

1. Introduzione

1.1 i criteri guida per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria

Sono state considerate e analizzate le principali criticità, individuate nell'inappropriatezza di una consistente quota di ricoveri per acuti, amplificata dalla scarsità di adeguate risposte assistenziali alternative; nella carenza di attività nell'ambito della prevenzione; nell'insufficiente e inadeguato sviluppo della rete territoriale: l'offerta sanitaria regionale risulta dunque sbilanciata verso l'"ospedale". Di conseguenza vengono "sprecate" risorse, inopportuno indirizzate verso l'ospedalità, che potrebbero essere investite nel territorio, senza che vengano fornite risposte a tutte le richieste dei cittadini, come è evidenziato anche dalla lunghezza delle liste di attesa in alcuni settori.

E' sempre più manifesto che la nuova concezione dell'ospedale non possa essere quella del monolite solitario in un deserto, bensì quella di un organismo integrato in un contesto sempre più ricco. Di conseguenza è necessario pensare e ridisegnare la rete ospedaliera, centrata sul modello Hub e Spoke, in integrazione con le altre parti del sistema sanitario: l'emergenza-urgenza ed il territorio.

Cruciale per la corretta organizzazione dell'assistenza sanitaria è l'adozione di modelli di riferimento (Linee Guida, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, organizzazione per processi) e standard nazionali.

Inoltre, nei sistemi sanitari moderni, riveste un ruolo strategico la partnership pubblico-privato, attraverso il perseguimento della complementarità dei livelli di attività sanitarie prestate, nonché la possibilità di sperimentare modelli alternativi di gestione mista pubblico-privato, sinergici per l'offerta sanitaria ospedaliera. Un modello organizzativo innovativo, efficace ed efficiente, di assistenza ospedaliera, e in generale di tutta l'offerta di servizi sanitari, non può prescindere da una visione umana e solidale dei percorsi diagnostico-terapeutici, disegnati sui concetti guida dell'accoglienza (che nei Pronto Soccorso ha anche funzione di triage), della comunicazione e del sostegno psicologico al paziente fragile per

GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA ATTUATIVO

1. IL NUOVO SSR E LA RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI

1.1. La riforma del SSR del Piemonte

Commento [U1]:

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

situazione anagrafica (età avanzata), sociale (disagio per motivi economici, di tossicodipendenza, di contesto), fisiopatologica (gravidanza a rischio e puerperio, patologie oncologiche, politraumatizzati, patologie cardiache o cerebrovascolari acute, patologie neurologiche gravi).

L'obiettivo è un'offerta qualitativamente superiore e tecnologicamente avanzata di servizi nella gestione dell'emergenza-urgenza e nell'assistenza ospedaliera, in un contesto di accoglienza e sostegno garantiti anche dall'utilizzo, in sinergia e collaborazione con il personale medico e paramedico, di competenze specifiche dello psicologo clinico, adeguatamente formate alla gestione dell'approccio e al sostegno della persona sofferente nelle situazioni di emergenza-urgenza quanto durante il ricovero ospedaliero, in particolare negli hot spot di fragilità. Ne deriva, oltre il gradimento del paziente, che contribuisce a ridurre il livello di conflittualità, sempre elevato in alcuni contesti, una riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso, delle giornate di degenza, della morbilità per patologie psichiatriche.

Ulteriori elementi da tenere in considerazione sono la forte integrazione con il Sociale per quei percorsi dedicati ai pazienti "fragili", nonché i percorsi per patologia (trauma, ictus, infarto) che attraversano ed integrano diverse tipologie di erogatori e differenti livelli assistenziali.

In questo documento si affronta in maniera organica l'organizzazione e la filosofia operativa delle tre reti: per prima la rete dell'Emergenza-Urgenza, successivamente quella ospedaliera ed infine la rete territoriale. Il rationale di questo percorso è basato sul ruolo fondamentale che la rete dell'emergenza-urgenza riveste per garantire non solo la sicurezza dell'intera popolazione (basti pensare all'importanza strategica del 118 e dell'elisoccorso), ma anche la razionalità e l'efficienza dell'intero sistema di offerta, la cui qualità percepita da parte della popolazione è fortemente influenzata proprio dal buon funzionamento di questa rete che necessariamente sarà ridisegnata non solo sul principio dell'offerta della migliore risposta organizzativa e tecnologica ma introducendo e promuovendo, con il supporto di professionalità e metodologie adeguate, il concetto di accoglienza e di centralità della persona sofferente nel percorso di cura, che sarà cardine anche della Rete Ospedaliera e della Rete del Territorio .

La corretta organizzazione della rete dell'emergenza consente, inoltre, 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.

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

E', naturalmente, prevista una serie di iterazioni all'interno del modello per far sì che le esigenze territoriali possano, a loro volta, modificare scelte riferite alla rete dell'emergenza urgenza e a quella ospedaliera.

2. La rete dell'emergenza urgenza

La necessaria razionalizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse che vi operano, dettata dalle esigenze del ripristino di efficienza, efficacia ed economicità nell'erogazione dei servizi, in adempimento ai dettami del Patto per la Salute non penalizzerà in alcun modo i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino.

All'interno della Rete, per ottimizzare l'accesso ai servizi, è necessario rimodulare, con eventuali adeguamenti normativi, il ruolo e i compiti dei medici della continuità assistenziale che, unitamente ai MMG, gestiranno i codici bianchi e verdi, anche all'interno di strutture territoriali dedicate

La Rete è disegnata sulla base di tre principi fondamentali:

l'incrocio del dato epidemiologico con il dato delle prestazioni realmente effettuate derivate dalle SDO;

l'individuazione e l'implementazione, con i necessari correttivi ed integrazioni, della rete di Emergenza con le sue relazioni con il 118 territoriale e la rete ospedaliera, secondo il concetto di HUB and Spoke quale base su cui costruire la rete di tutte le patologie;

la creazione di un riferimento in sede di struttura assessoriale regionale che operi insieme al coordinamento dei gestori delle reti per guidare la condivisione del modello e garantirne l'attuazione.

IL METODO (parte I pag. 14)

Il percorso organizzativo prevede:

l'istituzione di un settore unico per l'emergenza sanitaria (ospedaliera e territoriale, 118, continuità assistenziale – ex guardia medica) di riferimento presso l'assessorato alla salute che si avvale di:

coordinamento responsabili 118;

coordinamento direttori del Dipartimento di Emergenza e Direttori delle strutture complesse di Pronto Soccorso;

gruppi di lavoro riferiti alle discipline coinvolte nell'organizzazione della rete delle patologie complesse (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, ecc). Il ruolo dei gruppi di lavoro è rafforzato, ai fini della reale operatività, dalla gestione centralizzata dei lavori da parte dell'Assessorato che coordinerà e vigilerà sull'attuazione concreta dei provvedimenti condivisi ed adottati;

Le priorità organizzative del sistema dell'emergenza nel breve, medio e lungo periodo sono:

istituzione di una rete radio regionale;

definizione a livello regionale delle centrali operative, dei Pronto soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza (in armonia con l'Hub e gli Spoke), indicando i parametri numerici di riferimento;

definizione di un criterio per la definizione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata e di base, nonché dei Punti di Primo Intervento, indicando i parametri numerici di riferimento;

definizione di una modulistica unica e compatibile per 118 e DEA;

istituzione di un sistema informatico omogeneo, e dialogante, per 118 e DEA;

definizione, in accordo con la normativa nazionale (documento della Conferenza Stato-Regioni), della funzione di triage, con l'integrazione, ove possibile del triage psicologico, e relativi protocolli;

definizione delle postazioni di continuità assistenziale e della loro struttura organizzativa (centralizzazione delle chiamate, adeguamento strutturale e tecnologico delle sedi, dotazioni informatiche incluse);

definizione di linee guida e protocolli organizzativi e clinici con particolare riferimento alla gestione dei trasporti primari

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

- l'individuazione di un settore unico di riferimento per l'emergenza sanitaria (ospedaliera, territoriale- 118, Continuità Assistenziale) presso l'Assessorato alla salute con il compito di gestire linee guida regionali, assegnazione finanziamenti / budget e controllo del sistema composto da:

- un servizio 118 accorpato presso una sola azienda per tutte le attività di emergenza territoriale-118 (centrali operative, mezzi di soccorso ivi compresi elisoccorso, personale, logistica dei presidi e farmaceutica) con finanziamento dedicato;

- DEA e PS con budget assegnato alle rispettive aziende;

- Il settore regionale unico per l'emergenza si avvale di :

- un coordinamento dei Direttori di Centrale Operativa e Strutture Complesse afferenti al Dipartimento 118;

- un coordinamento dei Direttori del Dipartimento di Emergenza;

- gruppi di lavoro man mano che verranno coinvolte altre discipline nell'organizzazione della rete delle patologie complesse (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, ecc).;

- l'individuazione delle priorità sulle rivisitazioni organizzative del sistema dell'emergenza a breve-medio-lungo termine quali:

- rete radio regionale digitale integrata anche con i settori di protezione civile;

- definizione a livello regionale delle Centrali Operative, della rete dei mezzi di soccorso, Pronti Soccorso e Dipartimenti di Emergenza (in armonia con il criterio della rete tra gli ospedali di riferimento, quelli cardine e quelli minori), indicando i parametri numerici di riferimento;

- definizione di un criterio per la definizione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata e di base e dei punti di primo intervento indicando i parametri numerici di riferimento;

- definizione di una modulistica unica e compatibile per 118 e DEA;

- istituzione di un sistema informatico omogeneo e dialogante per 118 e DEA in linea con i tracciati ministeriali EMUR;

- definizione in accordo con la normativa nazionale (documento Conferenza Stato-Regioni) della funzione di triage e relativi protocolli;

- definizione delle postazioni di guardia medica e della loro struttura organizzativa (centralizzazione delle chiamate, integrazione con il sistema dell'emergenza e delle cure primarie);

- definizione di linee guida e protocolli organizzativi e clinici con particolare riferimento alla gestione dei trasporti secondari urgenti;

- definizione della rete delle patologie complesse;

- definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale delle elisuperfici a servizio delle destinazioni

urgenti, secondari urgenti;

definizione della rete delle patologie complesse;

definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione, avendo cura delle dislocazione dei servizi della Rete di Emergenza-Urgenza su base regionale,

ubicazione delle piazzole di atterraggio (in sede di capitolato d'appalto si definirà l'ubicazione delle due elibasi) in ragione di una per ogni Hub e per ogni Spoke; la rete diffusa di piattaforme di atterraggio è garantita della capillare diffusione dei campi di calcio sui quali è consentito fino a un massimo di cinquanta atterraggi.

linee guida per la gestione delle maxi-emergenze.

sanitarie)

- linee guida per la gestione degli incidenti maggiori e maxi-emergenze.

Rete dell'Emergenza Territoriale

La risposta delle Centrali Operative 118, una per l'area nord e l'altra per l'area sud, si concretizza principalmente nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei. Le centrali gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate (M.S.A.) con medico ed infermiere a bordo, gli eventuali mezzi avanzati di base con infermiere (M.S.A.B.) e le ambulanze di base con personale soccorritore certificato (M.S.B.) e le chiamate per i medici di Continuità Assistenziale.

