

DGR 1-4117 del 5/7/2012

Programma attuativo dell'addendum al piano di rientro. Percorso di ridefinizione della rete ospedaliera.

Il programma attuativo del Piano di rientro prevede una graduale ridefinizione del numero dei posti letto della rete ospedaliera del Piemonte.

Tale ridefinizione deve derivare sia da un uso più efficiente dei posti letto disponibili, sia dalla riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza con la trasformazione di tale modalità assistenziale (ricovero ospedaliero) in altre, quali l'attività ambulatoriale o quella residenziale e domiciliare.

Con la DGR 17-1830 del 7 aprile 2011 sono state stabilite le linee generali di riferimento riguardanti il numero di unità operative complesse e le relative dotazioni posti letto per disciplina, nonché i criteri di diffusione in relazione ai bacini di utenza e all'organizzazione della rete dell'emergenza/urgenza. Con la DGR 12-1665 del 7 aprile 2011 sono inoltre stati stabiliti i criteri di appropriatezza per l'attività di day hospital riabilitativo che si integra con quanto già previsto dallo stesso addendum e dalla DGR 13-14349 del 28 gennaio 2011 circa le modalità di identificazione dei fabbisogni di posti letto di post acuzie.

In particolare con la DGR 4-2495 del 3 agosto 2011 sono stati precisati i criteri di appropriatezza per l'attività di ricovero in coerenza con le indicazioni dell'addendum e con gli indirizzi del patto per la salute 2010-2012 del 3.12.2009. Tali indicazioni costituiscono elemento fondamentale per una revisione complessiva dell'attività di ricovero che avranno una ricaduta diretta nella composizione della rete ospedaliera con un'importante trasformazione dell'attività di ricovero in quella ambulatoriale o in altre forme assistenziali più appropriate a carattere residenziale e domiciliare.

Di grande rilievo è la D.C.R. 167-14087 del 3 aprile 2012 con la quale è stato approvato il Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 che prevede, tra l'altro, le modalità con le quali dovrà essere ridefinita la rete dei presidi ospedalieri, la costituzione di una nuova azienda ospedaliera che comprende le precedenti AOU San Giovanni Battista di Torino e ASO CTO Maria Adelaide e OIRM Sant'Anna, nonché la costituzione delle federazioni sanitarie sovrazonali con funzioni di supporto e di forte integrazione tra le Aziende Sanitarie. I successivi provvedimenti relativi alle indicazioni degli obiettivi ai nuovi direttori generali hanno evidenziato la necessità di portare a regime il sistema hub and spoke della rete ospedaliera con la definizione dei compiti degli ospedali di riferimento e di quelli di carattere territoriale.

Alla luce dell'insieme di tali provvedimenti è possibile concretamente attuare l'obiettivo della riduzione dei posti letto prevista dal piano di rientro.

Il calcolo complessivo della necessità di posti letto si può preventivare sulla base dei seguenti criteri:

- aumento dell'efficienza dell'uso delle risorse ospedaliere disponibili
- valutazione della diminuzione di casi e giornate di ricovero determinate dall'applicazione degli indirizzi regionali in materia di appropriatezza, in particolare con le DGR 15- 1828 del 7 aprile 2011 , 4-2495 del 3 agosto 2011 (per i ricoveri di acuzie) e la DGR 13-14349 del 28 gennaio 2011 (postacuzie)
- valutazione dell'impatto della mobilità extraregionale
- riorganizzazione secondo un modello hub and spoke a forte integrazione dei presidi ospedalieri per bacini corrispondenti alle federazioni sovrazonali sanitarie.
- riorganizzazione delle dotazioni dei posti letto a partire dagli ospedali che nel Piano Sociosanitario sono previsti in riconversione

Nel presente provvedimento viene esplicitata la previsione complessiva per federazione sovrazonale così come identificate nell'Allegato B del Piano socio-sanitario. I posti letti di tutti i

presidi non a diretta gestione delle ASR vengono assegnati alle federazioni in ragione del loro posizionamento territoriale.

