

ALLEGATO A alla DGR n.
ospedaliera regionale”.

“Programma di revisione della rete

La questione della revisione della rete ospedaliera regionale non può essere affrontata in maniera razionale se non attraverso il rispetto di due criteri di fondo, efficacemente descritti sia nel Piano di rientro di cui alla D.G.R. n. 1-415 del 2.08.2010, successivamente integrata dall'Addendum di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28.02.2011, come rettificata con DGR n. 49-1985 del 29.04.2011, sia nel Piano Socio-Sanitario Regionale di cui alla D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012:

- 1) il modello “hub and spoke” della rete ospedaliera;
- 2) la visione d'insieme ed integrata delle tre reti: la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza-urgenza e quella del territorio.

Nell'attuazione del Piano di rientro e del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2015, le tre reti vengono affrontate in maniera organica: per prima la rete dell'emergenza urgenza (in particolare, per la rete del 118, con le DD.G.R. n. 16-2348 del 22 luglio 2011, n. 38-3226 del 30 dicembre 2011, n. 20-3301 del 23 gennaio 2012, n. 25-5148 del 28 dicembre 2012), successivamente quella ospedaliera e la rete territoriale (in particolare con la D.G.R. n. 27-3628 del 28 marzo 2012 relativa alla presa in carico territoriale del paziente e con la D.G.R. n. 26-3627 del 28 marzo 2012 relativa ai Centri di Assistenza Primaria (CAP).

Organizzare correttamente la rete dell'emergenza consente di impostare con razionalità la rete ospedaliera, in particolare per quanto riguarda le attività programmate che possono essere gestite con maggiore efficacia clinica e maggiore efficienza nell'uso "intensivo" delle risorse strutturali e tecnologiche.

Inoltre, il modello di appropriatezza organizzativa, utilizzato per definire il fabbisogno di prestazioni ospedaliere, consente di definire i percorsi appropriati per i pazienti affetti da patologie croniche che dovranno essere "presi in carico" dalla rete territoriale, migliorando sia la qualità percepita dai pazienti, sia l'efficienza complessiva del sistema.

L'EMERGENZA

Per quanto riguarda la rete ospedaliera, vengono definiti i criteri generali per la gestione dell'emergenza:

- a) un Centro HUB (DEA di II livello) ogni 600.000-1.200.000 abitanti, coincidente con gli ospedali di riferimento o di II livello;

- b) un Centro SPOKE (coincidente il DEA di I livello degli ospedali cardine o di I livello) in ogni ambito territoriale corrispondente ad un bacino di utenza intorno a 150.000-300.000 abitanti o qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di DEA superi i 60 minuti, tenendo conto che, in questo caso, il centro HUB funge anche da SPOKE per il bacino di competenza;
- c) la funzione di Pronto Soccorso Semplice è prevista per un bacino di utenza di circa 80.000-150.000 e coincide con gli ospedali di territorio o di base;
- d) la funzione di Pronto Soccorso in zona disagiata, a bassi volumi di attività, viene attivata nelle zone montane con un bacino di utenza di 40.000-80.000 residenti per garantire sicurezza anche al centro abitato che dista più di un'ora dal Pronto Soccorso / DEA più vicino;
- e) la Funzione di Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 o 24 ore a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie, si rende necessaria a seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in una struttura territoriale. La responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura;
- f) i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) come asse portante dell'organizzazione del soccorso ospedaliero, il modello organizzativo prevede l'interdisciplinarietà e l'individuazione di un organico medico dedicato all'emergenza-urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come previsto dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza). Gli organici dedicati e specifici per l'emergenza ospedaliera assumono il ruolo di una vera e propria Rete di risorse professionali che, in base alle caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, sia in grado di distribuire le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza. Dai centri di eccellenza (DEA di II e di I livello) si articola una funzione sovra zonale di Pronto Soccorso in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di DEA e dei Punti di Primo Intervento, che dovranno essere direttamente collegati al Centro SPOKE di competenza;

La Tabella 1 (Rete ospedaliera programmata: la gestione dell'emergenza) individua, per ciascuna area sovra zonale e, all'interno di queste, per ciascun presidio ospedaliero, la funzione di emergenza attribuita. Si evidenzia come, in base ai parametri stabiliti, siano previsti, complessivamente:

- 7 ospedali sede di DEA di II livello;
- 20 ospedali sede di DEA di I livello;

- 7 ospedali sede di Pronto Soccorso Semplice;
- 2 ospedali sede di Pronto Soccorso disagiato;
- 3 Punti di Primo Intervento.

LA RETE OSPEDALIERA

La revisione della rete ospedaliera piemontese viene effettuata in base al seguente percorso metodologico: dapprima viene definito il fabbisogno di prestazioni appropriate per disciplina e per regime di ricovero riferito alla popolazione piemontese, successivamente viene individuato il corrispondente numero di posti letto ed infine il necessario numero di strutture organizzative.

L'articolo 6 del Patto della Salute 2010-2012 prevede una razionalizzazione della rete ospedaliera ottenuta attraverso l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri e la promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal ricovero all'assistenza residenziale e domiciliare: i ricoveri saranno dunque previsti per i casi importanti a cui si fornirà un'assistenza altamente qualificata. Nel comma 5 dello stesso articolo si prevede l'estensione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza, con passaggio dai 43 DRG, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, alle liste contenute negli elenchi A e B allegati allo stesso Patto della Salute.

La Regione Piemonte, con D.G.R. 3 agosto 2011, n. 4-2495 “Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell'attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza”, ha previsto:

- le percentuali specifiche, per singolo DRG chirurgico afferente all'allegato B del patto della Salute 2010-2012, da trasferire da ricovero ordinario in regime di ricovero diurno e in prestazione ambulatoriale;
- le percentuali soglia considerate appropriate, riferite alla popolazione, per quanto riguarda i ricoveri non chirurgici afferenti all'allegato B del patto della Salute 2010-2012;
- il progressivo trasferimento dell'80% delle prestazioni di chemioterapia (DRG 410) in regime ambulatoriale (con relativa documentazione del consumo di farmaci nel file F), mantenendo la

parte restante in ricovero ospedaliero per i soggetti particolarmente fragili;

- la non appropriatezza dell'80% dei ricoveri ordinari non chirurgici in specialità per acuzie di persone ultrasessantacinquenni e con degenza uguale o superiore a dodici giorni.

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

Al termine dell'applicazione del metodo sopra esposto, si ottiene un numero appropriato di prestazioni di ricovero articolato in ricoveri ordinari e in regime diurno (Tabella 2: Fabbisogno di ricoveri ospedalieri). Il tasso di ospedalizzazione complessivo è pari a 151 per 1.000 abitanti pesati con una quota di ricoveri a ciclo diurno pari al 26% del totale.

La rete ospedaliera post-acuzie.

