

Deliberazione della Giunta Regionale 14 marzo 2013, n. 6-5519

Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015).

A relazione dell'Assessore Monferino:

Con D.G.R. n. 1-415 del 2.08.2010 è stato approvato l'Accordo, sottoscritto in data 29 luglio 2010, tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Piemonte, unitamente all'allegato Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Con D.G.R. n. 44-1615 del 28.02.2011, come rettificata con DGR n. 49-1985 del 29.04.2011, è stato adottato l'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, ai sensi della legge n. 191/2009, commi da 93 a 97.

Il programma attuativo del Piano di rientro prevede in particolare una graduale ridefinizione del numero dei posti letto della rete ospedaliera del Piemonte, da attuarsi mediante un uso più efficiente dei posti letto disponibili, la riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriately, la trasformazione dell'attività di ricovero in altre forme assistenziali più appropriate, quali l'attività ambulatoriale o a carattere residenziale e domiciliare, nonché l'articolazione in strutture organizzative di dimensioni appropriate e per bacino d'utenza.

Con D.G.R. n. 17-1830 del 7 aprile 2011 sono state formulate le indicazioni di dettaglio in ordine al numero di strutture complesse ed alle relative dotazioni posti letto per disciplina, nonché i criteri per la loro articolazione in relazione ai bacini di utenza ed all'organizzazione della rete dell'emergenza/urgenza.

Con D.G.R. n. 12-1665 del 7 marzo 2011 sono, inoltre, stati stabiliti i criteri di appropriatezza per l'attività di day hospital riabilitativo, ad integrazione di quanto già previsto dallo stesso addendum e dalla DGR 13-14349 del 28 gennaio 2011 circa le modalità di identificazione dei fabbisogni di posti letto di post acuzie.

Con la D.G.R. 4-2495 del 3 agosto 2011 sono stati precisati i criteri per il miglioramento dell'appropriatezza dell'attività di ricovero, in coerenza anche con le indicazioni dell'addendum e con gli indirizzi del Patto per la salute 2010-2012 sottoscritto il 3.12.2009.

Con le modifiche apportate dall'art. 2 della l.r. 3/2012 all'art. 23 della l.r. 18/2007, si è dato impulso alla cooperazione interaziendale, con la realizzazione di reti integrate di offerta, anche a livello interprovinciale, per conseguire il massimo livello possibile di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa, individuando, quali strumenti di attuazione, le Federazioni sovrazonali, a cui aderiscono tutte le Aziende Sanitarie regionali della medesima area territoriale di riferimento.

Il P.S.S.R. 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, All. A), ha individuato nella realizzazione di reti ospedaliere integrate una delle principali leve per il riordino del SSR, prevedendo in particolare l'istituzione di ambiti interaziendali comprendenti le Aziende Sanitarie che insistono sulla medesima area sovra zonale, e la specializzazione istituzionale delle strutture del sistema, attraverso la diversificazione dei centri e l'attribuzione delle competenze per livelli di complessità delle prestazioni ed intensità delle cure.

La D.C.R. n. 167-14087 del 3 aprile 2012, All. B) ha inoltre previsto la costituzione della nuova A.O. Città della Salute e della Scienza, derivante dalla fusione dell'A.O.U. San Giovanni Battista di Torino, e delle A.O. C.T.O.-Maria Adelaide e O.I.R.M.-Sant'Anna, nonché l'individuazione delle Aree Sovra zonali (A.S. 1 Torino sud -est, A.S. 2 Torino nord; A.S. 3 Torino ovest, A.S. 4 Piemonte nord-est, A.S. 5 Piemonte sud-ovest, A.S. 6 Piemonte sud-est).

La logica del raggruppamento in rete dei diversi presidi di aziende sanitarie locali e delle A.O./A.O.U. portata avanti dal P.S.S.R. risponde anche all'esigenza di concentrare presso specifici

soggetti erogatori le prestazioni sanitarie in determinate branche specialistiche la cui offerta mostra eccessivi segni di frammentazione, a scapito sia della razionalizzazione dei costi e delle attività sia della stessa appropriatezza delle risposte fornite ai bisogni di salute espressi dai cittadini.

La specializzazione istituzionale delle strutture del sistema si pone come obiettivo la concentrazione della produzione dell'assistenza di maggiore complessità in centri ad alta specializzazione e l'organizzazione di un sistema di relazioni con centri funzionalmente sotto-ordinati, cui compete il trattamento della media e bassa complessità, nonché la selezione e l'invio dei pazienti al centro di riferimento.