La ridefinizione complessiva delle dotazioni di posti letto interesserà tutte le strutture di ricovero pubbliche e di quelle non direttamente gestite dalle ASR, dai Presidi, dagli IRCCS e dalle Case di Cura.

Per quanto concerne i posti letto di alta specialità e di riferimento regionale, le relative dotazioni saranno valutate anche in relazione ai fabbisogni complessivi del funzionamento della rete regionale e alla loro prevedibile evoluzione nella fase di definitiva applicazione delle indicazioni del presente provvedimento.

Va sottolineato che la revisione della rete dovrà tener conto anche di quanto previsto in ordine al funzionamento della rete di emergenza ed urgenza garantendo la presenza delle attività e delle specialità indicate nella già citata DGR 17-1830 del 7 aprile 2011 e dallo stesso Piano Sociosanitario.

In una prima fase quindi le Aziende di ogni federazione sovrazonale dovranno ridefinire, in relazione ai propri dati di attività, le nuove dotazioni di posti letto per i singoli presidi. Con specifici accordi a livello di area sovrazonale, le aziende potranno compensare fra di loro la composizione della tipologia e quantità di p.l. con l'obiettivo di realizzare gli indirizzi della programmazione regionale riguardo alle dotazioni delle specialità per la rete dell'emergenza e i valori massimi complessivi per area di cui alla DGR 17-1830 del 7 aprile 2011.

Inoltre le aziende, con programmi concordati all'interno delle federazioni, dovranno ridefinire il fabbisogno di posti letto delle strutture accreditate non di diretta gestione tenendo conto delle indicazioni della presente deliberazione e della normativa in materia.

Nel complesso delle valutazioni da effettuarsi con le Aziende Sanitarie potranno anche essere valutate circostanziate situazioni in deroga alla metodologia di calcolo adottata nelle quali potranno essere previsti lievi incrementi dei posti letto al fine di recuperare casistica di ricoveri di cittadini residenti in Piemonte effettuati nelle Regioni confinanti.

Per quanto concerne la riduzione dei posti letto di postacuzie si procederà parallelamente all'adozione delle iniziative inerenti l'attuazione di quanto previsto dal piano di rientro con la previsione delle nuove strutture di continuità assistenziale a valenza sanitaria.

La riduzione riguarderà in particolare le attività di Lungodegenza e quelle riabilitative di primo livello.

Per quanto concerne le discipline di acuzie, il miglioramento dell'efficienza di uso delle risorse ospedaliere è basato sostanzialmente con la previsione degli standard di tasso di utilizzo di 0,8 per le discipline mediche e di 0,75 per quelle chirurgiche e con una degenza media calcolata sulla base di quella DRG specifica dei ricoveri del 2010, con esclusione di quelli di un giorno, considerando separatamente i valori delle case di cura e delle strutture pubbliche ed equiparate.

La previsione a regime di riduzione di posti letto deriva dal calcolo della diminuzione di giornate di ricovero complessive attese, sulla base delle indicazioni della DGR 4-2495 del 3 agosto 2011 che dovranno essere ripartite anche tenendo conto della distribuzione delle degenze medie e dei tassi di occupazione di posti letto attesi.

In particolare si è osservato che si può prevedere realisticamente una riduzione di 375 posti letto complessivi considerando le tipologie di progetto di aumento di appropriatezza come si evince dalla tabella seguente:

n° posti letto	Tipologia di attività
101	P.L. R.O per effetto della riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG chirurgici a rischio di inappropriately
37	P.L. D.H. per effetto della riduzione dei ricoveri per i DRG chirurgici a rischio di inappropriately e trasformazione al regime ambulatoriale
163 R.O. + 63 D.H.	per effetto della riduzione dei ricoveri per i DRG medici a rischio di inappropriately
45	P.L. D.H. per effetto della riduzione dei ricoveri in regime diurno per il DRG 410 di chemioterapia per trasformazione al regime ambulatoriale

A questa riduzione occorre detrarre l'aumento descritto dovuto alla trasformazione del regime di ricovero da R.O. a D.H.