Per quanto riguarda i ricoveri di post-acuzie, la necessità di ottemperare ai vincoli posti dal Patto per la Salute 2010-2012, che prevede che le Regioni si impegnino ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed a carico del Servizio sanitario regionale per le attività di post-acuzie non superiore a 0,7 posti letto per mille abitanti, richiede un profondo riordino dell'attuale rete ospedaliera, ponendo particolare attenzione alla necessità di garantire continuità assistenziale al paziente in uscita dall'ospedale per acuti. Per la ridefinizione delle funzioni complessive della post-acuzie, prevedendo anche il possibile superamento di funzioni oggi presenti e per alcuni aspetti superate, nel rispetto dei criteri di appropriatezza di intervento, continuità dei percorsi di cure e razionalità nell'uso delle risorse, è stata adottata la D.G.R n. 13-1439 del 28 gennaio 2011 e s.m.i. che approva i criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale di 3°, 2° e 1° livello e per le attività di lungodegenza, nonché i criteri per la realizzazione dell'area di attività extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria. Criteri di appropriatezza di intervento, continuità dei percorsi delle cure e razionalità nell'uso delle risorse sono alcuni dei presupposti per assicurare i livelli essenziali di assistenza in modo omogeneo sul territorio regionale, perseguendo il riequilibrio tra i macro livelli assistenziali, mediante lo sviluppo dell'assistenza collettiva e distrettuale ed il contenimento

dell'assistenza ospedaliera. E' pertanto fondamentale una corretta individuazione della continuità assistenziale in ambito extra ospedaliero che si avvalga dei seguenti presupposti:

- redistribuzione territoriale dei vari setting in rapporto alla necessità di garantire tutte le tipologie assistenziali sia in ambito ospedaliero che territoriale;
- riportare la responsabilità organizzativa/gestionale dei percorsi ad un unico soggetto che il PSSR 2012-2015 e la D.G.R n. 27 – 3628 del 28/03/2012 identifica nel Direttore del Distretto. Solo in questo modo è possibile superare le sub ottimizzazioni oggi presenti;
- la responsabilità organizzativa e gestionale deve essere rafforzata dagli strumenti che il PSSR intende fornire al Direttore di Distretto: un piano pluriennale (il Piano delle cure primarie), un software per la gestione della continuità di cura, il nucleo di continuità di cura collegato con quello dei presidi ospedalieri, nonché un piano dei conti del distretto in cui sia possibile evidenziare il costo dei vari livelli assistenziali;
- necessità che gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie private accreditate eroganti attività ospedaliere di postacuzie e con le strutture afferenti all'assistenza territoriale contengano specifiche indicazioni organizzative, al fine di poter assicurare all'utenza la risposta appropriata in rapporto alla missione delle singole strutture (i pazienti non debbono essere scelti dalla struttura ricevente che invece deve essere strumento del Direttore di Distretto nell'ambito del ventaglio delle strutture sanitarie e socio/sanitarie che compongono l'offerta);
- attuazione della prevista riduzione di posti letto dei reparti di post acuzie che abbia come presupposto una rigorosa analisi delle attività di tali reparti in rapporto ai criteri di appropriatezza individuati per un corretto livello di assistenza. La Regione Piemonte, in attuazione delle disposizioni nazionali, si trova a dover ridurre, complessivamente, i PL di postacuzie da 1,03 per mille abitanti a 0,7 per mille abitanti che, concretamente, vuol dire intervenire su 1.475 posti letto.

Premesso quanto sopra si è proceduto ad una puntuale disamina delle singole attività specialistiche dell'area della post acuzie.

AREA DELLA LUNGODEGENZA OSPEDALIERA (COD. 60)

Come già indicato nella D.G.R. n. 13-1439 del 28/01/2011 tale funzione è "... rivolta a pazienti provenienti dai reparti per acuti, particolarmente complessi , che necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, al fine di una stabilizzazione e/o miglioramento clinico-funzionale (ad esempio pazienti portatori delle "grandi insufficienze d'organo" come diagnosi principale, accompagnati da altre patologie che incidono significativamente sul quadro clinico complessivo) .

Questa funzione deve essere realizzata in stretto collegamento funzionale/operativo con l'area delle acuzie, e preferibilmente in contiguità logistica, al fine di garantire adeguata assistenza anche a pazienti ad elevata complessità e con necessità di una gestione specialistica multidisciplinare."

Al fine della sua realizzazione, è necessario rendere cogenti i criteri di accesso e di dimissione coerenti con la funzione esercitata dalla lungodegenza e, pertanto, si individuano i seguenti criteri/parametri:

- il ruolo del reparto di lungodegenza (cod. 60) è quello di trattare pazienti provenienti dai reparti per acuti, particolarmente complessi, ancora instabili da un punto di vista clinico che necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati al fine di una stabilizzazione e/o miglioramento clinico-funzionale;
- la lungodegenza quale sopra definita tratta solo pazienti trasferiti dai reparti per acuzie dell'area ospedaliera di riferimento con la quale opera in stretto collegamento funzionale/operativo (multidisciplinarietà del trattamento). Il valore dei giorni soglia di riferimento per i ricoveri presso tale reparto è individuato in 21 giorni, oltre il quale il paziente potrà essere indirizzato ad altro setting – se necessario – o verrà dimesso. La gestione dei singoli casi di ricovero è correlata alla tipologia di paziente trattato nel setting "lungodegenza" con l'obiettivo di evitare la standardizzazione del periodo di ricovero;
- i pazienti ricoverati in questo setting necessitano di assistenza infermieristica 24 ore su 24 e di assistenza medica 24H/24H garantita

anche attraverso l'organizzazione interna del presidio ospedaliero. La responsabilità del reparto è in capo ad un medico con specialità di area medica.

Per la costruzione di indicatori della composizione della casistica dei reparti codice 60 si utilizzano tre variabili: tipo di struttura, MDC e soglia di degenza (21 GG), mentre l'analisi per soglia di età (65 anni) non sembra utile per lo sviluppo dell'analisi. Definiti i criteri di appropriatezza organizzativo-gestionale resta la necessità di individuare il fabbisogno di tale funzione/attività. L'analisi di tale attività, realizzata in forma sperimentale presso alcune realtà ospedaliere, permette di individuare il fabbisogno nella misura del 7% dei posti letto di acuzie. L'analisi dei ricoveri 2011 in lungodegenza ospedaliera (codice 60) effettuata applicando i suddetti criteri di appropriatezza organizzativo-gestionale, integrata con una analisi della tipologia di pazienti trattati in rapporto ad età ed MDC, e avuto riguardo del vincolo posto dalla Legge 135/2012 – articolo 15, comma 13, lettera c) - fa emergere che, su un totale di 1.452 posti letto di cod. 60, circa il 65%, ovvero 940 posti letto, è destinato a svolgere l'attività di lungodegenza con le caratteristiche sopra descritte. La differenza dei posti è destinata a riconvertirsi in altra attività sanitaria extra ospedaliera ovvero quella relativa alle “Cure intermedie territoriali”.

RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (COD. 56)

Per quanto concerne i reparti di RRF (codice 56), una corretta individuazione di indicatori di fabbisogno e di appropriatezza d'uso del livello deve tenere conto della missione diversificata tra le strutture di 2° livello e quelle di 1° livello.

RRF 2° livello

Sono attività di riabilitazione intensiva dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di precocità in quanto in diretta connessione con l'evento acuto scatenante la disabilità, complessità e/o di durata dell'intervento (questa ultima non inferiore a tre ore giornaliere di terapia specifica per singolo paziente).

RRF 1° livello

Le attività di riabilitazione di 1° livello sono caratterizzate da un impegno terapeutico riabilitativo di 1 ora /die associato ad un intervento di

assistenza sanitaria sulle 24/h verso i soggetti in trattamento. L'impegno clinico e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa individuato nello specifico progetto riabilitativo.