La distribuzione dei mezzi di soccorso, avviene nel rispetto degli standard previsti in sede di conferenza Stato-Regioni applicando criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali e tenendo conto della presenza di altri servizi ospedalieri e territoriali della Rete dell'Emergenza-Urgenza. Il criterio semplicistico di riduzione delle postazioni sulla base della quantità degli interventi e/o dei chilometri percorsi, non è ipotizzabile, in quanto porterebbe ad inaccettabili squilibri di copertura territoriale. La valutazione corretta del fabbisogno impone un lavoro tecnico assai complesso che non può prescindere, per nessuna ragione, dalla considerazione di altri fattori determinanti quali la situazione orografica, la tipologia di servizio erogato e la distanza da altre strutture della Rete, e da una preventiva informazione e condivisione con i rappresentanti delle istituzioni che governano i territori e con le parti sociali:

Il criterio utilizzato, in modo omogeneo e

LA SITUAZIONE ATTUALE

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

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

L'utilizzo di un criterio omogeneo e razionale stabilito a

Commento [a2]: valutare se centralizzare in un unico numero anche le chiamate per la guardia medica...sentire i responsabili di centrale

razionale, così come stabilito dal Piano, e applicato dall'Assessorato alla Sanità, assicura la copertura del territorio con i mezzi medicalizzati, attorno ai quali disporre la rete delle ambulanze di base: il fabbisogno standard così definito è razionalmente messo in pratica dai Responsabili delle Centrali Operative, previa formalizzazione da parte del Coordinamento ed approvazione dell'Assessorato alla Sanità nei rispettivi territori.

livello regionale dall'Assessorato alla Sanità per assicurare la copertura del territorio con i mezzi medicalizzati, attorno ai quali si dispone poi la rete delle ambulanze di base;

– il fabbisogno standard così definito per ciascun territorio governato dalle Centrali Operative, condiviso dai Responsabili delle Centrali Operative, va formalizzato dal Coordinamento ed approvato dall'Assessorato alla Sanità;

Pag.17

Il fabbisogno si calcola applicando la formula:

$$\frac{(n. abitanti : 60000) + (superficie : 750 \text{ Km}^2)}{2} = \text{n. di Ambulanze Avanzate per Centrale}$$

2

Alle risultanze generali dovranno, assieme ai Responsabili di Centrale Operativa, essere apposti alcuni correttivi derivanti da fattori specifici quali:

Vie di comunicazione

Vincoli orografici

Tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente

Distribuzione dei presidi ospedalieri con DEA o Pronto Soccorso

Integrazione con altre risorse provenienti dalla riorganizzazione della Rete

Flussi turistici stagionali.

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

Il criterio si attuava applicando la seguente formula :

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

pag.18

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

vie di comunicazione;

vincoli orografici;

tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente;

distribuzione della nuova rete di emergenza ospedaliera secondo il modello HUB e SPOKE;

integrazione di risorse in seguito alle limitazioni operative dei Pronto Soccorso (ad esempio ridefinizioni della rete dei P.S. con riconversione di alcuni di questi in Punti di Primo Intervento);

flussi turistici stagionali.

Commento [a3]: attenzione occorre opera di informazione complessiva una volta pronto il piano di rrazionalizzazione

Continuità assistenziale

Le modalità di svolgimento delle attività, e la distribuzione territoriale delle sedi sono riorganizzate allo scopo di garantire un servizio migliore, organizzato e disegnato sulle esigenze dei cittadini, nell'ottica dell'integrazione e dell'azione sinergica con le altre strutture territoriali ed ospedaliere della Rete.

La riorganizzazione logistica si basa sull'applicazione del criterio di massima della situazione geografica della sede, dello stato delle strade, della presenza, della distanza e dei tempi di percorrenza da altri presidi della Rete, e, in ultimo, del numero. che viene fissato intorno alle 1400, di

prestazioni eseguite in un anno.

Le sedi devono essere dotate di locali e strumentazione idonei per la gestione di codici bianchi e verdi, adeguatamente informatizzate per consentire il rapido scambio e il feed informativo sui singoli pazienti e, ove possibile, ospitare la presenza di altri presidi sanitari territoriali

Rete ospedaliera dell'emergenza

Per quanto riguarda la rete ospedaliera, dal punto di vista dei criteri generali organizzativi, si stabilisce la costituzione di un Centro HUB (DEA di II livello) ogni 500.000 abitanti, di uno SPOKE (DEA di I livello) per ambiti territoriali corrispondenti ad un bacino di utenza intorno a 150.000 abitanti o qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di D.E.A. superi i 60 minuti, tenendo conto che il centro HUB funge anche da SPOKE per il bacino di competenza.

Ne deriva una strutturazione che prevede:

tre HUB: **uno** per l'area di Sassari, **uno** per l'area di Nuoro e **uno** per l'area di Cagliari, **sette** SPOKE: **due** per l'area di Sassari, **due** per l'area di Nuoro e **tre** per l'area di Cagliari

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

In questo contesto, gli organici dedicati e specifici per l'emergenza ospedaliera diventano una vera e propria Rete di risorse professionali che, secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, distribuisce le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza; dai centri di eccellenza (D.E.A. zonali e sovrazonali), caratterizzati da elevati livelli tecnologici e competenze di alto livello, deve svilupparsi una funzione vasta di Pronto Soccorso in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di D.E.A. e dei Punti di Primo Intervento, che sono dunque direttamente collegati allo Spoke di competenza.

La funzione di Pronto Soccorso Semplice è, di norma, prevista per un bacino di utenza di circa 40.000 – 150.000 abitanti o nei casi in cui i tempi di percorrenza dal centro dell'abitato fino al DEA di riferimento sia maggiore di un'ora.

Pag.20

b) Emergenza Ospedaliera

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

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

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

Funzioni di Pronto Soccorso semplice Funzioni di Pronto Soccorso semplice

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

La funzione di Pronto Soccorso (o Posto di Primo Intervento in zona disagiata) a bassi volumi di attività può essere attivata in casi particolari (zona montana, isole) o nel caso di un bacino di utenza di 20.000 – 40.000 abitanti con il centro che dista dal Pronto Soccorso / DEA più di un ora, anche per una parte dell'anno (tempi di percorrenza nel periodo invernale in zona montana).

Dotazioni logistiche, tecnologiche, professionali

Funzioni di Punto di Primo Intervento

A seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in ospedale per la postacuzie oppure in struttura territoriale, si rende necessario allo scopo di garantire la gestione delle urgenze e la stabilizzazione delle emergenze, il mantenimento di un punto di primo soccorso modulato e "popolato" sulle esigenze organizzative e sanitarie del territorio.

Qualora gli accessi superino le 6.000 unità per anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul D.E.A. di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura.

Sono prevedibili anche Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui nelle 24 ore, affidati al 118, di norma dotati di un locale per visita e di un mezzo di trasporto e di personale sanitario, in zone particolarmente disagiate o fortemente penalizzate dalla rete viaria. Punti di Primo Intervento sono anche organizzati per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa. Entrambi sono gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema "118".

Sono necessari unicamente ambienti e dotazioni tecnologiche atti al trattamento delle urgenze minori e alla prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne successivamente un celere trasporto al Pronto Soccorso più appropriato.

I Punti di Primo Intervento si distinguono in:

Punti di Primo Intervento, mobili (allestiti per esigenze estemporanee) o fissi (con numero di accessi < 6.000 nelle 24 ore, assegnati al "118");

Punti di Primo Intervento con numero di accessi > 6.000 nelle 24 ore eventualmente assegnati alle strutture delle Aziende Sanitarie dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera.

Pag.23

Punti di Primo Intervento

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

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

I Punti di Primo Intervento si distinguono in:

– Punti di Primo Intervento, mobili (allestiti per esigenze estemporanee) o fissi (con numero di accessi < 6.000 se attivi 24 ore o < 3.000 se attivi 12 ore), assegnati al "Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118" come postazione territoriale fissa aggiuntiva;

– Punti di Primo Intervento con numero di accessi > 6.000 fino a 20.000 se attivi 24 ore o > 3.000 se attivi 12 ore assegnati alle strutture delle Aziende Sanitarie dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera (PS, SPOKE, HUB);

– Punti di Primo Intervento in zona disagiata con un forte presidio dello Spoke di riferimento.

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

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

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

Funzioni di Pronto Soccorso Semplice

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

E' ubicato, di norma, in un Ospedale di zona della rete ospedaliera dotato di Struttura Complessa di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia, Ortopedia e Servizi come specificato più avanti di guardia attiva o in regime di pronta disponibilità secondo le esigenze del bacino d'utenza ed il numero dei passaggi.

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

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

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

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

Funzioni di D.E.A. di I° Livello (Spoke)

Il Pronto Soccorso che eroga funzioni di D.E.A. di I° Livello deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del Paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al D.E.A. di II Livello (Hub) secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità. E' ubicato in un Presidio Ospedaliero dell'ASL, che presenti una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio-alta, ma diffusi nella rete ospedaliera, nonché valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

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

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

Pag.22

Funzioni di Pronto Soccorso semplice

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

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

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

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

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

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

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

Pag.22

Funzioni di SPOKE

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

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

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

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

L'Ospedale deve essere, di norma, dotato di Struttura di Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno),

con l'Area di Osservazione Breve Intensiva.

L'Ospedale Spoke deve essere dotato di Struttura di Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in Urgenza, Psichiatria, Oculistica, O.R.L., Urologia, con servizio medico di Guardia Attiva o di Reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista. Devono essere presenti o disponibili h. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Le funzioni proprie del D.E.A. di I° Livello possono essere anche erogate da più strutture integrate su più presidi di Pronto Soccorso .

Funzioni di D.E.A. di II° Livello (HUB)

Le funzioni previste per i D.E.A. di II° Livello possono essere erogate da un unico presidio ospedaliero. L'Ospedale deve essere dotato di tutte le Strutture previste per il D.E.A. di I° Livello. Inoltre devono essere presenti le altre Strutture, che attengono alle discipline più complesse non previste nel D.E.A. di I° Livello: Cardiologia con emodinamica interventistica H. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale; devono essere presenti o disponibili H. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale., Qualora i volumi di attività consentano di garantire le competenze richieste, può essere istituita una Struttura Complessa di Chirurgia d'Urgenza, che può assolvere anche i compiti di altre specialità chirurgiche. E' inoltre prevista, nell'ottica dell'ottimizzazione degli accessi, dell'umanizzazione del percorso di cura e allo scopo di fornire sostegno professionale ed adeguato alla

Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in Urgenza, Psichiatria, Oculistica, O.R.L., Urologia, con servizio medico di G.A. (guardia attiva) o di Reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista.

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

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

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

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

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

Pag.21

Funzioni di HUB

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

L'Ospedale deve essere dotato, oltre che delle funzioni previste per il Centro SPOKE, anche delle strutture che attengono alle discipline a maggiore complessità, non previste nel Centro SPOKE o comunque non in tutti i Centri SPOKE: Cardiologia con emodinamica interventistica H. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, medicina di alta specialità, oncologia di II livello.

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

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

persona sofferente l'istituzione **di unità operative di psicologia ospedaliera** e delle emergenze, strutturate per la risposta alle esigenze zonali e sovrazonali (strutture SPOKE, Pronto Soccorso Semplice, PPI di zona disagiata-Pronto Soccorso a bassi volumi di attività).

Il P.S. deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta immediatamente attiva a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione. Il personale medico è costituito da Medici di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, inquadrati in una Struttura Complessa, di riferimento ordinario per le funzioni di base per l'ASL e di riferimento funzionale sovrazonale per le funzioni complesse.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva, di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare) e di letti a medio-alta intensità di assistenza e cura.