Pertanto il P.S.S.R. ha previsto, al paragrafo 5.3.3, la classificazione dei presidi ospedalieri della rete pubblica in tre livelli - ospedali di territorio, ospedali cardine, ospedali di riferimento - e l'articolazione della rete ospedaliera piemontese nelle sei aree sovra zonali, all'interno delle quali tutti gli ospedali, compresi gli Ospedali classificati, gli I.R.C.C.S. di diritto privato e le Case di Cura accreditate, anche con un ruolo complementare nella rete, devono funzionalmente integrarsi tra loro, a prescindere dalla propria natura giuridico-amministrativa.

Il successivo paragrafo 5.3.5. del Piano individua quale strumento di attuazione la contestuale revisione della rete dell'assistenza in funzione di una progressiva deospedalizzazione (erogazione decentrata dell'assistenza e potenziamento di forme di assistenza alternative rispetto all'ospedalizzazione), secondo modalità che permettano di perseguire gli obiettivi della continuità e dell'integrazione assistenziale, nonché dell'interazione tra ospedale e territorio, tra rete pubblica e rete del privato accreditato per l'area della post-acuzie e tra ospedale e reti di emergenza-urgenza, anche in relazione all'esigenza di curare le malattie croniche determinate dal progressivo invecchiamento della popolazione.

Ed ancora, il par. 5.3.6 del Piano specifica l'articolazione della rete ospedaliera piemontese in sei aree sovra zonali all'interno delle quali:

- ciascun ospedale assume le funzioni di riferimento, cardine o di territorio;
- tutti gli ospedali, compresi quelli con un ruolo complementare all'interno della rete (Case di Cura accreditate, Ospedali classificati, I.R.C.C.S. di diritto privato), sono tra loro funzionalmente integrati;
- vi sono almeno un ospedale di riferimento, anche derivante dalla complementarietà delle specialità presenti in due o più presidi, ospedali cardine e ospedali di territorio;
- gli ospedali di riferimento sono sede di cardiocirurgia, neurochirurgia, trapianti di organi o cellule, D.E.A. di II livello (almeno tre di tali funzioni);
- gli ospedali cardine sono sede di rianimazione, con terapia intensiva e semi intensiva, e di D.E.A. di I livello;
- gli ospedali da riconvertire assumono un ruolo nell'ambito dell'assistenza territoriale (Poliambulatorio, C.A.P., ecc.), in base al fabbisogno di attività extra ospedaliera individuato per l'area geografica in cui insiste.

Dalle indicazioni del P.S.S.R. emerge che il riordino della rete ospedaliera regionale deve condurre ad un riassetto funzionale delle attuali strutture ospedaliere, anche attraverso la riconversione di alcune di esse in strutture di assistenza primaria ed il potenziamento delle cure domiciliari, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare integrata, nonché quello della continuità assistenziale a valenza sanitaria, secondo il criterio della contestualità tra la dismissione dei servizi di ricovero ospedaliero e l'attivazione di quelli afferenti al livello assistenziale territoriale, al fine di continuare a garantire, alla popolazione piemontese, i livelli essenziali di assistenza.

Inoltre, nell'ambito delle previsioni inerenti la rete ospedaliera programmata, il PSSR ha specificamente individuato alcuni presidi ospedalieri da convertire o da dismettere.

Con la D.G.R. n. 1-417 del 5 luglio 2012 è stata programmata la riduzione dei posti letto della rete ospedaliera in relazione alla indicazione del Piano di Rientro, adottando i seguenti criteri:

- aumento dell'efficienza dell'uso delle risorse ospedaliere disponibili;

- valutazione della diminuzione di casi e giornate di ricovero determinate dall'applicazione degli indirizzi regionali in materia di appropriatezza, in particolare con le DD.G.R. n. 15-1828 del 7 aprile 2011, n. 4-2495 del 3 agosto 2011 (per i ricoveri di acuzie) e la D.G.R. n. 13-14349 del 28 gennaio 2011 (post acuzie);
- valutazione dell'impatto della mobilità extraregionale;
- riorganizzazione secondo un modello hub and spoke a forte integrazione dei presidi ospedalieri per bacini corrispondenti alle aree sovra zonali;
- revisione delle dotazioni dei posti letto a partire dagli ospedali che nel Piano Sociosanitario sono previsti in riconversione.