Tali attività interessano pazienti con disabilità di entità rilevante, nell'immediata post-acuzie, croniche o in fase di stabilizzazione che richiedono un intervento riabilitativo non complesso, né intensivo, ma protratto nel tempo, nonché pazienti con disabilità croniche stabilizzate di entità contenuta per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi di mantenimento o di prevenzione del degrado motorio-funzionale acquisito, non realizzabili in modo appropriato all'interno del setting complessivo; il trasferimento dal setting ospedaliero a quello territoriale spesso trova ostacoli in quanto alcuni pazienti presentano costi particolarmente rilevanti ad esempio per terapia oncologica o antibiotici di ultima generazione. E' necessario che queste terapie rimangano a carico del SSN indipendentemente dal livello assistenziale assegnato al paziente (ospedaliero / territoriale); lo standard di riferimento per reparto è 20 PL, comunque derivante da un processo di conversione/razionalizzazione.

Analisi dati attività RRF anno 2011.

L'analisi si è avvalsa dei risultati dell'applicazione dei criteri di appropriatezza organizzativa gestionale quali individuati nella DGR n. 13-1439 del 28/01/2011 e precisamente:

- nuovi giorni di valori soglia sia per RRF di 2° livello che per RRF 1° livello. L'applicazione di questo criterio, al fine dell'analisi complessiva, necessita di un fattore di correzione per RRF 2° livello in quanto una percentuale di casi è trattata con una degenza over soglia determinata dalla particolare complessità clinico-assistenziale-riabilitativa del paziente trattato. Le giornate di degenza , quindi, considerate inappropriate residuano in 150.000 (67 % del totale dell'oltre soglia).

- indicatori di appropriatezza di funzione del reparto RRF 2° e 1° livello per l'ingresso dei pazienti in questi setting. L'applicazione dei suddetti criteri, integrata con una analisi della tipologia di pazienti trattati in rapporto ad età ed MDC, e avuto riguardo del vincolo posto dalla Legge 135/2012- articolo 15, comma 13, lettera c) - fa emergere che, sul totale dei posti letto di codice 56, pari a 2.929, circa il 28%, pari a 820 posti letto, è destinato a svolgere altra attività sanitaria in ambito territoriale extra ospedaliero. La differenza dei posti è destinata a riconvertirsi in altra

attività sanitaria extra ospedaliera ovvero quella relativa alle “Cure intermedie territoriali”.

ATTIVITA' RIABILITATIVE U.G.C. (COD. 75)

L'U.G.C., come stabilito con D.G.R. n. 10-5605 del 2/04/2007 e s.m.i., è finalizzata alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita di origine traumatica o di altra natura caratterizzata nell'evoluzione clinica dal coesistere di tutte le seguenti condizioni:

- periodo di coma più o meno protratto (GCS inferiore o uguale a 8),
- esistenza di gravi menomazioni motorie cognitive e comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse,
- necessità di interventi valutativi e terapeutici non realizzabili presso altre strutture che erogano interventi di riabilitazione intensiva.

Tale area risulta attualmente non perfettamente adeguata al fabbisogno, anche in rapporto alla mobilità passiva extra regione e verso Paesi esteri, in quanto in sofferenza di circa 40 posti letto. Tale carenza era già stata sottolineata con D.G.R. n. 13-1439 del 28/01/2011 che ha approvato i criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e rieducazione funzionale di 3°, 2° e 1° livello e per le attività di lungodegenza, nonché i criteri per la creazione dell'area di attività extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria quali descritti in premessa al provvedimento citato. Si ritiene necessario, in questa fase, un incremento di almeno 20 posti letto suddivisi territorialmente in rapporto alla popolazione, oltrechè un adeguamento rigoroso dell'attuale rete al rapporto percentuale tra posti letto di RO e DH quale indicato con DGR n. 12-1665 del 7 marzo 2011, al fine di alimentare l'appropriatezza d'utilizzo della funzione.

ATTIVITA' RIABILITATIVE UNITA' SPINALI (COD. 28)

L' Unità Spinale Unipolare (U.S.U.) è destinata all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non, sin dal momento dell'evento lesivo, ed ha lo scopo di permettere ai pazienti mielolesi di raggiungere il miglior stato di salute ed il più alto livello di capacità funzionali compatibili con le lesioni. Le lesioni midollari danno origine a disabilità ad alta complessità clinico-riabilitativa e ad alto impatto sociale.

Oggi la dotazione di n. 80 posti letto assicura una funzione sovra zonale per pazienti spinali a valenza regionale, per la gestione interdisciplinare della fase dell'acuzie e della post-acuzie realizzata dall'Unità Spinale Unipolare (CTO), e da due unità riabilitative per medullose (codice 28), già individuate presso l'AOU di Novara e l'AO di Alessandria, con una organizzazione funzionale specifica a carattere dipartimentale interaziendale. La dotazione prevista di 80 posti letto si ritiene congrua con il fabbisogno regionale.

Le Tabelle 3, 4, 5 e 6 evidenziano la situazione attuale e a regime dei posti letto per post-acuzie, articolati per area territoriale, per tipologia assistenziale e per ente gestore.

L'adeguamento della rete ospedaliera per la post acuzie al fabbisogno, prevede lo sviluppo ed il potenziamento dell'Assistenza domiciliare Integrata, con particolare riferimento ai casi trattati relativi alla medio-alta ed alla elevata intensità, accanto ad un più razionale utilizzo dei posti letto, attualmente disponibili presso le strutture residenziali e semiresidenziali, per le varie tipologie di soggetti destinatari, con particolare riferimento agli anziani non autosufficienti, ai disabili, agli psichiatrici, ai malati terminali.

IL FABBISOGNO DI POSTI LETTO PER LE ACUZIE

L'attuale distribuzione territoriale dei posti letto per acuti, articolata per singola disciplina, risulta dalla Tabella 7.

Il calcolo del numero di posti letto corrispondente ai ricoveri appropriati (utilizzando tassi di occupazione del 75% per le discipline chirurgiche e dell'85% per quelle mediche, applicando la degenza media nazionale, attribuendo ai ricoveri in day hospital una corretta durata media del ciclo – desunta dalle pubblicazioni del Ministero, relative agli indicatori, e riportata in Tabella 2 bis) è definito nelle Tabelle 8, 9 e 10.

Complessivamente, il fabbisogno è pari a n. 13.509 posti letto, corrispondente a 2,87 per 1.000 abitanti pesati. La quota di posti letto rimanente per raggiungere lo standard di 3 per 1.000 abitanti pesati, pari a 619, non viene assegnata ai singoli presidi ospedalieri ma costituisce una sorta di “riserva” da utilizzare, previa disposizione regionale, per quelle situazioni che dovessero dimostrare oggettive criticità nel percorso di attuazione della presente regolamentazione.

La Tabella 11 articola i posti letto attesi per acuzie, e la Tabella 12 quelli attesi complessivamente (acuzie e post-acuzie), per area sovra zonale e per tipologia di soggetto erogatore. La tabella 13 articola la riduzione dei posti

letto (dagli attuali 18.301 ai previsti 16.804 complessivi) per soggetti erogatori, dimostrando sia che la riduzione avviene per disattivazione di strutture organizzative in toto, sia che per il 59% è a carico di ospedali pubblici e per il 41% a carico di strutture private accreditate e classificate (presidi ex art. 43/833 e IRCCS privati).