Oltre alle funzioni istituzionali del D.E.A. di II° livello, alcune funzioni particolarmente specifiche sono svolte in un unico Centro Regionale (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare, Riabilitazione del cranioleso, Camera Iperbarica, reimpianto arti (microchirurgia), rete della chirurgia della mano, centro antiveleni) o in collegamento con Centri sovra regionali.

Per queste patologie, così come per quelle della rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) sono previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente.

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

Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario, garantire la presenza nelle 24 ore nel centro specialistico e precisamente nel D.E.A., dov'è previsto il collegamento con la rete, di un operatore, preferibilmente un infermiere, al quale affidare la gestione e la responsabilità, fino alla dimissione del paziente, della presa in carico (accettazione ed indirizzo su protocolli concordati) sulla base delle richieste di consulenza e l'invio allo specialista.

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

Oltre alle funzioni istituzionali del Centro HUB, alcune funzioni particolarmente specifiche sono svolte in un unico Centro Regionale o sovra regionale in accordo con Regioni limitrofe (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Chirurgia generale d'urgenza, Trattamento delle Amputazioni, Microchirurgia, Chirurgia della mano, Centro Antiveleni in collegamento con Centri sovra regionali).

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

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

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

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

E' necessaria una revisione ed un potenziamento della rete dei trasporti secondari, con adeguamento delle risorse da parte delle Centrali 118, è prevedibile infatti un notevole incremento dei trasporti da strutture a bassa complessità verso strutture ad elevata complessità.

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

La gestione tempestiva dei trasporti intra-ospedalieri è organizzata e gestita dai singoli P.S./D.E.A. in accordo con i reparti specialistici interessati.

I DEA e le Centrali Operative del sistema 118 costituiscono centro di formazione e addestramento per i laureandi in Medicina e Chirurgia, per gli operatori che intendono partecipare ai corsi accreditati, attinenti alla disciplina in oggetto e, mediante convenzione con le Università, per i Medici ammessi alle istituende Scuole di Specializzazione in Medicina d'Emergenza e Urgenza ("Ospedali di Insegnamento").

Nella logica di Rete è fondamentale ed indispensabile l'interazione del Servizio di Emergenza Territoriale "118" con la rete dei DEA da attuare preservando l'autonomia organizzativa dell'emergenza territoriale, facendo crescere l'organizzazione ed il coordinamento tra i DEA, secondo il concetto di rete Hub and Spoke, aggregando anche i PPI allo Spoke o all'Hub cui corrispondono per territorio.

E' molto importante il lavoro di integrazione tra lo Spoke, il PPI ed il 118 che insieme devono garantire una costante collaborazione nella gestione dei percorsi clinici dei pazienti, garantendo un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e trasporto dei malati con codici rossi e gialli e/o afferenti alle reti delle patologie complesse.

L'Emergenza Territoriale e i presidi dell'Emergenza Ospedaliera collaborano e si integrano con il Distretto delle cure primarie e le sue articolazioni territoriali (Ospedali Territoriali-Case della Salute, Centri della Salute) e organizzative (C.A. e MMG) per la gestione dei codici a bassa gravità (bianchi e verdi).

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

Pag.24

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

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

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

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

Va comunque nettamente separata la funzione di urgenza da quella di continuità assistenziale, al fine di evitare pericolose ambiguità per il cittadino che dovrà sempre poter individuare con

precisione i presidi dedicati all'urgenza (118 e rete HUB, SPOKE, PS di base, Ospedale di zona disagiata, con forte integrazione con i PPI e con le Postazioni di Continuità Assistenziale dedicate) e quelli per le Cure Primarie (CAP), che pur dialogando tra loro in una totale integrazione tecnologica e protocollare svolgono funzioni totalmente distinte.

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

disagiata richiedono una particolare attenzione da parte dello Spoke (o dell'Hub) a cui si riferiscono, con gestione diretta da parte degli stessi medici operanti nel DEA di riferimento e con la particolare supplementazione di attività qualora i volumi di attività lo richiedano. E' però sempre prioritaria la garanzia del trasferimento protetto del paziente stabilizzato al centro più idoneo.

Alla base della realizzazione della Rete delle Patologie Complesse (es: Sindrome Coronarica Acuta, Ictus, Trauma, Urgenze Pediatriche ed Ostetrico-Ginecologiche, ma anche tutte le situazioni che prevedono livelli organizzativi superiori, ivi compresa la diagnosi precoce ed il trasporto protetto verso Centri a funzione sovrazonale), la definizione dei nodi e delle sedi di riferimento in armonia con l'articolazione della rete Hub and Spoke. L'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione consentirà di evitare trasferimenti impropri dei pazienti, mediante le consulenze a distanza da parte di specialisti allocati solo nei centri di riferimento.

3. La rete ospedaliera

E' necessario stabilire in primo luogo il fabbisogno di prestazioni (1) per specialità e per area geografica, il corrispondente numero di posti letto (2) e di strutture organizzative (3). Ne risulta il disegno complessivo delle organizzazioni dei singoli presidi (4) sulla base di parametri condivisi.

3.1 Il fabbisogno di prestazioni

La definizione del fabbisogno di prestazioni parte dal concetto di appropriatezza per livello assistenziale derivante dall'utilizzo di tutti i parametri di valutazione sviluppati in questi ultimi venti anni, ma soltanto in parte applicati.

L'articolo 6 del Patto della Salute 2010-2012 prevede una razionalizzazione della rete ospedaliera ottenuta attraverso i principi guida dell'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri e della promozione del passaggio dal regime di ricovero ordinario a ricovero diurno, da ricovero diurno ad assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal regime di ricovero all'assistenza residenziale e domiciliare

I ricoveri devono riguardare la gestione di casi importanti a cui fornire assistenza altamente qualificata. Nel comma 5 dello stesso articolo si prevede l'estensione delle prestazioni ad alto

Pag.35

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

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

rischio di inappropriata, con passaggio di 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. Con atto successivo si provvederà, a tal fine, a stabilire i valori soglia entro cui ammettere i ricoveri ordinari, prevedere le tariffe da attribuire alle prestazioni e definire le misure da adottare per le prestazioni extrasoglia.

Pertanto nel triennio si prevede, per le Aziende ospedaliere, per 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 secondo le indicazioni di seguito riportate.

Complessivamente, a livello regionale, si prevede che i ricoveri ordinari chirurgici afferenti all'allegato B del Patto della Salute 2010-2012 siano trasferiti in regime diurno nelle percentuali per singolo DRG indicate nell'allegato 1. Per questi ricoveri si sono utilizzate, come bench-mark, le strutture regionali migliori. La percentuale è stata calcolata per singolo DRG su un bench-mark degli erogatori regionali, pubblici e privati, che forniscono almeno un terzo della produzione regionale. Il valore scelto appartiene all'erogatore meno performante di ciascun DRG. Le percentuali di Ricovero ordinario sono misurate per i DRG, per i quali sono già state definite delle prestazioni ambulatoriali, sull'insieme di ricoveri e sulle corrispondenti prestazioni ambulatoriali. Per i DRG 006 (Decompressione del tunnel carpale) e 039 (Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia) è, inoltre, previsto che il 95% dei ricoveri diurni sia erogato in forma ambulatoriale. Questa percentuale è stata ipotizzata per permettere ai pazienti con maggior bisogno di assistenza (patologie concomitanti) di continuare a fruire della prestazione in forma di ricovero.

Il percorso per giungere ad una situazione appropriata per i **ricoveri ordinari non chirurgici** afferenti all'allegato B del Patto della Salute è più articolato. Confrontando l'incidenza sulla popolazione di questi DRG con le Regioni non soggette a piano di rientro e che hanno uno sviluppo diffuso dell'assistenza territoriale, è evidente che la maggior parte della differenza del tasso di ospedalizzazione rispetto alle altre regioni riguarda proprio questo tipo di ricoveri. L'utilizzo del ricovero in ospedale è quindi un modo per soddisfare un fabbisogno di cura che altre Regioni affrontano con altri livelli assistenziali. Il concetto

ordinari; prevedere le tariffe da attribuire alle prestazioni e definire le misure da adottare per le prestazioni extrasoglia.

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

territoriale secondo le indicazioni di seguito riportate.

a. In complesso, a livello regionale, si prevede che i **ricoveri ordinari chirurgici** afferenti all'allegato B del Patto della Salute 2010-2012 siano trasferiti in regime diurno nelle percentuali per singolo DRG.

Per questi ricoveri si sono utilizzate, come bench-mark, le strutture regionali migliori. La percentuale è stata calcolata per singolo DRG su un benchmark degli erogatori regionali, pubblici e privati, che forniscono almeno un terzo della

produzione regionale. Il valore scelto appartiene all'erogatore meno performante di ciascun DRG. Le percentuali di Ricovero ordinario sono misurate per i DRG, per i quali sono già state definite delle prestazioni ambulatoriali, sull'insieme di ricoveri e sulle corrispondenti prestazioni ambulatoriali. Per i DRG 006 (Decompressione del tunnel carpale) e 039 (Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia) è, inoltre, previsto che il 95% dei ricoveri diurni sia erogato in forma ambulatoriale. Questa percentuale è stata ipotizzata per permettere ai pazienti con maggior bisogno di assistenza di continuare a fruire della prestazione in forma di ricovero.

b. Il percorso per giungere ad una situazione appropriata per i **ricoveri non chirurgici** afferenti all'allegato B del Patto della Salute è più articolato. Confrontando l'incidenza sulla popolazione di questi DRG con le regioni che non sono nel piano di rientro e che hanno uno sviluppo diffuso dell'assistenza territoriale è evidente che la maggior parte della differenza del tasso di ospedalizzazione riguarda proprio questo tipo di ricoveri. L'utilizzo del ricovero in ospedale è quindi un modo per soddisfare un fabbisogno di cura che altre regioni affrontano con altri livelli assistenziali. Il concetto di "appropriatezza organizzativa" è la scelta del livello assistenziale corretto e meno costoso per ciascun tipo di fabbisogno

di "appropriatezza organizzativa" è la scelta del livello assistenziale più corretto e meno costoso per ciascun tipo di fabbisogno di cura. Le variazioni tra le Aziende Sanitarie territoriali (AS) all'interno della Regione sono anche sensibili e possono essere lette come differenze di altre risposte ad un fabbisogno degli assistiti. Sono considerati ricoveri appropriati quelli con un tasso di ricovero, per ciascuna AS e DRG, inferiore o eguale al valore medio delle Regioni di riferimento. Nell'allegato 2 sono indicati i valori delle regioni di riferimento.

Si devono inoltre trasferire l'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.

Recentemente sono stati pubblicati dal Ministero della Salute alcuni indicatori di qualità per il sistema sanitario regionale. Alcuni indicatori riguardano il tasso di ospedalizzazione di alcune patologie che dovrebbero essere curate a livello territoriale (ricoveri evitabili). Alcune di esse (BPCO e Diabete) sono già incluse tra i DRG dell'allegato B; altre esulano da questi DRG e necessitano di un intervento correttivo nel caso in cui si evidenzi un alto tasso di ospedalizzazione (per esempio lo scompenso) rispetto alle Regioni bench-mark.

La rete ospedaliera è oggi spesso utilizzata per ricoveri non appropriati di lungodegenza extraospedaliera. Sono considerati non appropriati l'ottanta per cento dei ricoveri ordinari non chirurgici effettuati in discipline mediche di persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a dodici giorni.