Lo stesso provvedimento ha inoltre stabilito che le dotazioni di posti letto per singoli presidi debbano essere ridefinite a livello di singola azienda nell'ambito dell'Area sovra zonale di afferenza, anche mediante accordi a livello di area sovra zonale intesi a compensare la tipologia e le quantità di posti letto.

Analogamente è prevista la ridefinizione del fabbisogno di posti letto per le strutture accreditate non di diretta gestione mediante programmi concordati in seno alle aree sovra zonali.

Successivamente all'approvazione del provvedimento di cui sopra, il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, intervenendo in materia di revisione della spesa pubblica, ha dettato nuove disposizioni inerenti la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati.

In particolare l'art. 15, comma 13, lett. c del Decreto citato, ha disposto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, prevedendo il coerente adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni.

La riduzione dei posti letto riguarda i presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50% del totale dei posti letto da ridurre e deve essere conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse.

Nell'ambito del processo di riduzione è prevista la verifica, da parte regionale, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, e la promozione dell'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare.

Posto quanto sopra, si è pertanto reso necessario prevedere un'ulteriore riduzione, rispetto quella già programmata a mezzo della suddetta D.G.R. n. 1-417 del 5 luglio 2012, della dotazione di posti letto, allo scopo di ottenerne l'allineamento ai diversi, più restrittivi parametri, sopra ricordati.

Con D.G.R. n. 37-5091 del 18.12.2012 sono quindi stati definiti ulteriori criteri:

1. l'omogeneizzazione, per quanto possibile, della distribuzione complessiva tra le varie aree territoriali mantenendo una proporzione maggiore per quella della Provincia di Torino in considerazione dell'afflusso di mobilità infraregionale verso i centri di riferimento a carattere regionale;
2. la revisione della rete di post acuzie tenendo conto della distribuzione non omogenea attualmente presente sul territorio;
3. la riduzione proporzionata tra strutture private e pubbliche secondo le indicazioni del citato Decreto n. 95/2012, il quale prevede che almeno il 50% della riduzione stessa sia a carico delle strutture pubbliche.

Detto provvedimento ha pertanto individuato le dotazioni teoriche massime di posti letto per area territoriale, in relazione ai tassi previsti per mille abitanti pesati (facendo riferimento ai pesi normalizzati, utilizzati per il livello assistenziale ospedaliero in sede di riparto del Fondo sanitario nazionale), stabilendo, altresì, che le Aziende sanitarie, in relazione ai propri dati di attività,

debbano definire le nuove dotazioni di posti letto per i singoli presidi, assicurando il raccordo di tali proposte con quelle delle Aziende della stessa Area di riferimento. Con specifici accordi a livello di area sovra zonale, le aziende potranno inoltre individuare forme di compensazione inerenti la tipologia e la quantità di posti letto, nel rispetto dei limiti sopra delineati. Le aziende dovranno inoltre ridefinire, mediante programmi concordati con le altre Aziende delle stesse aree territoriali, il fabbisogno di posti letto delle strutture accreditate non di diretta gestione. Le misure di riduzione dovranno in ogni caso armonizzarsi con quanto indicato negli Allegati A e B al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, rispettivamente inerenti il programma di revisione della rete ospedaliera regionale e le tabelle di dettaglio sui fabbisogni e sulla conseguente redistribuzione delle risorse (numero di posti letto e dotazioni standard di strutture complesse).

Con D.G.R. n. 26-5149 del 28.12.2012 è stata approvata la riorganizzazione della rete dei laboratori di emodinamica, sulla base del rispetto dei requisiti individuati dalla D.G.R. n. 13- 1826 del 07.04.2011, nonché di parametri aventi riferimento al bacino di utenza, alla numerosità dei ricoveri, alla casistica dei centri ed alla copertura territoriale con tempi d'accesso compatibili al trattamento delle emergenze. La riorganizzazione della rete di emodinamica deve intendersi comprensiva dei centri esistenti presso strutture private accreditate.

La D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 ha infine stabilito nuovi principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali, ed ha altresì disposto (All. 1, par. 3.5) che la definizione del contingente numerico di strutture aziendali debba essere conforme agli standard minimi per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la salute 2010-2012, approvati, in data 26.03.2012, dal "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse di cui all'intesa Stato -Regioni del 23.03.2005".