In particolare, per quanto concerne gli ospedali a gestione diretta, la riduzione dei posti letto, pari a 742 unità, deriva per circa il 79% (587 posti letto) dalla chiusura di 10 presidi ospedalieri, e per la restante quota in parte dalla disattivazione/trasformazione in strutture semplici, ovvero semplici a valenza dipartimentale, di strutture organizzative complesse all'interno degli altri presidi ospedalieri, in parte dalla maggiore efficienza (tasso di occupazione e degenza media) delle strutture organizzative di ricovero.

IL FABBISOGNO DI STRUTTURE ORGANIZZATIVE

Il Piemonte, con la D.G.R. n. 17-1830 del 7 aprile 2011 “Attuazione del Piano di Rientro. Criteri regionali per l'individuazione delle Strutture e delle dotazioni dei relativi posti letto nell'ambito della rete ospedaliera”, si è dotato di uno strumento programmatico fondamentale per l'articolazione territoriale delle discipline in base a bacini di utenza ritenuti ottimali (Tabella 13 bis) che, in larga massima corrispondono a quelli individuati dalla bozza del Regolamento previsto dall'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. Nella definizione dei criteri, si sono considerati alcuni requisiti ritenuti determinanti per garantire efficienza ed efficacia al sistema:

- l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dell'emergenza-urgenza che richiede presso i presidi 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 (tendenzialmente maggiore di 120 posti letto); la riduzione di posti letto viene concentrata nelle strutture minori affinché la riorganizzazione si accompagni a miglioramenti dell'efficienza ed a riduzioni effettive della spesa. Tali strutture sono quelle individuate dal PSSR 2012-2015, ovvero l'ospedale Valdese di Torino, l'ospedale di Castellamonte dell'ASL TO 4, gli ospedali di Giaveno, Avigliana, Venaria, Torre Pellice, Pomaretto dell'ASL TO 3,

l'ospedale di Arona dell'ASL NO, l'ospedale di Caraglio dell'ASL CN 1, l'ospedale di Valenza dell'ASL AL.

La citata D.G.R. contiene alcune considerazioni che stanno alla base del processo di riordino della rete ospedaliera. In particolare, il fatto che il rispetto dei criteri di appropriatezza libera presso gli ospedali della rete una capacità produttiva che può essere utilizzata per ristrutturare la rete ospedaliera stessa. Il numero di ricoveri appropriati degli ospedali destinati a costituire la rete ospedaliera futura si riduce complessivamente rispetto alla situazione esistente. Pertanto, permane la capacità di assorbire la quota di ricoveri appropriati derivante dalla riconversione dei presidi ospedalieri minori. La revisione della 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 minori per l'attività territoriale. Inoltre, la riduzione dei ricoveri a seguito del ricalcolo sopradescritto comporta la possibilità di una redistribuzione delle discipline. Sempre la citata D.G.R. afferma che alcune discipline sono rare in quanto riguardano malattie che per diffusione sono poco presenti sul territorio. La necessità di offrire una buona qualità di prestazioni porta ad una concentrazione in poche sedi sul territorio con un grande bacino d'utenza per ciascuna struttura organizzativa. Altre discipline sono di media diffusione e presenti presso una o più strutture "cardine" nell'ambito di ciascuna area sovra zonale. Le discipline ad alta ed altissima diffusione sono quelle che rappresentano l'offerta base di ogni presidio ospedaliero pubblico.

La Tabella 14 indica, per ciascuna disciplina, in base all'intervallo di bacino di utenza, individuato dalla D.G.R. del 7 aprile 2011, necessario per attivare una struttura complessa di degenza oppure un servizio diagnostico o di supporto, la situazione attuale relativamente alle Strutture Complesse presenti negli ospedali pubblici di ciascuna area sovra zonale.

La Tabella 15 indica, per ciascuna disciplina, in base all'intervallo di bacino di utenza, individuato dalla D.G.R. del 7 aprile 2011, necessario per attivare una struttura complessa di degenza oppure un servizio diagnostico o di supporto, la situazione prevista a regime relativamente alle Strutture Complesse presenti negli ospedali pubblici di ciascuna area sovra zonale.

La Tabella 16 indica la riduzione totale delle Strutture Complesse derivante dalla revisione della rete ospedaliera, il cui numero residuo (pari a **716**), rapportato al numero di posti letto degli ospedali pubblici a regime (pari a **12.497**) è equivalente ad una Struttura Complessa ogni 17,5 posti letto.

Nell'ambito di tali parametri (dotazione di posti letto e strutture complesse per ciascuna disciplina), verrà definito il “profilo” di ogni singolo ospedale in coerenza con il ruolo di ciascuno nell'ambito del sistema di emergenza.

Per completare la rete della singola patologia/disciplina, le ASR possono individuare reparti ospedalieri, costituiti in strutture semplici, anche a valenza dipartimentale, in sede di definizione degli atti aziendali.

Successivamente, sulla base del grado di copertura del fabbisogno da parte della rete degli ospedali a gestione diretta, saranno definiti gli accordi contrattuali con gli erogatori classificati e privati accreditati per integrare l'offerta con la finalità di soddisfare il fabbisogno definito.

All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuzie con l'attività territoriale:

A) RETI PER PATOLOGIE TEMPO – DIPENDENTI

- Patologie cardiovascolari acute: con la D.G.R. n. 48 – 8609 del 14 aprile 2008 “Linee guida per la revisione dei sistemi di emergenza urgenza sanitari”, successivamente integrata e modificata dalla D.G.R. n. 13 – 1826 del 7 aprile 2011, attuativa del Piano di Rientro 2010-2012, è stata definita la rete per tali patologie;
- Ictus: con la D.G.R. n. 19 – 1832 del 7 aprile 2011, attuativa del Piano di Rientro 2010-2012, è stata definita la distribuzione territoriale e funzionale dei centri ospedalieri per l'ictus in Piemonte;
- Traumi: con la D.G.R. n. 19 – 2664 del 3 ottobre 2011, attuativa del Piano di Rientro 2010-2012, sono stati definiti i percorsi clinico-organizzativi del paziente politraumatizzato.

B) RETI PER ALTRE PATOLOGIE

- Rete Oncologica: la rete oncologica piemontese, nata come progetto sperimentale nel 2000 (D.G.R. n. 50 – 1391 del 20 novembre 2000), inizia ad essere organizzata con la D.G.R. n. 48 – 9824 del 30 giugno 2003 “Approvazione del progetto organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e dei nuovi Regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica”. Successivamente, con le DD.G.R. n. 26 – 10193 del 1 agosto 2003 “Approvazione linee guida metodologico-organizzative del Centro Accoglienza e Servizi e del Gruppo Interdisciplinare Cure”, n. 33 – 5529 del 19 marzo 2007 “Parziale modifica dell'Allegato A, parte integrante della DGR n. 48 - 9824 del 30.06.2003. Approvazione della nuova sede di Polo Oncologico del VCO ed, in via

sperimentale, del Polo Oncologico di Torino” e n. 21 – 11511 del 3 giugno 2009 “Approvazione della bozza di nuova convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d’Aosta. Approvazione del nuovo assetto organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta, dei relativi Regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica. Modifica della D.G.R. n. 48-9824 del 30.06.2003 e della D.G.R. n. 33-5539 del 19.03.2007” il suo assetto organizzativo e la sua articolazione vengono modificati. La rete oncologica piemontese diventa Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale con la D.G.R. n. 1-358 del 20 luglio 2010 “Approvazione della proposta di bozza di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d’Aosta per istituzione del Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale denominato "Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta", a parziale modifica della D.G.R. n. 21-11511 del 03.06.2009”, recentemente rivisitato con la D.G.R. n. 40-3228 del 30 dicembre 2011 “Approvazione dello schema di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione autonoma Valle d’Aosta, per il prosieguo delle attività del dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale, denominato "Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta", istituito con DGR n.1-358 del 20 luglio 1010”.