Alcune Regioni stanno effettuando una riconversione della rete psichiatrica spostando gli assistiti da ricoveri ospedalieri in strutture territoriali. Analogamente nella nostra Regione, se i dati utilizzati per l'appropriatezza dovessero contenere ancora una serie di strutture in fase di conversione si prevederà il loro passaggio totale a prestazioni di tipo territoriale..

Dall'applicazione del metodo sopra esposto si ottiene il numero appropriato di prestazioni di ricovero articolato in ricoveri ordinari (maggiori di un giorno) e in day hospital (e ricoveri ordinari di un giorno).

di cura. Le variazioni tra le Aziende Sanitarie territoriali (ASL) all'interno della Regione sono anche sensibili e possono essere lette come differenze di altre risposte ad un fabbisogno degli assistiti. Sono considerati ricoveri appropriati quelli con un tasso di ricovero, per ciascuna ASL e DRG, inferiore o eguale al valore medio delle regioni di riferimento.

c. Si ritiene, inoltre, possibile trasferire l'60% delle prestazioni di chemioterapia (DRG 410) in regime ambulatoriale (con relativa documentazione del consumo di farmaci nel file F), mantenendo la parte restante in ricovero ospedaliero per i soggetti particolarmente fragili.

d. Recentemente sono stati pubblicati dal Ministero della Salute alcuni indicatori di qualità per il sistema sanitario regionale. Alcuni indicatori riguardano il tasso di ospedalizzazione di alcune patologie che dovrebbero essere curate a livello territoriale (ricoveri evitabili). Alcune di esse (BPCO e Diabete) sono già incluse tra i DRG dell'allegato B; altri esulano da questi DRG e necessitano di un intervento nel caso si evidenzi un alto tasso di ospedalizzazione (per esempio lo scompenso) rispetto alle regioni bench-mark.

e. La rete ospedaliera è oggi spesso utilizzata per ricoveri non appropriati di lungodegenza extraospedaliera. Sono considerati non appropriati il 50% dei ricoveri ordinari non chirurgici effettuati in discipline mediche per persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a dodici giorni.

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

3.2 Il calcolo dei posti letto

Il calcolo del numero di posti letto corrispondente ai ricoveri appropriati è definito con la seguente metodologia.

Per l'acuzie:

sono utilizzati i ricoveri appropriati prodotti dalle strutture della Regione secondo la procedura già descritta;

è valutata in modo critico la possibilità e la necessità di prevedere un recupero della mobilità passiva in quanto spesso non realizzabile nel periodo preso in esame;

sono applicati i tassi di occupazione medi, eguali per i produttori pubblici e privati, (vedere allegato 3) differenziati tra ricoveri ordinari e diurni;

Per la postacuzie:

sono utilizzati i posti letti attivati;

I posti letto devono essere incrementati fino al raggiungimento di un tasso di 0,7 PL per mille abitanti (0,5 PL per mille abitanti per riabilitazione, codice 28, 56 e 75, e 0,2 PL per mille abitanti per lungodegenza postacuzie, codice 60), da utilizzare per l'adeguamento dell'offerta in questo settore.

Parte II pag. 48

3.3 Il calcolo del fabbisogno di strutture organizzative

Nel disegno della rete ospedaliera bisogna tenere conto di una serie di requisiti determinanti per una buona sanità:

l'integrazione della rete ospedaliera con **la rete dell'emergenza-urgenza** richiede che presso i presidi esista una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità delle prestazioni per i traumatizzati gravi;

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 PL);

le riduzioni di posti letto devono, per quanto possibile, essere concentrate nelle strutture minori affinché la riorganizzazione si accompagni a miglioramenti dell'efficienza e a riduzioni effettive della spesa, non avendo alcun senso "spalmarle" su tutte le strutture ospedaliere regionali;

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

Il processo di appropriatezza, eliminando i ricoveri inappropriati dagli ospedali, libera una capacità produttiva che può essere utilizzata per ristrutturare la rete ospedaliera. Il numero di ricoveri appropriati degli ospedali destinati a costituire la rete ospedaliera futura si riduce complessivamente rispetto alla situazione esistente. Pertanto resta ancora la capacità di assorbire una buona parte dell'incremento dell'attività di postacuzie. La riorganizzazione della Rete Ospedaliera risultante dall'applicazione dei principi enunciati comporta, quindi, l'erogazione di prestazioni presso strutture in grado di garantire la sicurezza, efficienza, efficacia e qualità (comprendendovi il concetto di accoglienza, sostegno alla fragilità, comunicazione con la persona sofferente) di cura relativa nonché una riconversione effettiva delle strutture in sedi di PPI (Punto di Primo Intervento) e per l'attività territoriale;

La riduzione dei ricoveri a seguito della riorganizzazione comporta, inoltre, la possibilità di una ridistribuzione delle discipline che può consentire anche alle strutture universitarie, qualora avessero criticità nella distribuzione delle specialità e/o prestazioni di ricovero non ottimali, in linea con quanto già fatto in altre Regioni, l'integrazione con quelle delle Aziende Sanitarie, al fine di permettere una razionalizzazione dei posti letto senza penalizzare la ricerca e la didattica.

3.3.1 Numero di posti letto per disciplina

La rete ospedaliera è sottoposta ai vincoli strutturali dei presidi esistenti, ai tempi necessari per ogni intervento strutturale, nonché alla possibilità di attivare in tempi brevi le reti dell'emergenza e territoriale.

Il numero di posti letto, corrispondente al percorso di appropriatezza dei ricoveri descritto, permette una riduzione della capacità produttiva per le discipline interessate. E' però difficile, nei tempi previsti dal piano, ampliare in modo significativo la capacità di offerta per le discipline poco rappresentate nella Regione, perciò sono stati introdotti alcuni correttivi in incremento per alcune specialità.

Alcune discipline sono poco presenti nell'offerta di discipline ospedaliere in quanto riguardano patologie per incidenza e prevalenza poco presenti sul territorio. La necessità di offrire una buona qualità di prestazioni porta ad una concentrazione in poche, o in un'unica, sedi con grandi bacini d'utenza per ciascuna struttura organizzativa. Esempi di queste discipline sono i reparti per

alcune considerazioni:

o 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

o la riduzione dei ricoveri a seguito del ricalcolo sopradescritto comporta, inoltre, la possibilità di una ridistribuzione delle discipline;

o 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.

grandi ustionati, la cardiocirurgia, ecc.. Trovano posto in una o più AO, oppure possono essere dislocate nell'ottica di un'area di utenza maggiore della Regione ed essere oggetto di contrattazione tra Regioni confinanti.

???????

Altre discipline sono di media diffusione e sono presenti presso una o più strutture nell'ambito di ciascuna area geografica.

Le discipline ad alta ed altissima diffusione sono quelle che rappresentano l'offerta base di ogni presidio

Per determinare il numero di posti letto per disciplina si applicano i seguenti principi generali:

Identificazione, partendo dal numero di ricoveri appropriati secondo la metodologia già presentata, per ciascuna disciplina, del tasso di ospedalizzazione che, prendendo in considerazione la struttura della popolazione e la mobilità attiva/passiva "strutturale", porta complessivamente ad un dato compatibile con l'obiettivo nazionale. (Il tasso di ospedalizzazione include ricoveri ordinari e day hospital, escludendo il nido).

Individuazione, per ciascuna disciplina, della durata della degenza media relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni.

Determinazione del tasso di occupazione standard da utilizzare nel calcolo.

Calcolo, applicando i principi contenuti nei punti precedenti, del numero regionale totale di posti letto.

Determinazione sulla base del numero dei ricoveri appropriati e dell'opportunità, legata a criteri di equilibrio tra fornitura di servizi da parte del pubblico e del privato, della quota dei ricoveri fornita dagli erogatori pubblici.

3.3.2 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 HUB, 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 sede delle specialità con una "diffusione rara" (per la gestione di patologie a bassa incidenza e prevalenza) sul territorio.

I presidi ospedalieri di base con attività specializzate indicati come SPOKE, sede di DEA di primo livello e delle specialità di media diffusione sul territorio.

Pag.49

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 norma, 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 delle Aziende sanitarie territoriali 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. All'interno di ciascuna area geografica si individua la quota di prestazioni appropriate in capo alle strutture private e si prosegue con l'attribuzione della quota relativa alle strutture pubbliche, aziende ospedaliere e presidi di base con attività specializzate, sulla base della capacità produttiva attuale. Eventuali aggiustamenti di prestazioni e relativi posti letto tra quota pubblica e privata dovranno essere risolti attraverso trattative a livello di Azienda sanitaria territoriale.

Infine, 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 a:

la riduzione delle unità operative duplicate nell'ambito della medesima disciplina e azienda/presidio;

l'accorpamento di unità di specialità differenti, ma assimilabili per area (medica, chirurgica) o per intensità di cura (elevata, media assistenza, assistenza di base), per evitare che sussistano unità operative con dotazioni di posti letto inferiori a soglie di efficienza ragionevoli.

3.3.3 Proposta di articolazione di strutture organizzative

Quindi, 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 vincoli imposti dal layout;

all'accorpamento di Strutture Complesse di specialità differenti, ma assimilabili per area

□ **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.

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,

(medico-chirurgica) o per intensità di cura (elevata, media assistenza, assistenza di base), per evitare la frammentazione delle unità operative e che ne sussistano con dotazioni di posti letto inferiori a soglie di efficienza ragionevoli.

Le specialità sono organizzate in modo seguente:

(1) Se specialità per acuzie (0) e postacuzie

Per area:

1. Area medica
2. Area chirurgica
3. Area materno infantile
4. Area Emergenza
5. Area psichiatrica
6. Area postacuzie
7. Area supporto

Per diffusione

disciplina rara

disciplina di media diffusione

disciplina di alta e altissima diffusione

3.3.4 Distribuzione delle specialità

Nell'ambito dell'intervallo indicato per ciascuna specialità è possibile modulare la dotazione di ciascun presidio ospedaliero in modo che la distribuzione delle strutture complesse sia compatibile con il ruolo 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 si articolano le reti per patologia, che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuzie con l'attività territoriale:

Materno infantile (>=500 parti all'anno)

Emergenza cardiologica

Ictus cerebrale

Trauma grave

Cure psichiatriche

Oncologica

Insufficienza renale

Reumatologia

L'intervallo 0,15-0,30 milioni di abitanti è applicato per specialità rappresentate presso DEA di primo livello.

La cardiologia è prevista presso i presidi sede di

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 psichiatrica
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

Pag.54

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

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

....

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.

DEA di primo e secondo livello nonché a supporto della cardiocirurgia.

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

E' garantito, negli HUB, e, ove possibile, negli SPOKE, il servizio di triage psicologico. Nell'ambito dell'umanizzazione del percorso di cura e del supporto alla persona sofferente è altresì garantito sostegno psicologico presso i reparti, in cui per situazioni legate alla gravità delle patologie affrontate (oncologia, cardiologia, stroke unit, traumatologia, reumatologia, nefrologia e dialisi, chirurgia dei trapianti, pediatria) o alla condizione fisiologica (gravidanza, puerperio, età avanzata), è più rilevante la condizione di fragilità del sofferente, imponendo interventi di professionalità specificamente addestrate alla gestione delle problematiche connesse.

La neonatologia è prevista come struttura complessa esclusivamente presso gli HUB, mentre i servizi di neonatologia saranno presenti nella maggior parte dei 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.