Gli standard, come definiti dal richiamato Comitato, sono i seguenti:

- strutture complesse ospedaliere: 17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera;
- strutture complesse non ospedaliere (strutture dell'area professionale, tecnica ed amministrativa e strutture sanitarie territoriali): 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera;
- strutture semplici: 1,31 strutture semplici per struttura complessa.

La necessità di dare corso alla revisione della rete ospedaliera regionale appare in ogni caso in tutta la sua cogenza anche alla luce del verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza e la Regione Piemonte, finalizzata ad effettuare la verifica annuale sullo stato di attuazione del programma di riqualificazione del SSR prevista dal Piano di rientro, svoltasi in data 7 novembre 2012, ed in occasione della quale i Tavoli hanno richiesto alla Regione di predisporre un provvedimento riepilogativo della rete ospedaliera e dell'organizzazione delle reti assistenziali di specialità, riconducendo il numero di posti letto e quello delle Strutture Complesse agli standard nazionali nei termini rideterminati dalla normativa vigente.

In relazione alle necessità di revisione della rete ospedaliera emergenti dal contesto normativo, nonché ministeriale, sopra delineato, è in ogni caso stato avviato, a suo tempo, il confronto con le Aziende Sanitarie regionali, mediante una serie di incontri organizzati per area sovra zonale.

A fronte delle ipotesi di razionalizzazione emerse in tale contesto, con D.G.R. n. 16-5030 dell'11.12.2012 si è ritenuto, dopo le necessarie valutazioni da parte della Direzione Sanità, che la revisione della rete ospedaliera, per la sua valenza strategica nell'ambito del riordino del sistema sanitario regionale delineato dal P.S.S.R., dovesse costituire oggetto di specifico obiettivo di attività da porre in capo alle direzioni generali aziendali ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico complessivo, obiettivo da realizzarsi mediante la formalizzazione di proposte operative di dettaglio sulle modalità e sui tempi necessari per l'adozione delle misure delineate durante i momenti di confronto con la Direzione Sanità.

Tutto quanto sopra premesso si rende necessario approvare, secondo i criteri generali e nel rispetto dei vincoli derivanti dal richiamato contesto normativo, nonché delle predette indicazioni

ministeriali, il programma di revisione della rete ospedaliera regionale in allegato sub A al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, nonché le tabelle di dettaglio sui fabbisogni e sulla conseguente redistribuzione delle risorse (numero di posti letto e dotazioni standard di strutture complesse), parimenti allegate sub B alla presente deliberazione a farne parte integrante.

Occorre altresì disporre, nel contempo, che in relazione alle specifiche misure di revisione individuate negli Allegati A e B al presente provvedimento, ciascuna azienda provveda, per la parte di diretto interesse, alla predisposizione di un dettagliato programma di attuazione delle azioni delineate, coerente con i vincoli, le misure e l'indicazione dei tempi di realizzazione ivi previsti, nonché comprensivo delle azioni relative alla continuità assistenziale a valenza sanitaria e all'assistenza domiciliare integrata; detto programma dovrà essere trasmesso alla Direzione Sanità contestualmente agli atti aziendali di organizzazione e funzionamento.

La Giunta Regionale, condividendo le argomentazioni del relatore, a voti unanimi espressi nelle forme di legge,

visti:

il Decreto Legge 06.07.2012, n. 95 convertito con modificazioni nella Legge 07.08.2012 n. 135 recante ad oggetto "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini";

la legge regionale 06.08.2007, n. 18 recante ad oggetto "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario";

l'intesa in data 03.12.2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012;

la D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012;

la D.G.R. n. 1-415 del 02.08.2010;

la D.G.R. n. 44-1645 del 28.02.2011;

la D.G.R. n. 49-1985 del 29.04.2011;

la D.G.R. n. 17-1830 del 07.04.2011;

la D.G.R. n. 12-1665 del 07.04.2011;

la D.G.R. n. 13-14349 del 28.01.2011;

la D.G.R. n. 4-2495 del 03.08.2011;

la D.G.R. n. 1-417 del 05.07.2012;

la D.G.R. n. 15-1828 del 07.04.2011;

la D.G.R. n. 37-5091 del 18.12.2012;

la D.G.R. n. 26-5149 del 28.12.2012;

la D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012;

la D.G.R. n. 16-5030 dell'11.12.2012;

il verbale del 7 novembre 2012 relativo alla riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza e la Regione Piemonte, al fine di effettuare la verifica annuale sullo stato di attuazione del programma di riqualificazione del SSR prevista dal Piano di rientro.

delibera

- di approvare il programma di revisione della rete ospedaliera regionale, in allegato sub A al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, nonché le tabelle di dettaglio sui fabbisogni e sulla conseguente redistribuzione delle risorse (numero di posti letto e dotazioni standard di strutture complesse), parimenti allegate sub B alla presente deliberazione a farne parte integrante.

