche un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico.
- preveda dei protocolli e delle linee guida per l'interazione tra il 118/PS, le forme associative dei MMG e il POOL di presa in carico;
- definisca una Piano di formazione mirato all'appropriatezza.

Entro il 30/4/2011

La Regione emetterà una DGR recante

- il riordino delle strutture territoriali residenziali, con una puntuale descrizione di attività e strutture;
- la revisione delle Cure Domiciliari, [rafforzando l'ADI per arrivare ad una](#) percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI del 3,2 entro il 2012 e del 4,0 entro il 2014 di cui una percentuale di anziani ≥ 75 anni trattati in ADI del 6,5 entro il 2012 e del 8,0 entro il 2014..
- le caratteristiche delle Strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria e a breve durata (SCI), articolate per tipologia di indirizzo, per l'accreditamento provvisorio e che definisca il fabbisogno regionale articolato per tipologia di indirizzo e per area geografica;
- le tariffe delle SCI sulla base del fabbisogno assistenziale;

Entro il 30/4/2011

La Regione emetterà una DGR in cui

- indichi le funzioni e le caratteristiche di accreditamento dei CAP e un piano di attivazione degli stessi

Entro il 30/6/2011

La Regione emanerà una DGR in cui preveda:

- l'aggiornamento dell'organizzazione della Medicina Generale
- la riorganizzazione dell'assistenza specialistica

RISVOLTI ORGANIZZATIVI ED ECONOMICI DEL MIGLIORAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE

Le azioni proposte sopra comportano un aumento dell'organizzazione dedicata alla gestione delle reti territoriali, in particolare quella della presa in carico del singolo episodio di cura. Questa organizzazione sarà composta soprattutto da personale infermieristico ed, eventualmente, da altro personale sanitario che è già presente sul territorio oppure potrà essere spostato man mano che i piccoli presidi si convertono e le altre azioni che riguardano l'organizzazione del reparto ospedaliero e delle Sale operatorie liberano risorse presso il livello ospedaliero.

Il forte incremento di **Strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria e a breve durata (SCI)** avrà l'effetto di sostituire posti letto di acuzie e postacuzie ospedaliera. Per ogni 60 posti letto che si attivano in sostituzione di altri posti letto, il risparmio sarà:

- se i posti letto sostituiti sono di acuzie: circa 5 milioni di euro
- se i posti letto sostituiti sono di riabilitazione ospedaliera: circa 2 milioni di euro
- se i posti letto sostituiti sono di lungodegenza ospedaliera: circa 0,5 milioni di euro

Questa differenza si potrà rilevare contabilmente, per gli erogatori privati, da uno spostamento dalla voce "Assistenza ospedaliera da privato" alla voce "Altra assistenza da privato".

La creazione di Centri di Assistenza Primaria (CAP) potrà incrementare la spesa distrettuale in modo variabile secondo le modalità di sostituzione di attività e risorse esistenti. Si può ipotizzare un CAP per ciascuno dei 58 Distretti attuali. Le voci interessate sono:

- passaggi di MMG singoli e in associazione a Rete e Gruppo, si stima l'incremento dei costi in circa euro 4 milioni;
- costi accordi integrativi
 - turnazione nei CAP di due medici di famiglia per dodici ore al giorno per ciascun CAP;
 - attività di progetto commisurata a processi certificati di recupero nella riallocazione delle risorse;
- costo della sede del CAP; (dimensione media di mille m2): non è possibile indicare una cifra in quanto dipende dalle strutture sostituite;
- personale infermieristico (standard uno per diecimila abitanti): 400 infermieri.

Il costo complessivo delle risorse sopra dipende, come già indicato, dal processo con il quale si attivano le CAP. Con un attento controllo dei costi ed eventualmente rifacendo i contratti con i MMG deve essere possibile guidare la trasformazione in modo che complessivamente costi di meno del sistema attuale. Anzi, uno dei motivi forti per effettuare la trasformazione è proprio la riduzione di costi mantenendo il servizio complessivo invariato o migliorandolo.

Altri risvolti organizzativi saranno la diminuzione di

- codici bianchi presso i PS
- riduzione di prestazioni ambulatoriali per le quali il sistema di indicatori regionali indica un livello circa 25% più alto rispetto alle Regioni che fanno parte del network collegato a S. Anna di Pisa;
- ricoveri inappropriati (a parte di quelli sostituiti dai ricoveri presso gli SCI)
- degenza media presso le acuzie e non acuzie (a parte di quelli in cui le giornate passano alle SCI).

FONTI DI VERIFICA DEL MIGLIORAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE

Le azioni che si deciderà di mettere in atto richiedono di individuare indicatori per il monitoraggio degli interventi realizzati; tali indicatori devono essere semplici, sintetici e rilevabili da informazioni raccolte routinariamente poiché la raccolta di dati per un monitoraggio ad hoc è costoso e non consente di verificare l'andamento nel tempo.

Gli indicatori vanno proposti e condivisi con i professionisti.