I centri Hub dei Poli oncologici sono rappresentati dall’azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino, dall’Istituto F.P.O. di Candiolo (Centro di Riferimento regionale per l’Oncologia al suo riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico), dall’azienda ospedaliero-universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano, dall’azienda ospedaliero-universitaria Maggiore della Carità di Novara, dall’azienda ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo e dall’azienda ospedaliera SS. Antonio e Biagio di Alessandria.

- La rete delle neonatologie e dei punti nascita: attualmente esistono in Piemonte 32 punti nascita e 7 Neonatologie con Terapia Intensiva Neonatale in ospedali con punto nascita di III livello.

Si riscontrano principalmente due tipi di criticità:

1) posti di TIN insufficienti soprattutto per l’aumento negli ultimi dieci anni dei neonati estremamente critici a causa di aumento dell’età materna, fecondazione assistita, immigrazione, miglioramento delle cure ostetriche e neonatologiche con conseguente aumento della sopravvivenza di tali neonati;

2) difficoltà ad assicurare un'adeguata assistenza neonatale per la parcellizzazione dei centri nascita di piccole dimensioni tali da non consentire in ciascuno un adeguato numero di Neonatologi per coprire le 24 ore.

A regime i punti nascita saranno 24, 7 dei quali hub.

L'obiettivo fondamentale è quello di garantire a ogni neonato, in qualsiasi centro nascita, ai vari livelli assistenziali, un'assistenza appropriata e sicura, uniforme su tutto il territorio regionale.

In conformità con il recente documento della Conferenza Stato-Regioni concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", si prevede la realizzazione di una rete delle neonatologie tale da garantire una dimensione adeguata dei centri nascita tramite l'accorpamento graduale dei centri di piccole dimensioni in modo da costituire, a regime, solamente centri con almeno 1.000 nati l'anno.

La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore (e comunque non inferiore a 500 parti/anno) viene prevista solo sulla base di motivate valutazioni per aree geografiche particolarmente disagiate con rilevanti difficoltà di attivazione del STAM.

Per attuare le azioni proposte si prevede il raggruppamento dei centri nascita, attualmente di I e II livello, in Unità pediatriche/neonatologiche di I livello all'interno di un ospedale sede di DEA di I livello (Unità che assistono neonati sani e nati con patologie che non richiedano ricovero in TIN), lasciando la situazione attuale delle TIN di III livello.

Queste ultime vengono denominate Unità neonatologiche di II Livello-TIN (Unità che assistono neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva) all'interno di un ospedale sede di DEA di II livello, potenziandone le capacità recettive secondo le attuali necessità.

Si prevede, inoltre, l'abbinamento, per pari complessità di attività, delle Strutture organizzative ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali.

Secondo quanto previsto dal documento della Conferenza unificata Stato Regioni, le Strutture organizzative di ostetricia di I livello assistono gravidanze e parti in età gestazionale superiore o uguale a

34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato, tipiche del II livello, per la madre e per il feto.

Le Strutture organizzative di ostetricia di I livello sono funzionalmente collegate con le Unità di ostetricia di II livello secondo il modello centri di riferimento e cardine e garantendo il trasferimento mediante lo STAM a Unità di II livello delle gravide per le quali si preveda la necessità di TIN, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo STEN (Servizio Trasporto Emergenza Neonatale).

La tabella sottostante sintetizza la situazione a regime, dopo la disattivazione di 8 punti nascita che non raggiungono i 500 parti/anno: Cuorgnè, Carmagnola, Susa, Borgosesia, Domodossola, Bra, Tortona, Acqui Terme.

Per quanto riguarda il punto nascita di Borgosesia, occorre valutare l'andamento del numero di parti (che oscilla intorno ai 500/anno), mentre per il punto nascita di Susa occorre accertare la garanzia di una assistenza sanitaria adeguata mediante la STAM, alla luce della notevole distanza tra l'ultimo Comune della Valle ed il più vicino punto nascita (circa 80 Km.) e verificare l'impatto dell'avvio dei lavori relativi al TAV in termini di afflusso di utenza.

AREA SOVRAZIONALE	PUNTO NASCITA	N. PARTI/ANNO	LIVELLO
1 - Torino Sud Est	Città della Salute	8.109	Secondo
	Moncalieri	1.949	Secondo
	Chieri	739	Primo
2 – Torino Nord	Maria Vittoria	1.740	Secondo
	Chivasso	1.180	Primo
	Ciriè	1.000	Primo
	Ivrea	1.122	Primo
3 – Torino Ovest	Mauriziano	1.260	Secondo
	Martini	1.040	Primo
	Rivoli	1.659	Primo
	Pinerolo	1.136	Primo
4 – Piemonte Nord Est	Novara	2.089	Secondo
	Biella	1.009	Primo
	Vercelli	765	Primo
	Verbania	1.010	Primo
	Borgomanero	1.171	Primo

5 – Piemonte Sud Ovest	Cuneo	1.968	Secondo
	Savigliano	1.354	Primo
	Mondovì	584	Primo
	Alba	1.200	Primo
6 – Piemonte Sud Est	Alessandria	1.700	Secondo
	Asti	1.502	Primo
	Casale M.to	545	Primo
	Novi Ligure	1.021	Primo

L'attivazione della rete ospedaliera deve essere gestita integrando le azioni delle altre due reti necessarie per la sanità regionale: la rete di emergenza-urgenza e la rete territoriale.

In parallelo è necessario l'approfondimento della rete per patologia/disciplina e la definizione di regole di comportamento tra i presidi interessati (HUB and SPOKE per patologia) e con il territorio. In questa sede sono possibili spostamenti di specialità tra i presidi dell'Azienda sanitaria per rendere più coerente la missione di ciascun presidio.

TEMPI

La tabella sottostante evidenzia il cronoprogramma relativo alle azioni finalizzate a realizzare quanto previsto in termini di riconversione, disattivazione di presidi ospedalieri, ovvero di funzioni rilevanti.