- di disporre che, in relazione alle specifiche misure di revisione individuate negli Allegati A e B al presente provvedimento, ciascuna azienda provveda, per la parte di diretto interesse, alla predisposizione di un dettagliato programma di attuazione delle azioni delineate, coerente con i vincoli, le misure e l'indicazione dei tempi di realizzazione ivi previsti, nonché comprensivo delle azioni relative alla continuità assistenziale a valenza sanitaria e all'assistenza domiciliare integrata;

detto programma dovrà essere trasmesso alla Direzione Sanità contestualmente agli atti aziendali di organizzazione e funzionamento.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni. In entrambi i casi il termine decorre dalla piena conoscenza del provvedimento.

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

(omissis)

Allegato

ALLEGATO A “Programma di revisione della rete ospedaliera regionale”.

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

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

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

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

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

L'EMERGENZA

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

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

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

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

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

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

LA RETE OSPEDALIERA

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

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

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

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

parte restante in ricovero ospedaliero per i soggetti particolarmente fragili;

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

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

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

La rete ospedaliera post-acuzie.

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

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

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

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

AREA DELLA LUNGODEGENZA OSPEDALIERA (COD. 60)

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

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

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

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

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

RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (COD. 56)

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

RRF 2° livello

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

RRF 1° livello

Le attività di riabilitazione di 1° livello sono caratterizzate da un impegno terapeutico riabilitativo di 1 ora /die associato ad un intervento di assistenza sanitaria sulle 24/h verso i soggetti in trattamento. L'impegno clinico e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa individuato nello specifico progetto riabilitativo.

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

Analisi dati attività RRF anno 2011.

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

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

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

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

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

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

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

ATTIVITA' RIABILITATIVE UNITA' SPINALI (COD. 28)

L' Unità Spinale Unipolare (U.S.U.) è destinata all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non, sin dal momento dell'evento lesivo, ed ha lo scopo di permettere ai pazienti mielolesi di raggiungere il miglior stato di salute ed il più alto livello di capacità funzionali compatibili con le lesioni. Le lesioni midollari danno origine a disabilità ad alta complessità clinico-riabilitativa e ad alto impatto sociale. Oggi la dotazione di n. 80 posti letto assicura una funzione sovra zonale per pazienti spinali a valenza regionale, per la gestione interdisciplinare della fase dell'acuzie e della post-acuzie realizzata dall'Unità Spinale Unipolare (CTO), e da due unità riabilitative per medullosesi (codice 28), già individuate presso l'AOU di Novara e l'AO di Alessandria, con una

organizzazione funzionale specifica a carattere dipartimentale interaziendale. La dotazione prevista di 80 posti letto si ritiene congrua con il fabbisogno regionale.

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

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

IL FABBISOGNO DI POSTI LETTO PER LE ACUZIE

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

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

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

La Tabella 11 articola i posti letto attesi per acuzie, e la Tabella 12 quelli attesi complessivamente (acuzie e post-acuzie), per area sovra zonale e per tipologia di soggetto erogatore. La tabella 13 articola la riduzione dei posti letto (dagli attuali 18.301 ai previsti 16.804 complessivi) per soggetti erogatori, dimostrando sia che la riduzione avviene per disattivazione di strutture organizzative in toto, sia che per il 59% è a carico di ospedali pubblici e per il 41% a carico di strutture private accreditate e classificate (presidi ex art. 43/833 e IRCCS privati).