Rappresentano, pertanto, indirizzi della programmazione regionale:

- ❖ il consolidamento del sistema di monitoraggio degli obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie in un'ottica di responsabilizzazione condivisa e di attuazione degli indirizzi
- ❖ lo sviluppo, in maniera condivisa con le Aziende Sanitarie, di indicatori di qualità clinica e di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale
- ❖ la costituzione di flussi strutturati ed alimentati correntemente dalle Aziende Sanitarie quale strumento principale per il monitoraggio dell'attuazione degli indirizzi e la verifica degli obiettivi di sistema

Alcuni indicatori già individuati sono legati al consumo riportati alla totale popolazione di riferimento oppure a segmenti di questa popolazione (per età, per patologia):

- farmaci (per i gruppi critici)
- pronto soccorso (per tipologia di codice di accesso)
- ricoveri (per tipologia)
- prestazioni ambulatoriali e diagnostiche (per tipologia)

INDICATORI DI ESITO / DI PROCESSO DELL'ORGANIZZAZIONE DI PRESA IN CARICO

Sarà definito un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico che includerà i seguenti:

- il numero di pazienti presi in carico rispetto al totale di pazienti dimessi da reparti per acuti e di postacuzie con l'obiettivo di raggiungere il 30% di pazienti dimessi da reparti per acuti e del 50% di quelli dimessi da reparti di postacuzie;
- il tasso di ospedalizzazione di ricoveri ordinari non chirurgici afferenti all'allegato B del Patto della Salute rispetto al tasso di ospedalizzazione delle regioni bench-mark;
- il numero di ricoveri ordinari non chirurgici effettuati in discipline mediche per persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a dodici giorni con l'obiettivo di una riduzione del 40% rispetto al 2010;
- il numero di giornate di ricovero per patologia presso i reparti di postacuzie, per tipologia di MDC;
- il numero dei pazienti con il codice Bianco e Verdi non ospedalizzati presso il pronto soccorso dal 118.

INDICATORI DI ESITO / DI PROCESSO L'ATTIVAZIONE DELLE SCI

Sarà definito un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico che includerà i seguenti:

- il numero di pazienti presi in carico dalle strutture SCI rispetto al totale dei pazienti dimessi da reparti per acuti e di postacuzie;
- il tasso di ospedalizzazione di ricoveri ordinari non chirurgici afferenti all'allegato B del Patto della Salute rispetto al tasso di ospedalizzazione delle regioni bench-mark;
- il numero di ricoveri ordinari non chirurgici effettuati in discipline mediche di persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a dodici giorni;
- il numero di giornate di ricovero presso i reparti di postacuzie, per tipologia di MDC;

1.5. I laboratori d'analisi

SITUAZIONE ATTUALE

LA RETE

- Al momento attuale le Strutture Complesse di laboratorio analisi sono 27 (considerando solo gli Ospedali sede di Hub e non la Cittadella ospedaliera, in cui sono presenti 3 direttori di struttura complessa).
- Le Aziende sanitarie regionali hanno di norma ridotto le Strutture Complesse relative ai laboratori di piccole dimensioni, ma raramente ridotto le sedi di esecuzione degli esami. Altro problema cogente è la realizzazione, al momento, solo parziale delle reti informatiche aziendali.
- La rete è composta per il 94% da erogatori pubblici e per i 6% da privati accreditati per i quali è in atto un tavolo di trattativa per la riorganizzazione della rete pubblico-privato.

L'APPROPRIATEZZA

- Attualmente l'appropriatezza prescrittiva è stata perseguita attraverso la DGR n. 21-9688 del 30.9.2008 che ha previsto, attraverso un percorso formativo della durata di un anno, la riduzione dell'utilizzo del dosaggio dell'urea per lo screening di funzione renale, percorsi diagnostici di laboratorio per la diagnostica delle tireopatie (richiesta da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) di r-TSH o TSH riflesso, ed eventuale esecuzione da parte del laboratorio di FT4 ed FT3 in caso di TSH fuori da determinati limiti), ed altri interventi.

CRITICITÀ

Sia la DGR DGR 19 del 3.8.2007 (riorganizzazione della rete dei laboratori) sia la 21-9688 del 30.9.2008 hanno avuto applicazione solo parziale. Nelle aziende la rete informatica dei Laboratori è stata creata solo in parte ed esistono ancora problemi di organizzazione relativi alla logistica. Molte altre analisi possono essere incluse in un elenco di esami potenzialmente inappropriati.

OBIETTIVI

Per risolvere le criticità si ritiene di perseguire i seguenti due macro obiettivi:

1.5.1. Riorganizzazione della rete dei laboratori

La riorganizzazione della rete dei laboratori si adegua alla rete ospedaliera, prevedendo una graduazione di complessità/specializzazione delle tipologie di analisi eseguite da ciascun Laboratorio modificando la DGR 19 del 3.8.2007, finora applicata in maniera parziale. Occorre procedere alla riorganizzazione della rete dei Laboratori Analisi in modo che questa sia congruente/coincidente con la rete di gestione dell'emergenza e con il livello di complessità assistenziale dei vari Presidi.

Quindi l'adeguamento dei laboratori alla rete ospedaliera e a quella dell'emergenza-urgenza prevede le seguenti tipologie di laboratori: di riferimento, generali, di base e POCT.