34	P.L. D.H. in più per effetto della riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG LEA chirurgici a rischio di inappropriately
----	---

Tale riduzione complessiva potrà essere prevista in parte già nel corso del 2012 mentre risulta da attuarsi con maggiore gradualità la riduzione teorica dei posti letto (attorno a mille unità) derivabile dal possibile risparmio delle giornate di degenza per effetto della riduzione del 50% dei ricoveri dei DRG medici nelle discipline mediche di durata superiore a 11 giorni di pazienti ultrasessantacinquenni, che deve essere accompagnata dalla capacità del sistema di prendere in carico correttamente tale tipologia di pazienti anche sulla base della DGR 27-3628 del 28.3.2012.

Le prime valutazioni che si possono fare sull'effettiva possibilità di riduzione di tali ricoveri attraverso le proposte già formulate dalle aziende a fine 2011, a seguito di specifica iniziativa intrapresa dall'assessorato e che ha coinvolto gruppi di lavoro all'interno degli ospedali e dei distretti di tutte le aziende, fa prefigurare la possibilità di una presa in carico più efficace degli episodi assistenziali che riguardano soprattutto i pazienti cronici, ma che dipendono dalla riorganizzazione delle attività territoriali con un ruolo più pregnante dei Medici di Medicina Generale, dall'attivazione dei CAP e da tutte le iniziative di presa in carico previste dalla già citata DGR 27-3628 del 28.3.2012. E' quindi realisticamente prevedibile che solo circa 200/300 posti letto a regime potranno essere considerati in riduzione per effetto di tale programma.

E' stato infine valutato che se si rendesse omogenea la distribuzione delle degenze medie DRG specifiche e i tassi di occupazione attesi si potrebbe considerare una riduzione di oltre 600 posti letto di degenza ordinaria e oltre 100 di degenza diurna (non considerando le discipline di psichiatria, le terapie intensive, i posti a pagamento e i detenuti).

L'effetto di tale teorica ulteriore riduzione è da considerarsi correttamente solo dopo avere misurato l'effettiva riduzione dei posti letto per aumento di appropriatezza e accertata la possibilità di poter dimettere correttamente i pazienti non più bisognosi di cura di acuzie, avendo a disposizione le modifiche organizzative già citate, riguardo la possibilità di assistenza extraospedaliera o di postacuzie ospedaliera e quindi con la realizzazione degli obiettivi del PSSR e del piano di rientro

Va ancora osservato che una porzione di posti letto attualmente assegnati alla disciplina 40 psichiatria delle case di cura e che riguarda comunque un'attività non di acuzie potrà essere trasformata in regime assistenziale residenziale e potrebbe riguardare all'incirca 60/80 posti letto.

Pertanto la previsione complessiva di posti letto per acuzie per il quadriennio 2012 – 2015 è quella registrata nella successiva tabella per le attività di Acuzie nella quale si pone come obiettivo a fine della decorrenza del Piano sociosanitario la previsione di 3 posti letto per mille abitanti come già previsto dal piano di rientro.

Nel calcolo vengono considerati tutti i posti letto delle aziende sanitarie, degli IRCCS, dei Presidi e delle sperimentazioni gestionali oltre a quelli contrattati delle Case di Cura e quelli ancora provvisoriamente accreditati. Il numero di posti letto attuale è quello registrato nel mese di Aprile 2012 nella procedura "Anagrafe delle Strutture".