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

IL FABBISOGNO DI STRUTTURE ORGANIZZATIVE

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

- * l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dell'emergenza-urgenza che richiede presso i presidi una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità delle prestazioni per i gravi infortunati;
- * le caratteristiche dimensionali della rete ospedaliera esistente permettono soltanto ad alcuni presidi pubblici di raggiungere una dimensione ottimale per un ospedale generale che svolga un ruolo all'interno della rete di emergenza (tendenzialmente maggiore di 120 posti letto); la riduzione di posti letto viene concentrata nelle strutture minori affinché la riorganizzazione si accompagni a miglioramenti dell'efficienza ed a riduzioni effettive della spesa. Tali strutture sono quelle individuate dal PSSR 2012-2015, ovvero l'ospedale Valdese di Torino, l'ospedale di Castellamonte dell'ASL TO 4, gli ospedali di Giaveno, Avigliana, Venaria, Torre Pellice, Pomaretto dell'ASL TO 3, l'ospedale di Arona dell'ASL NO, l'ospedale di Caraglio dell'ASL CN 1, l'ospedale di Valenza dell'ASL AL.

La citata D.G.R. contiene alcune considerazioni che stanno alla base del processo di riordino della rete ospedaliera. In particolare, il fatto che il rispetto dei criteri di appropriatezza libera presso gli ospedali della rete una

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

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

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

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

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

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

Successivamente, sulla base del grado di copertura del fabbisogno da parte della rete degli ospedali a gestione diretta, saranno definiti gli accordi

contrattuali con gli erogatori classificati e privati accreditati per integrare l'offerta con la finalità di soddisfare il fabbisogno definito.

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

A) RETI PER PATOLOGIE TEMPO – DIPENDENTI

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

B) RETI PER ALTRE PATOLOGIE

- Rete Oncologica: la rete oncologica piemontese, nata come progetto sperimentale nel 2000 (D.G.R. n. 50 – 1391 del 20 novembre 2000), inizia ad essere organizzata con la D.G.R. n. 48 – 9824 del 30 giugno 2003 “Approvazione del progetto organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e dei nuovi Regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica”. Successivamente, con le DD.G.R. n. 26 – 10193 del 1 agosto 2003 “Approvazione linee guida metodologico-organizzative del Centro Accoglienza e Servizi e del Gruppo Interdisciplinare Cure”, n. 33 – 5529 del 19 marzo 2007 “Parziale modifica dell'Allegato A, parte integrante della DGR n. 48 - 9824 del 30.06.2003. Approvazione della nuova sede di Polo Oncologico del VCO ed, in via sperimentale, del Polo Oncologico di Torino” e n. 21 – 11511 del 3 giugno 2009 “Approvazione della bozza di nuova convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta. Approvazione del nuovo assetto organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, dei relativi Regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica. Modifica della D.G.R. n. 48-9824 del 30.06.2003 e della D.G.R. n. 33-5539 del 19.03.2007” il suo assetto organizzativo e la sua articolazione vengono modificati.

La rete oncologica piemontese diventa Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale con la D.G.R. n. 1-358 del 20 luglio 2010 “Approvazione della proposta di bozza di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per istituzione del Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale denominato "Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta", a parziale modifica della D.G.R. n. 21-11511 del 03.06.2009”, recentemente rivisitato con la D.G.R. n. 40-3228 del 30 dicembre 2011 “Approvazione dello schema di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione autonoma Valle d'Aosta, per il prosieguo delle attività del dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale, denominato "Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta", istituito con DGR n.1-358 del 20 luglio 1010”.

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

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

Si riscontrano principalmente due tipi di criticità:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Secondo quanto previsto dal documento della Conferenza unificata Stato Regioni, le Strutture organizzative di ostetricia di I livello assistono gravidanze e parti in età gestazionale superiore o uguale a 34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato, tipiche del II livello, per la madre e per il feto.

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

attivato con tempestività lo STEN (Servizio Trasporto Emergenza Neonatale).

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

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

AREA SOVRAZIONALE	PUNTO NASCITA	N. PARTI/ANNO	LIVELLO
1 - Torino Sud Est	Città della Salute	8.109	Secondo
	Moncalieri	1.949	Secondo
	Chieri	739	Primo
2 – Torino Nord	Maria Vittoria	1.740	Secondo
	Chivasso	1.180	Primo
	Ciriè	1.000	Primo
	Ivrea	1.122	Primo
3 – Torino Ovest	Mauriziano	1.260	Secondo
	Martini	1.040	Primo
	Rivoli	1.659	Primo
	Pinerolo	1.136	Primo
4 – Piemonte Nord Est	Novara	2.089	Secondo
	Biella	1.009	Primo
	Vercelli	765	Primo
	Verbania	1.010	Primo
	Borgomanero	1.171	Primo
5 – Piemonte Sud Ovest	Cuneo	1.968	Secondo
	Savigliano	1.354	Primo
	Mondovì	584	Primo
	Alba	1.200	Primo
6 – Piemonte Sud Est	Alessandria	1.700	Secondo
	Asti	1.502	Primo
	Casale M.to	545	Primo
	Novi Ligure	1.021	Primo