3.3.5 Proposta di articolazione di funzioni nella rete ospedaliera

Sulla base dei parametri indicati e dell'analisi presentata nelle pagine precedenti, si calcolerà il numero di SC, SS, serv SC e dei serv SS della rete ospedaliera degli erogatori pubblici e privati confrontandosi con:

la situazione calcolata sulla base dei ricoveri appropriati;

il tasso di occupazione standard dei posti letto;

le dimensioni dei moduli di cui ai requisiti di accreditamento come definiti dalla Legge regionale e dal regolamento regionale.

strutture complesse con posti letto attualmente coperte;

strutture complesse senza posti letto attualmente coperte.

Nell'interpretazione dei dati occorre considerare che strutture, quali oculistica, con posti letto di degenza, erogano prestazioni ambulatoriali, che possono essere rilevanti.

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.

Pag.54

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.

3.4 L'attivazione della rete ospedaliera

L'attivazione della rete ospedaliera deve essere gestita nell'ottica dell'integrazione delle azioni delle altre due reti: la rete di emergenza-urgenza e la rete territoriale. È, di conseguenza, indispensabile rimodulare tutte e tre le reti per raggiungere gli obiettivi prefissi.

In parallelo è necessario l'approfondimento delle reti per patologia / specialità e la definizione di regole di comportamento tra i presidi interessati (HUB and Spoke per patologia) e il territorio. Per ottimizzare e armonizzare la missione di ciascun presidio sono possibili spostamenti di specialità tra i presidi dell'Azienda.

E' necessario, per ottenere una razionalizzazione dell'offerta complessiva all'interno di ogni azienda sanitaria provinciale, analizzare la produzione degli erogatori privati, degli erogatori pubblici nonché il fabbisogno soddisfatto in altra sede (mobilità extra-aziendale)

Inoltre la Regione e le Aziende devono procedere all'analisi della situazione specifica dei propri residenti e all'attivazione di strutture territoriali in sostituzione di quelle di ricovero,

Di conseguenza occorre modulare il piano degli investimenti per adattarlo alla nuova rete ospedaliera, in modo da concentrare le risorse a disposizione verso le necessità emergenti.

4. La rete territoriale

4.1 Obiettivi

Razionalizzazione ed ottimizzazione della rete

Le tre reti (Emergenza, Ospedali, Territorio) sono riorganizzate in una visione di insieme, che rispetta gli indirizzi generali normativi, le evidenze scientifiche nonché i criteri già adottati con successo in altre realtà del Paese, avendo riguardo per le peculiarità specifiche del territorio. La situazione economica, ma anche un'offerta qualitativamente spesso non soddisfacente, richiede azioni di riassetto contestuale sia del livello Ospedaliero, in cui vi sono piccoli nuclei di offerta non più in grado di assicurare ai cittadini sicurezza e qualità adeguate, che del livello Territoriale, che necessita di un importante potenziamento, attuabile solo con un incremento di risorse. La riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e ospedaliera consente la liberazione di importanti risorse umane e materiali da impiegare per il potenziamento della rete territoriale.

Miglioramento dell'appropriatezza

E' prioritario realizzare interventi volti al miglioramento dell'*"appropriatezza clinica"*, attraverso la condivisione fra clinici di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici aziendali (PDTA).

Gli obiettivi mirano al miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso una concreta continuità assistenziale, con riduzione della spesa farmaceutica e di quella per la diagnostica (grazie al miglioramento della qualità dei trattamenti) e un appropriato livello di costo degli altri sottolivelli assistenziali ottenibile con la corretta gestione dell'assistenza alla persona erogata nel "Percorso di cura".

Tra gli obiettivi primari *l'appropriatezza prescrittiva*, che abbisogna di linee guida condivise, frutto di tavoli di discussione che coinvolgano le componenti professionali intra ed extra ospedaliere e le rappresentanze sindacali. 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

Pag.58

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

Territoriali, medici e non, attraverso gruppi di lavoro misti che elaborino soluzioni condivise. Solo chi lavora sul campo può attuare in concreto il cambiamento e merita di, e, dunque, deve, partecipare al processo decisionale; in questo modo si eviterà il rischio, sempre presente, di proporre soluzioni teoricamente e tecnicamente corrette, ma inadatte alla pratica.

L'appropriatezza di un intervento professionale

Nel documento finale del "Mattone 7" (Misura dell'appropriatezza) sono state individuate almeno cinque condizioni che fondano l'appropriatezza di un intervento professionale:

- ❖ 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, Cure Domiciliari)
- ❖ le caratteristiche del professionista che in concreto fornisce la prestazione.

L'appropriatezza, quindi, deve essere valutata con riferimento non solo alla prestazione in sé, ma anche alle circostanze nelle quali un intervento di dimostrata efficacia viene applicato. 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 riguarda, 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

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

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, meno vantaggiose economicamente per l'erogatore (per esempio, la scelta fra ricovero ordinario, ricovero diurno, e prestazione ambulatoriale) sono disponibili. Quando una prestazione è erogabile con pari appropriatezza clinica ad un livello "meno complesso", dunque meno oneroso, e questo non viene fatto, si parla di *inappropriatezza di livello*, come caso particolare di inappropriatezza organizzativa.

Infine, 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, in linea quindi con il principio di uguaglianza. Da notare, però, che anche l'inappropriatezza clinica provoca, oltre il 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 e 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

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

<p>intensiva ma costantemente continuativa. Il paziente può essere considerato fragile in base ai seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) malattia cronica evolutiva ed invalidante in qualsiasi età adulta b) problemi di comorbilità associata a non autosufficienza c) 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 d) diagnosi di grandi Sindromi Geriatriche (Demenza, Malnutrizione, S.Ipocinetica, ecc.) 	<p>ma costantemente continuativa. Il paziente può essere considerato fragile in base ai seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.)
<p>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 delle cure e avvalendosi di professionalità apposite (psicologi clinici) anche nelle fasi di passaggio del paziente fragile all'interno delle strutture ospedaliere, sia nell'accoglienza che nel sostegno durante la degenza.</p>	<p>pag.66 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.</p>

Presa in carico territoriale

Il Distretto deve realizzare una reale e concreta presa in carico del paziente cronico, superando lo storico atteggiamento autorizzativo, che – a dispetto dell'evoluzione normativa - ancora permane in molte procedure, soprattutto in ambiti quali la valutazione multidimensionale, l'erogazione di presidi medici, l'assistenza residenziale, persino alcune forme di cure domiciliare.

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 quindi un forte sistema di relazioni in grado di integrare i passaggi nella cura del paziente fra i diversi erogatori di servizi, se non si vuole che questi diventino elementi di criticità e frammentazione. E', di conseguenza, necessario attivare 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 o domiciliare, altre in condizione di degenza 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 realizzare una concreta 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 primaria, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione di specifiche patologie croniche. In questa ottica è stata già sperimentata con successo 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 in esito a diverse patologie, inclusi ictus e ischemia miocardica.
- l'implementazione delle competenze, nel team multiprofessionale, per far acquisire

Pag.59

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

<p>alle persone assistite quelle capacità che le mettano in grado di attuare un'adeguata autogestione (self care) della propria malattia</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>l'attuazione degli interventi assistenziali presso l'ambulatorio del MMG o il domicilio del malato</u>, ivi inclusi i test diagnostici e le medicazioni, ove necessarie, con l'utilizzo del "Libretto Personale di Patologia"; • <u>un sistema informativo centrato sul paziente</u> basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG. <p>Tale registrazione dei casi funzionerà come supporto di un'unica Centrale Operativa Territoriale.</p> <p>La Centrale Operativa Territoriale è, necessariamente, interconnessa con quella del 118 (universalmente riconosciuta ormai come porta di accesso al sistema) condividendone le tecnologie, nella rispettiva autonomia gestionale, e deve essere un reale strumento di integrazione fra i servizi territoriali (Cure Domiciliari – incluse le cure palliative, continuità assistenziale) fornendo ai cittadini la percezione della capacità del Territorio di prendersi carico con continuità del paziente, e di essere un'efficace alternativa all'Ospedale.</p> <p>Tale Centrale Operativa Territoriale permette la gestione di un sistema finalizzato verso diverse funzioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) l'accesso alle Cure Primarie, e in particolare: <ol style="list-style-type: none"> a) alla Continuità Assistenziale, per quelle prestazioni non gestite dalla Rete delle Emergenze b) alle Cure Domiciliari c) alla Valutazione Multidimensionale 2) la tracciabilità del percorso 3) la gestione di un data base dei casi, condivisa e disponibile per tutti coloro che sono coinvolti nel processo di cura e di assistenza 4) la ricerca attiva dei pazienti per garantire la presa in carico proattiva e la continuità del percorso in relazione ai programmi definiti ("medicina di iniziativa") e al monitoraggio dei costi collegati alla patologia 5) un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico. <p>Per comprendere come sarà organizzato il servizio di presa in carico del paziente cronico riacutizzato da parte dell'ASL è necessario distinguere tra i pazienti che arrivano al sistema</p>	<p>o a ritardare l'aggravarsi delle malattie croniche;</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG. <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la tracciabilità del percorso; <input type="checkbox"/> la gestione di un data base dei casi, condivisa e disponibile per tutti coloro che sono coinvolti nel processo di cura e di assistenza; <input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico. <p>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</p>
--	---

emergenza/urgenza con un problema risolvibile da altri livelli assistenziali, e quelli già ricoverati. Per il primo 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 il sistema EVOMEDIR. Per il secondo gruppo di pazienti, si può prevedere un Team di presa in carico, per il percorso post-dimissione, formato da personale sanitario (infermieri con specifica formazione e attitudine) coordinato da un medico specialista (tipicamente, un geriatra), che possa accedere al data base dei casi, come specificato al punto 2 del paragrafo precedente. Al momento della segnalazione di un caso clinico, una persona del gruppo prende in carico il paziente e ne cura 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. Questo "case manager" sarà, inoltre, in stretto contatto con i "case manager" presso le strutture sanitarie che gestiscono il paziente. Dovrà essere presidiato anche il percorso inverso, per la presa in carico di un paziente che è assistito a domicilio o in struttura extraospedaliera e richiede visite specialistiche/procedure diagnostiche in tempi brevi. L'impossibilità di organizzare in maniera efficiente quanto è necessario esita inevitabilmente in ricovero; per questo motivo oltre alle dimissioni "protette" con le modalità prima specificate è necessario definire percorsi di ammissioni "protette", in sostituzione di ricoveri per acuti.

Indicatori di esito / di processo

Sarà definito, con successivo provvedimento, un sistema di valutazione complessiva e di andamento nel tempo della corretta e appropriata presa in carico che includerà almeno i seguenti indicatori:

- il numero di pazienti presi in carico rispetto al totale di 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

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.

Pag.