AREA SOVRAZIONALE	PRESIDIO OSPEDALIERO	AZIONE	TEMPI
1 - Torino Sud Est	Valdese	Disattivazione e trasferimento delle attività presso altri ospedali dell'A.S.	Entro il 30/6/2013
	Maria Adelaide	Disattivazione e trasferimento delle attività presso il presidio CTO	Entro il 30/6/2013
	Oftalmico	Disattivazione e trasferimento delle attività presso l'A.O. Città della Salute	Entro il 30/6/2015
	S. Giovanni Antica Sede	Disattivazione	Entro il 30/6/2013
	Carmagnola	Disattivazione del	Entro il 30/6/2013

		punto nascita	
	Moncalieri	Disattivazione dell'emodinamica	Entro il 30/6/2013
2 – Torino Nord	Amedeo di Savoia	Trasferimento delle attività presso la struttura adiacente l'ospedale Maria Vittoria	Entro il 31/12/2015
	Chivasso	Disattivazione dell'emodinamica	<u>Già effettuata (2012)</u>
	Lanzo Torinese	Disattivazione delle attività chirurgiche	Entro il 30/6/2013
	Castellamonte	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	Entro il 30/6/2013
	Cuornè	Disattivazione del punto nascita	Entro il 31/12/2014
	Ciriè	Disattivazione dell'emodinamica	Entro il 31/12/2013
3 – Torino Ovest	Avigliana	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	Entro il 30/6/2013
	Giaveno	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	Entro il 30/9/2013
	Pomaretto	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	Entro il 30/6/2014
	Torre Pellice	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	Entro il 31/12/2013
	Venaria	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	Entro il 31/12/2013
	San Luigi	Disattivazione dell'emodinamica	Entro il 31/12/2013
4 – Piemonte Nord Est	Arona	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	<u>Già effettuata (2012)</u>
	Domodossola	Disattivazione del punto nascita	Entro il 30/6/2013

	Domodossola	Attivazione dell'emodinamica	Entro il 30/6/2013
5 – Piemonte Sud Ovest	Fossano	Disattivazione delle attività chirurgiche	<u>Già effettuata (dicembre 2012)</u>
	Caraglio	Disattivazione delle attività ospedaliere e loro trasferimento a Fossano	Entro il 30/6/2013
	Bra	Disattivazione del punto nascita	Entro il 30/6/2013
	Alba-Savigliano	Accorpamento delle emodinamiche	Entro il 30/6/2015 (collocazione nel nuovo ospedale di Verduno)
6 – Piemonte Sud Est	Valenza	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	<u>Già effettuata (febbraio 2013)</u>
	Tortona	Disattivazione del punto nascita	Entro il 30/6/2013
	Acqui Terme	Disattivazione del punto nascita	Entro il 30/6/2014
	Ovada	Disattivazione delle attività chirurgiche	<u>Già effettuata (febbraio 2013)</u>

IMPATTO ECONOMICO

La revisione della rete ospedaliera comporta una riduzione di spesa che può essere suddivisa in due grandi tipologie: la riduzione di spesa derivante dagli interventi organizzativi sui presidi pubblici e quella legata alla diminuzione del valore finanziario relativo alla voce del conto economico “ospedaliera da privato”, determinata dalla riduzione del numero di posti letto contrattualizzati.

Per quanto riguarda il primo aspetto, la valutazione dell'impatto economico legato alla revisione della rete ospedaliera regionale **pubblica** parte da alcuni presupposti:

- 1) il costo per beni e servizi, sostenuto dagli ospedali oggetto di riconversione o chiusura, viene considerato in riduzione (economia) ad eccezione della quota parte strettamente connessa all'erogazione delle prestazioni di ricovero o ambulatoriali (farmaci, dispositivi medici, ecc.), in considerazione del fatto che, ancorchè presso altro presidio ospedaliero, queste, se appropriate, continuano ad essere garantite;

- 2) il costo per il personale, sostenuto dagli ospedali oggetto di riconversione o chiusura, viene considerato in riduzione (economia) in quanto, il suo trasferimento presso gli ospedali della rete, consente di bloccare il turn over, senza dar luogo ad esuberi.

Pertanto, l'economia derivante deve essere considerata indiretta, in quanto si realizza con la mancata copertura, ancorchè limitata al 50% per il personale sanitario, del turn over negli ospedali che accolgono tale personale.

Inoltre, occorre considerare il fatto che, per una quota parte, il personale sanitario sarà assegnato ai Distretti per poter incrementare il numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare;

- 3) tra i costi cessanti, sono da considerare gli ammortamenti relativi agli immobili sede degli ospedali da disattivare e non più utilizzati per l'erogazione di altre prestazioni sanitarie extra ospedaliere.

La tabella sottostante evidenzia il costo, attualmente sostenuto, degli ospedali da disattivare, suddiviso in costo del personale (conteggiato complessivamente) e costo per beni e servizi (conteggiato solo per la quota parte non connessa all'erogazione delle prestazioni).

PRESIDIO OSPEDALIERO	PERSONALE	BENI E SERVIZI
Valdese	12.217.000	11.324.000
Castellamonte	3.330.000	646.000
Avigliana	5.380.000	2.000.000
Giaveno	5.033.000	2.388.000
Pomaretto	2.605.000	200.000
Torre Pellice	3.275.000	200.000
Venaria	7.950.000	1.400.000
Arona	10.570.000	1.767.000
Caraglio	3.462.000	716.000
Valenza	5.184.000	325.000

A tali economie, vanno sommate quelle derivanti dalla disattivazione dei punti nascita (Carmagnola, Cuornè, Domodossola, Bra, Tortona, Acqui Terme), delle attività chirurgiche (Lanzo, Fossano, Ovada) e delle emodinamiche (Moncalieri, Chivasso, Ciriè, San Luigi, Savigliano). Complessivamente, il personale ha un costo di circa € 7,5 milioni e, per quanto concerne la quota parte di beni e servizi non connessa all'erogazione delle prestazioni, il costo è di circa € 2,5 milioni.

Le economie realizzabili nel triennio 2013-2015, rispetto al tendenziale, sono pari a circa € **80 milioni**.

Per quanto riguarda il secondo aspetto (ospedaliera da privato), occorre partire dal dato di spesa attuale pari a circa 530 milioni/anno, di cui circa 343 relativo alle Case di Cura e 187 relativo agli Ospedali Classificati ed agli IRCCS di diritto privato.

Il programma operativo prevede, per la post acuzie, la riduzione di:

- 662 posti letto cod. 56 (RRF), di cui 253 a carico degli IRCCS e 409 a carico delle Case di Cura accreditate;
- 130 posti letto cod. 60 (Lungodegenza) tutti a carico delle Case di Cura accreditate;

mentre per le Discipline dedicate al trattamento delle acuzie:

- un incremento di 50 posti letto in favore di un Ospedale Classificato (finalizzato al raggiungimento della soglia minima per il riconoscimento ad IRCCS);
- la riduzione di 78 posti letto a carico delle Case di Cura accreditate.

Il minor impegno finanziario per gli accordi contrattuali con gli erogatori privati viene sintetizzato nella tabella sottostante:

	Ospedali Class. IRCCS	Case di Cura accreditate	TOTALE
Post acuzie	8.370.000	25.268.000	33.638.000
Acuzie	- 11.355.000	8.209.000	- 3.146.000
TOTALE	- 2.985.000	33.477.000	30.492.000

Complessivamente, le economie derivanti dalla revisione della rete ospedaliera regionale, dirette ed indirette, da pubblico e da privato, ammontano, nel triennio 2013-2015, a circa **€ 110 milioni**.

Anche attraverso tali economie, sarà possibile realizzare tutti quegli interventi organizzativi sul livello assistenziale territoriale, indispensabili per rivedere la rete ospedaliera evitando di compromettere i livelli essenziali di assistenza.

Tali interventi sono, sostanzialmente, di due diverse tipologie:

- la continuità assistenziale a valenza sanitaria;
- l'assistenza domiciliare integrata.