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

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

TEMPI

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

AREA SOVRAZONALE	PRESIDIO OSPEDALIERO	AZIONE	TEMPI
1 - Torino Sud Est	Valdese	Disattivazione e trasferimento delle attività presso altri ospedali dell'A.S.	Entro il 30/6/2013
	Maria Adelaide	Disattivazione e trasferimento delle attività presso il presidio CTO	Entro il 30/6/2013
	Oftalmico	Disattivazione e trasferimento delle attività presso l'A.O. Città della Salute	Entro il 30/6/2015
	S. Giovanni Antica Sede	Disattivazione	Entro il 30/6/2013
	Carmagnola	Disattivazione del punto nascita	Entro il 30/6/2013
	Moncalieri	Disattivazione dell'emodinamica	Entro il 30/6/2013
2 – Torino Nord	Amedeo di Savoia	Trasferimento delle attività presso la struttura adiacente l'ospedale Maria Vittoria	Entro il 31/12/2015
	Chivasso	Disattivazione	<u>Già effettuata (2012)</u>

		dell'emodinamica	
	Lanzo Torinese	Disattivazione delle attività chirurgiche	Entro il 30/6/2013
	Castellamonte	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	Entro il 30/6/2013
	Cuorgnè	Disattivazione del punto nascita	Entro il 31/12/2014
	Ciriè	Disattivazione dell'emodinamica	Entro il 31/12/2013
3 – Torino Ovest	Avigliana	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	Entro il 30/6/2013
	Giaveno	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	Entro il 30/9/2013
	Pomaretto	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	Entro il 30/6/2014
	Torre Pellice	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	Entro il 31/12/2013
	Venaria	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	Entro il 31/12/2013
	San Luigi	Disattivazione dell'emodinamica	Entro il 31/12/2013
4 – Piemonte Nord Est	Arona	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	<u>Già effettuata (2012)</u>
	Domodossola	Disattivazione del punto nascita	Entro il 30/6/2013
	Domodossola	Attivazione dell'emodinamica	Entro il 30/6/2013
5 – Piemonte Sud Ovest	Fossano	Disattivazione delle attività chirurgiche	<u>Già effettuata (dicembre 2012)</u>
	Caraglio	Disattivazione delle attività ospedaliere e loro trasferimento a Fossano	Entro il 30/6/2013
	Bra	Disattivazione del	Entro il 30/6/2013

		punto nascita	
	Alba-Savigliano	Accorpamento delle emodinamiche	Entro il 30/6/2015 (collocazione nel nuovo ospedale di Verduno)
6 – Piemonte Sud Est	Valenza	Disattivazione di tutte le attività ospedaliere	<u>Già effettuata (febbraio 2013)</u>
	Tortona	Disattivazione del punto nascita	Entro il 30/6/2013
	Acqui Terme	Disattivazione del punto nascita	Entro il 30/6/2014
	Ovada	Disattivazione delle attività chirurgiche	<u>Già effettuata (febbraio 2013)</u>

IMPATTO ECONOMICO

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

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

- 1) il costo per beni e servizi, sostenuto dagli ospedali oggetto di riconversione o chiusura, viene considerato in riduzione (economia) ad eccezione della quota parte strettamente connessa all’erogazione delle prestazioni di ricovero o ambulatoriali (farmaci, dispositivi medici, ecc.), in considerazione del fatto che, ancorchè presso altro presidio ospedaliero, queste, se appropriate, continuano ad essere garantite;
- 2) il costo per il personale, sostenuto dagli ospedali oggetto di riconversione o chiusura, viene considerato in riduzione (economia) in quanto, il suo trasferimento presso gli ospedali della rete, consente di bloccare il turn over, senza dar luogo ad esuberi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 130 posti letto cod. 60 (Lungodegenza) tutti a carico delle Case di Cura accreditate;

mentre per le Discipline dedicate al trattamento delle acuzie:

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

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

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

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

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

Tali interventi sono, sostanzialmente, di due diverse tipologie:

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

Continuità assistenziale a valenza sanitaria

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

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

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

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

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

1. la tipologia di soggetti possibili fruitori con riferimento al livello di complessità clinico-assistenziale (alta o lieve/moderata);
2. i criteri di selezione ed ammissione dei soggetti;
3. le modalità di selezione ed ingresso nel settino;
4. i requisiti organizzativi essenziali per espletare la funzione di cui trattasi;
5. monitoraggio sul funzionamento dell'attività;
6. piano di formazione specifico;

nonché il fabbisogno conseguente di posti extra ospedalieri.