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

<p>con degenza eguale o superiore a dodici giorni;</p> <ul style="list-style-type: none"> • il numero di giornate di ricovero per patologia presso i reparti di postacuzie, per tipologia di MDC <p>4.2 Azioni da intraprendere 4.2.1. Riallocazione delle risorse</p> <p>Il perseguimento dell'appropriatezza dei ricoveri per acuti conseguente alla riorganizzazione della rete ospedaliera libera risorse (strutture e personale) che devono essere riallocate nel livello di assistenza territoriale per potenziare la capacità del sistema delle Cure Primarie di prendersi carico di quei bisogni della popolazione, che oggi trovano l'unica risposta, inappropriata per livello, nella rete ospedaliera. La riconversione dei posti letto per acuti e di piccoli ospedali, oggi non più sicuri, deve costituire l'occasione per recuperare il patrimonio edilizio e di professionalità ad incrementare le capacità di assistenza del livello territoriale.</p> <p>Il potenziamento del sistema di offerta territoriale può prevedere la risistemazione delle risorse in una o più delle seguenti tipologie di servizi:</p>	<p>superiore a dodici giorni con l'obiettivo di una riduzione del 40% rispetto al 2010;</p> <ul style="list-style-type: none"> □ il numero di giornate di ricovero per patologia presso i reparti di postacuzie, per tipologia di MDC; <p>(□ il numero dei pazienti con il codice Bianco e Verdi non ospedalizzati presso il pronto soccorso dal 118.)</p> <p>pag.65 Riconversione dei piccoli ospedali</p> <p>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.</p>	
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="87 1142 598 1299"> <ul style="list-style-type: none"> • Strutture di Cure Intermedie • Case della Salute-Ospedali Territoriali • Equipe Territoriali della Medicina Generale • Cure Domiciliari </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> • Strutture di Cure Intermedie • Case della Salute-Ospedali Territoriali • Equipe Territoriali della Medicina Generale • Cure Domiciliari 	
<ul style="list-style-type: none"> • Strutture di Cure Intermedie • Case della Salute-Ospedali Territoriali • Equipe Territoriali della Medicina Generale • Cure Domiciliari 		
<p>A tal fine, quindi, si prevede che il personale in questo modo reso disponibile venga utilizzato secondo il seguente schema:</p> <p>in misura non superiore al 20%</p> <p>in misura pari almeno all'80%*</p> <p><i>* qualora le Aziende Sanitarie non rispettino l'indicazione, non potranno attivare i servizi sopra indicati</i></p>	<p>per colmare eventuali carenze di organico nelle altre strutture ospedaliere</p> <p>per potenziare il sistema di offerta territoriale</p>	

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 abbisognano di interventi di riabilitazione / riattivazione estensivi, oppure di ricoveri temporanei di “sollievo” per le famiglie impegnate nell'assistenza domiciliare dei congiunti.

In considerazione dei vincoli imposti dal Piano di Rientro, si ritiene necessario dare priorità in questa fase agli interventi di sviluppo della residenzialità temporanea extraospedaliera (Strutture di Cure Intermedie); la programmazione della restante rete delle strutture residenziali e semiresidenziali (RSA) viene pertanto posticipata ad una fase successiva, in cui si terrà conto anche dei risultati ottenuti da questa prima serie di interventi.

4.2.2 Introduzione di strutture residenziali extraospedaliere ad elevata valenza sanitaria per ricoveri temporanei: “Strutture di Cure 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

Pag.66

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.

Pag.66

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.

l'efficienza del sistema attraverso una più corretta gestione delle risorse.

Per gli anziani, il sottogruppo R2 (Mattone 12 "Assistenza Residenziale e Semiresidenziale") 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.

- **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 enterale 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 motivazione rilevante della prolungata durata della degenza di molti ricoveri ospedalieri 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 in struttura. Le strutture residenziali non rispondono, se non in minima parte, a questo tipo di esigenze e quindi impediscono, anche nelle Regioni in cui sono 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 possa trovare una corretta destinazione presso questo tipo di strutture, attraverso la conversione di una quota dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera. Ancor più importante, le Strutture

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 enterale 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

di Ricoveri Intermedi, rispetto ai ricoveri medici per acuti non appropriati, forniscono una risposta a fabbisogni oggi soddisfatti solo a livello ospedalieri

Nel contempo, in ambito geriatrico l'opportunità di creare queste strutture nasce dalla convinzione che l'approccio multidimensionale con una presa in carico globale dia la possibilità di usufruire di:

- **riabilitazione geriatrica** quale proseguimento della presa in cura oltre il ricovero ospedaliero (in lungodegenza o riabilitazione) o, in alternativa ad esso, per associare ad interventi riabilitativi di mantenimento cure mediche e infermieristiche volte al compenso della disabilità residuale e della non autosufficienza. Con riferimento alla riorganizzazione del contesto familiare e alla progettazione dei supporti alla non autosufficienza utili al ritorno nel contesto domestico, sia per le persone anziane che per le persone fragili di ogni età.
- **cure della vulnerabilità** dei fragili e degli anziani non autosufficienti. intese quale proseguimento della presa in cura oltre il ricovero ospedaliero dopo fasi di criticità di malattie croniche riacutizzate con elevato rischio di instabilità, o, nel caso di necessità, di mantenimento di terapie multiple o complesse, dopo l'inquadramento diagnostico in ospedali per acuti, con l'obiettivo di condurre le condizioni cliniche e funzionali a bisogni assistenziali erogabili al domicilio o supportabili da lungodegenza domiciliare o residenziale in regime sociosanitario
- **cure palliative** non oncologiche ed oncologiche, in alternativa o propedeutiche ai ricoveri di nuclei di hospice, per malattie in fase evolutiva, anche avanzata e con prognosi di terminalità in un ambito che consenta di associare le cure mediche ed infermieristiche alle valenze di una riorganizzazione assistenziale estensiva individualizzata senza i limiti dell'approccio tecnologico ospedaliero
- **cure del Delirium**, frequentemente incidente nei fragili durante il ricovero ospedaliero in area medica e chirurgica, e cure di disturbi comportamentali e psicotici per completare le terapie di fasi acute di malattie intercorrenti a malattie di Alzheimer o Sindromi correlati, o per offrire

fornire una risposta ai fabbisogni oggi soddisfatti solo a livello ospedaliero.

Mi fermo qui per pudore.....e perché non merita tanto impegno!

ai pazienti affetti da queste malattie un approccio estensivo rieducativo funzionale e riabilitativo adatto alle limitazioni relazionali e favorito dall'organizzazione ambientale, alberghiera ed assistenziale proprio della struttura a valenza residenziale

- **osservazione prolungata**, dopo stabilizzazione di stati critici e terapie intensive, con prosecuzione di cure con assistenza medico infermieristica adeguata alla cronicizzazione di gravi alterazioni dello stato di coscienza, per il tempo necessario alla definizione diagnostica di stato di Coma di Minimo Stato di Coscienza, di Locked-in e alla organizzazione dell'ulteriore proseguimento dell'assistenza in ambito residenziale per Stato Vegetativo, in nuclei specialistici di cura per Stato di Minima Coscienza, di ricovero riabilitativo intensivo per Stato di Locked-in
- **cure temporanee della non-autosufficienza** con prolungamento del tempo di ricovero ospedaliero in ambiti a valenza residenziale favorevoli la qualità di vita in attesa di una riorganizzazione del domicilio e delle cure familiari o di una progettazione di lungoassistenza domiciliare o residenziale dopo l'insorgenza o l'aggravamento di una condizione di grave non autosufficienza.
- **sostegno psicologico della fragilità** con prosecuzione presso la Struttura del percorso di supporto iniziato nel corso del ricovero ospedaliero, in sinergia con le unità operative di psicologia ospedaliera e con i CSM territoriali, che prenderanno successivamente in carico il fragile ed eventualmente i familiari.

La differenza tra queste strutture e le strutture residenziali (longterm care) è sostanzialmente riconducibile al ruolo all'interno dei percorsi diagnostici e terapeutici, con correlato obbligo di temporaneità dell'accoglienza, ed alla possibilità di erogazione di prestazioni mediche continuative specialistiche. Le Strutture di Cure Intermedie (SCI) prendono in carico pazienti:

- dimessi da reparti per acuti i quali, pur non richiedendo un intervento di riabilitazione intensiva, non possono essere dimessi al proprio domicilio;
- dimessi dalla Emergenza/Pronto soccorso, per i quali il ricovero in reparto per acuti potrebbe essere

inappropriato in quanto rispondente a bisogni sostanzialmente di urgenza sociale e non clinica (come ad es. per anziani soli o con scarsa tenuta della rete familiare);

- dimessi da reparti per postacuzie che hanno terminato il ciclo di riabilitazione intensiva che non possono ancora essere dimessi al proprio domicilio;
- una quota di pazienti dal proprio domicilio che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dalle varie forme di Cure Domiciliari.

E' prerequisite all'ingresso la presa in carico del paziente da parte del Distretto con la progettazione, mediante valutazione multidimensionale, di un Piano di Assistenza Individualizzato e di un percorso successivo al ricovero in SCI che dovrà essere stato condiviso dalla famiglia.

Le Strutture di Cure Intermedie dimettono i pazienti:

- al loro domicilio con o senza un intervento di Cure Domiciliari (almeno il 50% dei pazienti deve essere dimesso a domicilio e permanervi per i 3 mesi successivi)
- verso strutture Residenziali o semiresidenziali,
- verso strutture per acuzie / postacuzie qualora previsto nel progetto iniziale (ad esempio: per un paziente con frattura di femore a cui non sia concesso il carico per 30 gg, si può prevedere dopo il ricovero in Ortopedia un trasferimento in SCI seguito da ricovero in struttura di riabilitazione), o per aggravamento non gestibile in SCI

Si prevede una permanenza presso le SCI, articolata secondo il progetto del singolo individuo, con predisposizione di obiettivi di degenza media variabile, secondo la diagnosi 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. Le cure previste sono prevalentemente di tipo assistenziale e riabilitativo di mantenimento con conduzione medica ad orientamento geriatrico e di specialisti nella gestione di patologie croniche.

Lo sviluppo organizzativo delle SCI deve

prevedere un collegamento con il sistema della Continuità Assistenziale e con l'ospedale di riferimento territoriale e la rete dell'Emergenza 118 per l'erogazione di prestazioni di continuità diagnostica e di interventi di Medicina d'Urgenza non effettuabili nella struttura.

Lo sviluppo assistenziale deve prevedere una suddivisione per nuclei, anche di più livelli assistenziali, per tipologia dei pazienti. L'organizzazione dell'assistenza medica sarà affidata ai medici specialisti in Geriatria o ad orientamento geriatrico, con presa in carico dei pazienti, a seconda della tipologia, da parte di MMG con almeno tre anni di esperienza in U.O. ospedaliera, o di medici dell'area medica degli ospedali di riferimento territoriale. Può essere previsto l'utilizzo di personale medico e paramedico "liberato" nel corso del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e personale medico proveniente dalla Continuità Assistenziale, nei limiti del completamento dell'orario di servizio.

La tariffazione deve essere prevista, con una o più soglie intermedie tra quella della lungodegenza ospedaliera (cod 60), oggi intorno a euro 150 interamente a carico del SSR, e quella delle strutture Residenziali (oggi intorno a euro 100, di cui la metà a carico della sanità e metà a carico dell'ospite).

Il maggior costo rispetto alle strutture Residenziali è legato alla maggiore intensità di interventi medico-infermieristici e riabilitativi, mentre il risparmio rispetto alla lungodegenza ospedaliera riflette il minor carico sanitario e la minore complessità organizzativa rispetto alla struttura ospedaliera.

La quota alberghiera a carico della persona accolta (o dei Servizi Sociali) potrà essere variabile a seconda della tipologia dei pazienti e dei tempi di ricovero: nessuna quota 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, dall'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 protrarsi della degenza oltre tali termini comporta il pagamento del 50% della tariffa, e in ogni caso di una quota di partecipazione non inferiore a quella prevista

per la residenzialità extraospedaliera, al fine di evitare distorsioni nello svolgimento dei percorsi assistenziali. L'effetto progressivo dell'incremento della quota a carico dell'assistito è un incentivo, in forte integrazione con il sistema sociale (comune e famiglia), ad un avvio, il più celere possibile, a forme di Cure domiciliari.