Continuità assistenziale a valenza sanitaria

La D.G.R. n. 13- 1439 del 28 gennaio 2011 “Criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale di 3', 2' e 1' livello e per le attività di lungodegenza e definizione della funzione extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria”, ha approvato i criteri per la realizzazione dell'area di attività extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria.

Il ricorso a tale funzione deve essere conseguente all'attuazione di specifici percorsi da definire in stretta continuità con l'area ospedaliera e quella territoriale, nell'ottica della realizzazione di un “ponte” tra il settore sanitario e quello socio-assistenziale.

L'attivazione di tale funzione potrà avvenire mediante la riconversione:

- di posti letto convenzionati, attualmente dedicati all'assistenza residenziale (R.S.A.) nelle tipologie previste dalla D.G.R. 30 luglio 2012, n. 45-4248 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni”;
- di posti letto convenzionati, attualmente dedicati all'assistenza ex art. 26 delle legge 833/78;
- di posti letto delle Case di Cura accreditate, codici 56 e 60, disattivati per effetto delle disposizioni previste dall'articolo 15, comma 13 lettera c) della legge 135/2012, con contestuale riduzione di pari numero di posti letto convenzionati nelle RSA.

La nuova area di attività individuata , dove prevale la componente sanitaria di carattere assistenziale rispetto alla parte clinico-internistica, che pur è presente in modo significativo, necessita di essere regolamentata specificatamente definendo:

1. la tipologia di soggetti possibili fruitori con riferimento al livello di complessità clinico-assistenziale (alta o lieve/moderata);

2. i criteri di selezione ed ammissione dei soggetti;
3. le modalità di selezione ed ingresso nel settino;
4. i requisiti organizzativi essenziali per espletare la funzione di cui trattasi;
5. monitoraggio sul funzionamento dell'attività;
6. piano di formazione specifico;

nonché il fabbisogno conseguente di posti extra ospedalieri.

Definizione tipologia di soggetti possibili fruitori della funzione e individuazione dei criteri di selezione ed ammissione (punti 1 e 2)

Per la puntuale individuazione della tipologia di soggetti è necessario tenere conto del loro livello di complessità clinico-assistenziale inteso quale rapporto tra bisogno clinico-internistico ed il bisogno assistenziale.

L'alta complessità clinico-assistenziale interessa i pazienti di seguito indicati e provenienti dai setting indicati :

Tipologia pazienti	Caratteristiche del paziente	Setting di provenienza	Durata massima del ricovero
1) Pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza.-	<ul style="list-style-type: none"> ➤ pazienti portatori di PEG, ➤ pazienti con terapia parenterale, ➤ pazienti in ventilazione assistita. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reparti di RRF di 3°, 2° e 1° livello; ➤ Reparti di acuzie. 	gg. 30 + 30*
2) pazienti con disabilità complesse e 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 o clinico-assistenziali	Pazienti con problemi prevalentemente clinici e funzionali o anziani cronici non autosufficienti con patologie ad andamento evolutivo, che non richiedono ricovero in strutture per acuti.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reparti di RRF di 3°, 2° e 1° livello; ➤ Reparti di lungodegenza; ➤ Reparti di acuzie. 	gg. 30 + 30*
3) pazienti con disabilità ad elevata complessità con necessità prevalentemente assistenziali continuative nelle 24 ore, in occasione di emergenze socio-assistenziali		Domicilio	30 gg

(*) Di norma la degenza è prevista per massimo 30 giorni , prolungabili di altri 30 sulla base di specifica valutazione riferita ai singoli casi in relazione a motivate necessità.

La ***moderata complessità clinico-assistenziale*** interessa i pazienti di seguito indicati e provenienti dai setting indicati :

(* Di norma la degenza è prevista per massimo 30 giorni , prolungabili di altri 30 sulla base

Tipologia pazienti	Caratteristiche del paziente	Setting di provenienza	Durata massima del ricovero
a) Pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari –	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Emiplegico ➤ Tetraplegico ➤ Paraplegico ➤ Esiti stabilizzati di TCE ➤ Altre gravi patologie neuromotorie 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reparti di RRF di 3°, 2° e 1° livello; 	gg. 30 + 30*
b) Pazienti con disabilità di grado moderato che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari –	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pazienti con problemi socio-assistenziali, con disabilità moderata; ➤ Pazienti neuropatici secondo la specifica situazione; ➤ Pazienti ortopedici (quali ad esempio quelli con frattura di femore) ➤ Politraumi senza carico o fratture di bacino senza carico ➤ Pazienti con patologie di area pneumologica ➤ Pazienti con patologie di area cardiologica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reparti di RRF di 3°, 2° e 1° livello; ➤ Reparti di lungodegenza; ➤ Reparti di acuzie. 	gg. 30 + 30*

di specifica valutazione riferita ai singoli casi in relazione a motivate necessità.

Per la tipologia di pazienti che segue la complessità è determinata da *problematiche neuro-psichiatriche e clinico-assistenziali*:

Tipologia pazienti	Caratteristiche del paziente	Setting di provenienza	Durata massima del ricovero
- Pazienti con disabilità neuropsichiatriche, anche portatori di disabilità motorie complesse, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari	Pazienti con disturbi mentali e/o neurologici e/o problemi di dipendenza in attesa di inserimento in comunità o percorso idoneo (compreso il domicilio)	Reparti per acuzie cod.40 e reparti di post-acuzie	gg. 30 + 30*
- Pazienti con disabilità neuropsichiatriche, anche portatori di disabilità motorie complesse, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA/strutture residenziali per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza.-	Pazienti con disturbi neuropsichiatrici e/o comorbilità problematiche riabilitative	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reparti per acuzie cod.40 e da reparti di post-acuzie; ➤ strutture del territorio ➤ domicilio 	gg. 30 + 30*

(*) Di norma la degenza è prevista per massimo 30 giorni , prolungabili di altri 30 sulla base di specifica valutazione riferita ai singoli casi in relazione a motivate necessità.

Modalità di selezione ed ingresso nel setting (punto 3)

Le modalità di selezione ed ammissione dei pazienti alla nuova funzione dovranno seguire le procedure individuate per la presa in carico del paziente a livello territoriale e di cui alla DGR n. 27-3628 del 28 marzo 2012.

Tale provvedimento individua il modello organizzativo per un percorso integrato di continuità di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale.

La dimissione, quindi, non più atto conclusivo del ricovero, ma elemento di congiunzione nel percorso assistenziale del paziente.

Requisiti organizzativi essenziali per espletare la funzione di cure intermedie territoriali (punto 4)

L'organizzazione minima necessaria a garantire la nuova funzione, che dovrebbe interessare nuclei di almeno 30 posti letto, deve 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.

	Medici	Infermieri	OSS	Altre figure professionali mediche/tecniche (medici specialisti, fisioterapisti, logopedisti ecc...)
Pazienti con alta complessità clinico-assistenziale	20 ore sett. su 7 gg, con una presenza minima di 2 ore al giorno	80 minuti per assistito su tre turni giornalieri e per 7 giorni	110 minuti per assistito su tre turni giornalieri e per 7 giorni	30 minuti al giorno sulla base del progetto
Pazienti con moderata/lieve complessità clinico-assistenziale	10 ore sett. su 5 gg, con una presenza minima di 2 ore al giorno. Nei giorni di sabato e domenica dovrà essere garantita la guardia medica.	60 minuti per assistito su tre turni giornalieri e per 7 giorni	110 minuti per assistito su tre turni giornalieri e per 7 giorni	30 minuti al giorno sulla base del progetto

L'analisi dei costi dei vari fattori produttivi correlati alla funzione di cure intermedie territoriali relativa alla duplice casistica di pazienti considerati appropriati per tale funzione ha esitato nell'identificazione di una tariffa media di euro 125,00 risultante dalla media di due tariffe giornaliere :

pazienti con alta complessità clinico-assistenziale: tariffa giornaliera pari a € 130,00;

pazienti con moderata/lieve complessità clinico-assistenziale: tariffa giornaliera pari a € 120,00.