	PL attuali	PL al 31.12. 2013	PL al 31.12. 2014	PL al 31.12. 2015	PL 3 per mille
Totali Regione	13781*	13605	13448	13372	13372

*151 P.L. della casa di cura Villa Cristina sono sospesi

Le riduzioni possono essere stimate come segue per ogni federazione sovra zonale.

	p.l. in meno al 31.12. 2013	p.l. in meno al 31.12. 2014	p.l. in meno al 31.12. 2015
F.S.S.1	46	86	106
F.S.S.2	30	57	70
F.S.S.3	32	60	74
F.S.S.4	28	53	65
F.S.S.5	14	27	33
F.S.S.6	26	50	61
Totale reg.	176	333	409

Nella ridefinizione della rete ospedaliera occorre tener conto di quanto previsto dal comma 3 dell'art. 6 dell'accordo Stato regioni del 3 dicembre 2009 dove viene specificato che negli standard in numero di posti letto per mille abitanti "non è compresa la quota di posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni" che in Piemonte sono particolarmente presenti nella postacuzie e per la cui quota parte la riduzione non potrà essere effettivamente attuata in quanto riguarda l'attività appunto svolta per cittadini di altre regioni. Si stima che solo per quanto riguarda la postacuzie i posti letto costantemente utilizzati da degenti residenti in altre regioni sono oltre 400.

Il numero di posti letto attuali sono quelli registrati ad aprile 2012 nella procedura "Anagrafe delle Strutture".

	PL attuali Compresi per degenze residenti fuori regione	PL teorici a fine 2015	PL 0,7 per mille	P.L. a fine 2015 Compresi per degenze residenti fuori regione
Totali Regione	4587	3120	3120	3520 circa

Le riduzioni possono essere stimate come segue per ogni federazione sovra zonale a fine 2015.

	posti letto in meno teorici	posti letto in meno senza ricoveri residenti altre regioni
F.S.S.1	82	82
F.S.S.2	301	291
F.S.S.3	211	211
Prov. Torino	595	585
F.S.S.4	656	274
F.S.S.5	216	208
F.S.S.6	0	0

Totale reg.	1467	1067
-------------	------	------

Per la riduzione dei posti letto di post acuzie delle F.S. 1, 2 e 3 della provincia di Torino, in considerazione della non proporzionata distribuzione delle strutture di postacuzie in relazione a quella della popolazione (tra area metropolitana e il resto del territorio) è opportuno che le riduzioni siano considerate complessivamente con specifici accordi tra le ASR facenti parte delle tre federazioni interessate e la Regione.

Per quanto riguarda il settore privato ed equiparato la Regione, con l'intesa con le Aziende territoriali di riferimento, ridefinirà i rapporti contrattuali tenuto conto dei fabbisogni di posti letto che emergono dalle valutazioni più sopra esplicitate.

Per attuare gli obiettivi del presente provvedimento, le aziende sanitarie dovranno entro il 30/09/2012 predisporre le proposte operative per l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera con accordi a livello di Federazioni Sanitarie Sovrazionali. La somma delle riduzioni annuali che saranno programmate dovrà corrispondere almeno quelle indicate nelle tabelle.

Successivamente la Regione disporrà le modalità attuative di tale riorganizzazione.

Pertanto

Visti:

l'accordo Stato Regioni del 3 dicembre 2009,
la D.C.R. 167-14087 del 3 aprile 2012 (Piano socio sanitario regionale)
la D.G.R. 44-1615 del 28-02-2011 (Addendum al Piano di rientro)
la D.G.R. 4-2495 del 3 agosto 2011
la D.G.R. 15- 1828 del 7 aprile 2011
la D.G.R. 13-14349 del 28 gennaio 2011
la D.G.R. 17-1830 del 7 aprile 2011.

La Giunta regionale, sentita la relazione del relatore, unanime,

d e l i b e r a

Di prevedere la riorganizzazione della rete ospedaliera del Piemonte nell'ambito dei limiti complessivi definiti nelle tabelle e sulla base delle indicazioni in premessa descritti da attuarsi nel periodo 2012 – 2015.

Di disporre che qualsiasi modificazione in aumento nei limiti di cui sopra di posti letto di ogni presidio ospedaliero pubblico o privato dovrà essere autorizzato preventivamente dalla Direzione Sanità.

Di assegnare alla Direzione Sanità l'attuazione di quanto previsto nel presente provvedimento

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell' art 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.