Per quanto riguarda gli standard per il personale sanitario non medico e per il personale socio assistenziale (OSS, OTA) si veda la scheda riassuntiva finale (allegato 2).

L'accesso del paziente a questo tipo di struttura avviene a seguito della predisposizione da parte del Distretto di un progetto definito che prevede la presa in carico sin dal momento del ricovero ospedaliero. Sono da definire processi sistematici di intese e integrazioni tra la Rete Ospedaliera e la ASL per la definizione delle comunicazioni, la pianificazione degli interventi e dei passaggi tra i diversi livelli assistenziali.

Le Strutture di Cure Intermedie svolgono un importante ruolo per fornire risposta a numerosi pazienti attualmente curati in modo inappropriato sia in strutture di acuzie che di post-acuzie. L'avvio dell'attività delle SCI può prevedere una fase di sperimentazione, di durata e con modalità da stabilire con atto successivo. I posti letto devono essere ottenuti tramite la riconversione di posti letto per acuti, come sopra indicato.

I ricoveri in queste strutture sono documentati dal flusso ministeriale FAR.

La dotazione standard minima per singola struttura è stabilita in due moduli da 30 PL ciascuno, allo scopo di raggiungere un corretto livello di efficienza; e con la possibilità di organizzazioni strutturali più ampie, che possano consentire economie di scala, in aree intensamente popolate. In situazioni specifiche, ove la Struttura di Cure Intermedie sia inserita all'interno di una organizzazione che includa anche altri livelli assistenziali (quali nuclei di assistenza residenziale a lungo termine), è possibile prevedere un solo modulo di 30 pl.

Ciascuna struttura può ospitare pazienti con fabbisogni individuali differenti e quindi con tariffe diversificate a seconda del progetto individuale.

Di conseguenza, i criteri di accreditamento devono consentire la suddivisione della

struttura per nuclei da uno o più livelli assistenziali per tipologia di pazienti con una conduzione medica ad orientamento geriatrico o di specialità in malattie croniche . All'ingresso nella struttura ciascun paziente è, inoltre, classificato secondo il carico assistenziale richiesto, allo scopo di garantire un corretto equilibrio tra le risorse assistenziali disponibili e le necessità dei pazienti ricoverati.

Il tipo di struttura sopra descritta si inserisce nel ruolo definito dal Mattone 12 per il livello di assistenza residenziale extraospedaliera:

"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)

In particolare può essere riconosciuto, secondo la classificazione proposta dal Mattone 1 "Classificazione delle strutture", fra le strutture identificate con il codice 8.5 "Residenze sanitarie distrettuali / ospedali di comunità / Country Hospital (RSD/CH)", con i vettori (L.2. A.2. B.6.2. C.1.1. C.1.2. D.1.1. D.2.1. Z.2.8.). Infatti, la descrizione di tale struttura è la seguente "Strutture di residenzialità extraospedaliera in grado di accogliere pazienti in dimissione da reparti acuti o post-acuti dell'ospedale, per i quali sia necessario consolidare le condizioni fisiche o proseguire il processo di recupero in ambito non ospedaliero; o per accogliere pazienti per il quale il medico di medicina".

Le Strutture di Cure Intermedie (SCI) sono, di conseguenza, da considerare come strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria per degenze di breve durata.

Indicatori di esito / di processo

Con atto successivo sarà definito un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico basato su:

- numero di pazienti presi in carico dalle strutture SCI rispetto al totale dei pazienti dimessi da reparti per acuti e di

- postacuzie;
- 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;
- distribuzione percentuale della destinazione alla dimissione (domicilio, reparto per acuti, altra struttura residenziale extraospedaliera, decesso) da SCI;
- luogo di dimora per i 3 mesi successivi alla dimissione da SCI;
- numero di ricoveri ospedalieri ordinari non chirurgici di persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a 12 giorni;
- numero di giornate di ricovero presso i reparti di postacuzie, per tipologia di MDC (Major Diagnostic Category);

4.2.3 Sperimentazione "Casa della Salute"- "Ospedale Territoriale"

Tra le azioni da intraprendere per lo sviluppo della rete territoriale si ritiene centrale sperimentare il modello di "Casa della Salute"- "Ospedale Territoriale", che scaturisce dalla necessità di fornire un'adeguata risposta al fabbisogno di prestazioni sanitarie ed assistenziali di cure primarie.

Attualmente infatti l'offerta di tale assistenza è insufficiente o inappropriata quando erogata, come accade troppo spesso, tramite ricovero ospedaliero. I presidi oggetto di disattivazione dell'attività di degenza sono utilizzabili da subito come Casa della Salute-Ospedale del Territorio, o con poca spesa per la messa a norma. I tempi di conversione dall'attuale funzione a quella di una struttura gradevole e appropriata al fabbisogno di assistenza sanitaria dell'area in cui è collocata inoltre, possono essere misurati nell'ordine di pochissimi mesi, fornendo una testimonianza rapidamente tangibile del nuovo modello di Sanità proposto.

La sperimentazione della Casa della salute è stata promossa dal Ministero nell'ambito degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

Definizione di Casa della Salute-Ospedale del Territorio

La Casa della Salute-Ospedale del Territorio 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 ospedalieri e non sanitari;
- 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 nella Casa della Salute

- 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 delle Cure Domiciliari 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 ed erogazione di prestazioni urgenti, in particolare se sede di PPI
 - VIII. Erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale e prestazioni specialistiche di medici della rete ospedaliera oppure di specialisti convenzionati
 - IX. Posto di primo soccorso per codici bianchi e codici verdi, sotto il coordinamento della Centrale Operativa della Rete per le Emergenze
- Per la loro polifunzionalità, e l'integrazione con i

servizi sociali, rappresentano la base dell'organizzazione delle Cure Primarie ed il punto di riferimento per i cittadini e gli operatori socio sanitari del territorio.

Sono forme aggregative evolute che vedono la collaborazione di MMG, MCA, SAI, infermieri ed amministrativi, garantendo la presa in carico dei problemi di salute con particolare riferimento alla cronicità. Possono essere variamente configurate per integrarsi con la locale rete dei servizi, assolvendo a tutte o parte delle seguenti diverse funzioni:

- l'integrazione dei livelli assistenziali delle prestazioni socio sanitarie secondo i principi affermati dal D. Lgs. 229/1999 e dalla L. 328/2000
- l'integrazione fra le attività di prevenzione cura e riabilitazione, con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche, inclusa l'erogazione delle Cure Domiciliari;
- la presenza delle principali branche cliniche e quelle relative alla diagnostica di laboratorio prevedendo oltre ai punti prelievi i POCT (point of care testing), di ecografia e di radiologia di base;
- la presenza di un punto unico di accesso (PUA) all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria, in contiguità con il centro unico di prenotazione (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal SSR;
- la presenza di un ambulatorio infermieristico.

In ogni caso sono aperte 12 h al dì e prevedono un lavoro di squadra fra specialisti convenzionati e dipendenti, personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, MMG, PLS, medici di Continuità Assistenziale.

Possono prevedere strutture residenziali (con funzioni sinergiche, ma distinte).

Possono prevedere punti di primo intervento (PPI), se previsti dalla rete emergenza (con funzioni sinergiche, ma distinte).

Le Case delle Salute derivanti da riconversione ospedaliera mantengono, se necessario, potenziata, l'eventuale attività dialitica preesistente, ad "assistenza limitata" (secondo la definizione della Società Italiana di Nefrologia), se questa rientra in un programma di razionale distribuzione nei punti dialisi, con la finalità di razionalizzare la distribuzione dei punti dialisi ed evitare fenomeni di mobilità extra regionale.

Modelli

E' prevista l'attivazione di due modelli:

- un modello per aree metropolitane ad elevata e media densità di popolazione, al quale fanno riferimento i MMG/PLS in rete o in gruppo;
- un modello per aree extra urbane a bassa densità di popolazione.

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

I parametri di riferimento per la diffusione delle Case della Salute-Ospedali Territoriali sono basati sulla possibilità di una reale conversione/aggregazione di attività esistenti nel distretto che in questo tipo di struttura aggiungano efficacia all'azione distrettuale senza incremento di costi.

I parametri tendenziali sono:

- 1 Casa della Salute-Ospedale Territoriale ogni 20.000 - 50.000 residenti nelle aree urbane.
- 1 Casa della Salute-Ospedale Territoriale ogni 10.000 - 15.000 residenti nelle aree extra-metropolitane
- nelle aree a popolazione dispersa, ove non vi è la possibilità di concentrare in una unica sede almeno 8 medici di Medicina Generale, non vengono raggiunti i parametri minimi necessari per un efficace ed efficiente sviluppo di questa struttura; in queste situazioni risulta pertanto più appropriato sviluppare il modello delle "equipe territoriali"

Nel periodo iniziale si prevede l'attivazione, in via sperimentale allo scopo di mettere a punto modelli efficienti ed efficaci, 1 Casa della Salute-Ospedale Territoriale in ogni Distretto di almeno 60.000 abitanti.

Attività erogabili nelle Case della Salute-Ospedali Territoriali (su progetti e percorsi Diagnostico-Terapeutici concordati, riferibili a grandi aree: cardiovascolare, oncologica, pneumologica, metabolica).

Le attività della Casa della Salute-O.T. possono essere organizzate per aree funzionali, così come indicato in allegato. L'articolazione funzionale di ciascuna Casa della Salute è

flessibile, per consentire al Distretto la distribuzione delle discipline e delle attività sulla base delle necessità assistenziali della popolazione e delle disponibilità organizzative. Per il funzionamento della Struttura, ruolo cardine è svolto dagli Infermieri assegnati, che, 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, Residenza Sanitaria Assistenziale, Ospedale di Comunità (questi ultimi ove esistenti) e per le attività cliniche. Negli istituti di Cure Domiciliari attive e in regime di reperibilità assicurano l'assistenza H24 per i pazienti più impegnativi (es. dimissioni protette in post-acuzie, cure palliative in fase terminale). Fondamentale la disponibilità di massa critica di personale infermieristico in grado di garantire un servizio attivo, incrementabile attingendo anche dalle unità "liberate" dal processo di razionalizzazione dell'Assistenza Ospedaliera.

Integrazione della Casa della Salute-O.T. nella rete esistente

Una parte cospicua delle attività ambulatoriali diagnostiche/terapeutiche attualmente erogata presso presidi ospedalieri o poliambulatoriali può essere svolta presso questo tipo di strutture. L'integrazione con l'Ospedale favorisce la programmazione di ricoveri d'elezione e per diagnostica invasiva attraverso la stretta collaborazione tra medici delle cure primarie e gli specialisti ospedalieri, anche attraverso i sistemi informatici.

Con atti successivi la Regione definirà il ruolo dei MMG, dei PLS e di CA nelle Case della Salute-O.T., nell'ambito di quanto previsto dagli accordi nazionali e da quelli integrativi regionali.

L'apertura per almeno 12 h/die garantisce all'utenza una risposta alternativa e appropriata all'accesso al Pronto Soccorso e, sulla base di protocolli concordati, può consentire di completare il percorso diagnostico e/o terapeutico per i pazienti inviati avviati, con appropriato codice di priorità, dal 118/PS.

Gli effetti organizzativi saranno quindi:

- una concentrazione delle risorse del Distretto nelle Case della Salute-O.T.;
- una riutilizzazione delle risorse dei piccoli presidi ospedalieri riconvertiti.