Monitoraggio del funzionamento dell'attività (punto 5)

L'attività dovrà essere oggetto di monitoraggio sia a livello regionale che aziendale al fine di verificare la corretta articolazione del percorso, coglierne le criticità e procedere alle necessarie azioni di miglioramento.

A tal fine la Direzione Sanità provvederà ad individuare le modalità e strumenti (indicatori di efficacia ed efficienza compresi), a definirne la fase sperimentale per la successiva messa a regime.

Piano di formazione

Un'attenzione particolare va attribuita alla formazione degli operatori coinvolti nella realizzazione del percorso sia a livello ospedaliero che distrettuale.

L'aspetto formativo dovrà interessare in particolare:

- la tipologia di soggetti possibili fruitori con riferimento al livello di complessità clinico-assistenziale (alta o lieve/moderata),
- i criteri di selezione ed ammissione dei soggetti,
- le modalità di selezione ed ingresso nel setting dei soggetti interessati e dovrà prevedere momenti formativi comuni tra livello ospedaliero e territoriale.

FABBISOGNO DI POSTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA

Premesso quanto sopra, la necessità della funzione viene realizzata con il funzionamento di 1.100 posti, per i quali dovrà essere costruito specifico strumento per la rilevazione/monitoraggio delle attività.

La tabella seguente propone la distribuzione dei suddetti posti per ambito territoriale, tenendo conto, oltre che della popolazione assistita e del suo profilo demografico ed epidemiologico, della riduzione dei posti letto ospedalieri per post acuzie derivanti dal provvedimento attuativo delle disposizioni previste dall'articolo 15, comma 13 lettera c) della legge

135/2012, della rete dei servizi territoriali esistente, nonché del livello di sviluppo delle cure domiciliari a rilievo sanitario.

	A.S.1	A.S.2	A.S.3	TO e Provincia	A.S.4	A.S.5	A.S.6	REGIONE
N° posti continuità assistenziale a valenza sanitaria	100	280	220	600	300	160	40	1.100

L'analisi dei ricoveri in post acuzie , oltrech  a far emergere la necessit  della continuit  assistenziale a valenza sanitaria, ha altres  rilevato che una percentuale di casi di ricoveri "over soglia" interessano pazienti :

1) che necessitano ancora di un impegno terapeutico e riabilitativo di maggiore complessit , di durata breve, non espletabile a domicilio, potrebbero trovare proseguimento di percorso sanitario presso le strutture residenziali socio-sanitarie che sono in gradi di garantire attivit  nella fascia assistenziale ad alta intensit  sanitaria secondo il modello organizzativo previsto dalla D.G.R n. 45-4248 del 30 luglio 2012;

2) che potrebbero proseguire il percorso ADI.

A tal fine le ASL dovranno provvedere ad una ridefinizione delle proprie attivit  al fine di perseguire l'obiettivo di implementare in modo significativo le cure domiciliari sanitarie.

IMPATTO ECONOMICO

Attualmente in Piemonte, in base ai dati della D.D. 6 marzo 2012 n.150, sono autorizzati, e in parte lo saranno a breve, poco meno di 32.000 posti letto nelle RSA del territorio regionale (esclusi quelli per soggetti affetti da morbo di Alzheimer). Si tratta di 3,14 posti letto per 100 ultrasessantacinquenni, distribuiti come evidenziato dalla tabella sottostante:

Area sovra zonale	Torino Città	Provincia di Torino	Piemonte Nord Est	Piemonte Sud Ovest	Piemonte Sud Est
P.L. x 100 ultra65enni	1,79	3,55	3,37	3,54	3,53

Relativamente alla fascia ad alta intensità assistenziale, il costo attuale, a carico del SSR per i primi 30 giorni, è di € 90,00 al giorno. Per 1.100 posti letto, pari al fabbisogno della continuità assistenziale a valenza sanitaria, con un tasso di occupazione dei posti letto del 95%, l'onere è pari a € 34,3 milioni annui. Gli stessi 1.100 posti letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria, secondo i requisiti organizzativi individuati in precedenza e derivanti dai processi di riconversione anch'essi individuati in precedenza, che determinano un costo medio pari a € 125,00 al giorno, fanno aumentare l'onere a carico del SSR a € 47,6 milioni annui. Il maggior onere, pari a € 13,3 milioni annui, trova ampia copertura nell'ambito delle economie complessivamente derivanti dalla revisione della rete ospedaliera regionale, dirette ed indirette, da pubblico e da privato, che, nel triennio 2013-2015, ammontano a circa € 110 milioni.

Assistenza Domiciliare Integrata

Il secondo strumento indispensabile per rivedere la rete ospedaliera evitando di compromettere i livelli essenziali di assistenza, è quello dell'A.D.I.

Nel 2011, sono stati trattati 56.483 soggetti, dei quali 51.983 ultrasessantacinquenni, pari al 5,1%, sostenendo una spesa annua complessiva pari a circa € 138 milioni (l'1,58% della spesa sanitaria).

La criticità maggiore è data dal fatto che i casi trattati relativi alla bassa intensità costituiscono la percentuale più elevata (sono stati 47.847, dei quali 47.458 ultrasessantacinquenni, pari all'84% del totale), mentre quelli relativi alla medio-alta intensità sono stati 3.192, dei quali 1.409 ultrasessantacinquenni, ed i casi caratterizzati dall'elevata intensità sono stati 5.444, dei quali 3.116 ultrasessantacinquenni.

Appare evidente come tale tipologia di assistenza extra ospedaliera debba qualificarsi maggiormente, più che aumentare in termini quantitativi, attraverso la presa in carico di casi di maggiore impegno sanitario.

A parità di casi trattati, pari a circa 56.000 soggetti/anno, modificando il mix relativo al livello di intensità del servizio come segue:

- a) 10.000 casi di elevata intensità;
- b) 6.000 casi di medio-alta intensità;
- c) 40.000 casi di bassa intensità;

il costo complessivo annuo aumenta dagli attuali circa € 138 milioni a circa € 160 milioni.

L'incremento, pari a circa € 22 milioni annui, trova ampia copertura nell'ambito delle economie complessivamente derivanti dalla revisione della rete ospedaliera regionale, dirette ed indirette, da pubblico e da privato, che, nel triennio 2013-2015, ammontano a circa € 110 milioni.

In sintesi, il saldo dell'impatto economico relativo alla revisione della rete ospedaliera, comprensivo dei servizi territoriali da potenziare e qualificare per realizzare il progetto, è rappresentato dalla tabella sottostante.

MANOVRA	IMPATTO ECONOMICO
Rete ospedaliera	(-) € 110 milioni
Continuità assistenziale	(+) € 13 milioni
A.D.I.	(+) € 22 milioni
TOTALE	(-) € 75 milioni