4.2.4 La Medicina Generale, la Continuità Assistenziale e Le Equipe Territoriali

I medici di Medicina Generale (medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale) forniscono prestazioni sanitarie di prevenzione e promozione della salute, diagnosi e cura 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)*.

La continuità dell'assistenza nelle 24 ore è obiettivo fondamentale dell'Assistenza Territoriale; perciò è fondamentale l'integrazione effettiva del Servizio di C.A. da un lato con l'attività svolta dai MMG e PLS, sia nelle equipe territoriali che nelle forme più evolute di "Casa della Salute"- "Ospedale Territoriale", e dall'altro con la Rete dell'Emergenza.

Occorre dunque procedere, nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi offerti e dell'ottimizzazione delle risposte alle chiamate dei cittadini, a:

- rivalutare il dimensionamento e il posizionamento delle postazioni di C.A., alla luce dei criteri enunciati nel paragrafo, tendendo ad aggregare più postazioni in unica sede nei casi in cui il contesto demografico e la viabilità lo consentano, e, ove possibile, collocandone preferenzialmente le sedi presso le Strutture di Cure Intermedie e le Case della Salute-O.T.

- centralizzare le chiamate su 2 centrali operative (coincidenti con le Centrali operative 118), dotate di numero verde (area Nord, Sud) in collegamento costante con tutte le sedi, al fine di garantire la continuità di erogazione del servizio, migliorandone la qualità reale e percepita da parte della popolazione

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.

L'ACN del 2005 prevede **l'équipe territoriale** come scelta strategica e forma associativa obbligatoria, anche se operativamente condizionata dalle scelte regionali.

La Regione Sardegna ne individua la concreta attivazione quale elemento centrale del processo di riorganizzazione del livello di assistenza territoriale: i Distretti dovranno essere considerati, sotto questo profilo, come l'insieme delle Equipe Territoriali e delle Case della Salute che li compongono, e dovranno essere gradualmente introdotti strumenti di clinical governance, centrati su sistemi informativi che raggruppino i dati di consumo di tutte le prestazioni sanitarie (specialistiche, ospedaliere, farmaceutiche, etc) per queste aggregazioni di popolazione.

L'équipe territoriale rappresenta una forma "organizzativa" della MG e delle altre discipline presenti nel distretto, in quanto si costituisce non come libera associazione di professionisti del territorio, ma come scelta di programmazione sanitaria; è una forma organizzativa "funzionale", in quanto non prevede la costituzione di una sede unica o di una sede di riferimento; coinvolge le diverse figure professionali operanti nel distretto deputate a garantire: l'assistenza primaria, la continuità assistenziale, la pediatria di libera scelta, l'assistenza specialistica ambulatoriale, la medicina dei servizi, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. È intesa come strumento attuativo della programmazione sanitaria distrettuale per la erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale, soprattutto per patologie a lungo decorso e con valenza socio-sanitaria.

4.3 L'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, sulla base della rilevazione delle prestazioni attualmente erogate, fermo restando lo standard di 12 prestazioni/abitante/anno previsto dalla programmazione nazionale, si definisce la seguente ripartizione:

Tipologia	Prestazioni abitante anno
Diagnostica per Immagini	7,0
Diagnostica di Laboratorio	1,0
Riabilitazione	1,2
Specialistica ambulatoriale	2,8
TOTALE	12

Gli obiettivi qualitativi e organizzativi che la programmazione si prefigge relativamente a quest'area sono:

- l'integrazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) con i servizi e gli operatori del territorio, mediante inserimento nelle Case della Salute e nelle Strutture di Cure Intermedie (in raccordo stretto con i MMG e PLS) più che in poliambulatori specialistici "isolati"
- la condivisione di percorsi clinico-assistenziali con la componente ospedaliera, la medicina di famiglia e la pediatria di libera scelta
- una attiva partecipazione della specialistica alle forme complesse di assistenza primaria;
- l'abbattimento delle liste d'attesa anche attraverso un miglioramento di appropriatezza della domanda;
- la riorganizzazione strutturale e funzionale degli ambulatori al fine di garantire un miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta di prestazioni specialistiche in ambito distrettuale, 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 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.

Gli Specialisti Ambulatoriali Interni inoltre:

- assicurano, nel corso di un unico accesso del paziente, la consulenza plurispecialistica ai pazienti multiproblematici, al fine di ridurre le liste d'attesa e il disagio del malato;
- prevedono modalità organizzate di consulenza telefonica ai MMG;
- garantiscono la partecipazione alle attività distrettuali (UVMD, ADI) e la consulenza specialistica presso le strutture residenziali extra-ospedaliere e gli ospedali di rete;
- partecipano ad attività di rilevamento epidemiologico, di farmacovigilanza, di sperimentazione clinica, di formazione aziendale.
- partecipano allo sviluppo della telemedicina, in particolare per l'ambito di Radiologia e Cardiologia.

4.3.1 Le Cure Domiciliari

Strategico, nel nuovo modello di offerta di servizi sanitari, 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. 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, Aziende ULSS, 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 cura domiciliare, con particolare attenzione a bisogni specifici quali il sostegno, anche psicologico, alle famiglie che assistono persone con demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali o le cure palliative domiciliari.

Le Cure Domiciliari attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie, in integrazione con quelle sociali, realizzano al domicilio del paziente (di qualsiasi età) un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, multiprofessionale e/o multidisciplinare (sociale-sanitario).

Sono previsti tre differenti livelli di intensità, sulla base del numero di accessi sanitari del medico (supervisione clinica, impostazione e verifica della terapia) e/o dell'infermiere (impostazione, monitoraggio e verifica del piano di assistenza infermieristica):

- *Cure Domiciliare a bassa intensità di assistenza sanitaria domiciliare* – l'intervento sanitario si esplica con accessi programmati mensili/quindicinali.
- *Cure Domiciliari a media intensità di assistenza sanitaria domiciliare* – l'intervento sanitario si esplica con accessi programmati settimanali in un quadro di pronta disponibilità diurna infermieristica.
- *Cure Domiciliari ad alta intensità di assistenza sanitaria domiciliare* – l'intervento sanitario si esplica con due o più accessi programmati settimanali del medico, dell'infermiere e/o di altri operatori sanitari, in un quadro di pronta disponibilità sia medica sia infermieristica h24 per 7 giorni alla settimana, 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, dallo SAI, dai servizi sociali del comune di residenza, o dai familiari del paziente e può essere effettuata, in vista della dimissione, dal responsabile del reparto ospedaliero o del servizio di dimissioni protette, preposto alla segnalazione sistematica, tempestiva e proattiva dei casi di pazienti fragili insorti in occasione del ricovero oppure già seguiti a domicilio. L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVM) 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); può essere effettuata direttamente in ospedale nei casi di urgenza.

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 (S.Va.M.A. ecc vedere Mattone 12) infine predispone un progetto personalizzato, indirizzando il paziente verso uno o più dei servizi esistenti (Cure Domiciliari, 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.

Per le sole prestazioni di ADI, ed in particolare riferite agli anziani, l'andamento deve essere confrontato, a livello regionale e per singola ASL con i seguenti standard:

	Situazione attuale	Standard	Differenza
Percentuali di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI			
Percentuali di anziani ≥ 75 anni trattati in ADI			

4.4 La formazione

Il sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) è finalizzato al raggiungimento di

obiettivi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità della programmazione regionale.

In particolare sono obiettivi strategici:

- la definizione di un Piano regionale per la formazione coerente con gli obiettivi innovativi introdotti dalla programmazione regionale
- il coinvolgimento, quale destinatario del 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 sono parte integrante e centrale del sistema di offerta. Per alcuni aspetti la formazione deve essere prevista in modo congiunto per medici/personale ospedaliero e territoriale, in particolare per la formazione mirata alla realizzazione di un reale e concreto passaggio della presa in carico del paziente tra Ospedale e Territorio (sia in entrata sia in uscita dall'Ospedale), specie per i pazienti cronici.
- 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 attivazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Aziendali condivisi sulle patologie croniche di più largo impatto (scompenso cardiaco, ictus, cardiopatia ischemica, TAO, diabete, tumori con particolare riguardo alla fase del follow-up)
- l'organizzazione di corsi formativi incentrati a) sulla comunicazione con l'utenza, avendo particolare cura all'approccio e alla comunicazione con la persona sofferente, specie se in condizioni di fragilità, B) sui modelli comunicativi ottimali tra categorie di operatori sanitari. La gestione dei corsi e l'annesso percorso formativo è a cura di professionisti esperti in psicologia della comunicazione.
- 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

4.5 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 architeturale 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;
- gestione di alert di comunicazione tra servizi, in maniera da segnalare in maniera certa e tempestiva ai servizi interessati l'accadimento di alcuni passaggi critici (ad esempio: ammissione in Pronto Soccorso di un paziente già assistito nell'ambito delle Cure Domiciliari o del sistema della residenzialità, individuazione della presa in carico in cure palliative al termine delle cure attive oncologiche, ecc.)
- 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.
- implementazione dei sistemi di telemedicina.

La Sanità elettronica ha un'architettura complessa: vi 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) che per usi amministrativi, di governo, epidemiologici e di ricerca (usi secondari. Attualmente nella nostra Regione sono in corso di definizione il progetto per il fascicolo sanitario elettronico EVOMEDIR in grado di interfacciarsi con il sistema SISAR, ed è in corso il progetto TNS-CS. Il pieno funzionamento delle attività previste consentirà:

- la messa a regime della "ricetta rossa" 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 con 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 Azienda ULSS 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.

La stragrande maggioranza dei MMG e dei PLS è collegata in rete ed è in grado di interfacciarsi con EVOMEDIR e con le articolazioni operative di SISAR aziendali e/o extra-aziendali o regionali, e può partecipare telematicamente al processo di diagnosi e cura, alimentando con i loro *software* specifici, il Fascicolo con delle sintesi significative dello stato di salute dei pazienti (*patient summary*), partendo anche 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) rende necessario il rapido completamento dei progetti in corso.

Particolare attenzione dovrà essere data alla diffusione della telemedicina, della telediagnostica e del teleconsulto, in particolare in ambito radiologico, cardiologico e laboratoristico, per:

- consentire una risposta assistenziale e diagnostica di adeguato livello qualitativo, specie in situazioni di emergenza e in aree geografiche "difficili";
- guidare il cambiamento organizzativo e gestionale della Sanità sulla base delle peculiarità geografiche e demografiche del territorio ed individuare soluzioni ad hoc rivolte a persone in condizioni di fragilità con difficoltà ad accedere ai servizi.

4.6 Definizione indicatori e monitoraggio delle azioni intraprese

Le azioni previste dal Piano richiedono l'individuazione di indicatori per il monitoraggio degli interventi realizzati: semplici, sintetici e rilevabili da informazioni raccolte routinariamente, infatti la raccolta di dati per un monitoraggio ad hoc è costosa e non consente di verificare l'andamento nel tempo.

Gli indicatori proposti e condivisi con il mondo

<p>professionale, saranno individuati con successivo atto. Rappresentano, pertanto, indirizzi della programmazione regionale:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ 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	
---	--

Conclusioni: la storia si ripete e ci insegna che davanti a fatti di tale portata ci si dimette.....Assessori, e Direttori generali senza titolo, (....e si capisce perché!).

Roberto Capelli

IL "Vizietto".....del PDL

"Piano di riorganizzazione
dell'assistenza sanitaria della Regione
Sardegna"o meglio della "Regione
Sardo-Piemontese"

(Bozza presentata dall'Assessore Liori alla Giunta Mercoledì 01 maggio u.s.)