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

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

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

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

3) pazienti con disabilità ad elevata complessità con necessità prevalentemente assistenziali continuative nelle 24 ore, in occasione di emergenze socio-assistenziali		Domicilio	30 gg
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------	-------

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

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

Tipologia pazienti	Caratteristiche del paziente	Setting di provenienza	Durata massima del ricovero
a) Pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari –	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Emiplegico ➤ Tetraplegico ➤ Paraplegico ➤ Esiti stabilizzati di TCE ➤ Altre gravi patologie neuromotorie 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reparti di RRF di 3°, 2° e 1° livello; 	gg. 30 + 30*

<p>b) Pazienti con disabilità di grado moderato che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari –</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pazienti con problemi socio-assistenziali, con disabilità moderata; ➤ Pazienti neuropatici secondo la specifica situazione; ➤ Pazienti ortopedici (quali ad esempio quelli con frattura di femore) ➤ Politraumi senza carico o fratture di bacino senza carico ➤ Pazienti con patologie di area pneumologica ➤ Pazienti con patologie di area cardiologica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reparti di RRF di 3°, 2° e 1° livello; ➤ Reparti di lungodegenza; ➤ Reparti di acuzie. 	<p>gg. 30 + 30*</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

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

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

Tipologia pazienti	Caratteristiche del paziente	Setting di provenienza	Durata massima del ricovero
<p>- Pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, anche portatori di disabilità motorie complesse, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari</p>	<p>Pazienti con disturbi mentali e/o neurologici e/o problemi di dipendenza in attesa di inserimento in comunità o percorso idoneo (compreso il domicilio)</p>	<p>Reparti per acuzie cod.40 e reparti di post-acuzie</p>	<p>gg. 30 + 30*</p>

<p>- Pazienti con disabilità neuropsichiatriche, anche portatori di disabilità motorie complesse, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA/strutture residenziali per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza.-</p>	<p>Pazienti con disturbi neuropsichiatrici e comorbilità o problematiche riabilitative</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reparti per acuzie cod.40 e da reparti di post-acuzie; ➤ strutture del territorio ➤ domicilio 	<p>gg. 30 + 30*</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

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

Modalità di selezione ed ingresso nel setting (punto 3)

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

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

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

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

L'organizzazione minima necessaria a garantire la nuova funzione, che dovrebbe interessare nuclei di almeno 30 posti letto, deve prevedere una presenza medica quotidiana di area geriatrica/internistica/psichiatrica limitata ad alcune fasce orarie , una presenza infermieristica/OSS continuativa sulle 24 ore ed il supporto di figure tecniche o specialistiche in rapporto alle singole necessità dei pazienti.

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

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

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

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

Monitoraggio del funzionamento dell'attività (punto 5)

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

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

Piano di formazione

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

L'aspetto formativo dovrà interessare in particolare:

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

FABBISOGNO DI POSTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA

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

La tabella seguente propone la distribuzione dei suddetti posti per ambito territoriale, tenendo conto, oltre che della popolazione assistita e del suo

profilo demografico ed epidemiologico, della riduzione dei posti letto ospedalieri per post acuzie derivanti dal provvedimento attuativo delle disposizioni previste dall'articolo 15, comma 13 lettera c) della legge 135/2012, della rete dei servizi territoriali esistente, nonché del livello di sviluppo delle cure domiciliari a rilievo sanitario.

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

L'analisi dei ricoveri in post acuzie , oltreché a far emergere la necessità della continuità assistenziale a valenza sanitaria, ha altresì rilevato che una percentuale di casi di ricoveri “over soglia” interessano pazienti :

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

2) che potrebbero proseguire il percorso ADI.

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

IMPATTO ECONOMICO

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

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

Relativamente alla fascia ad alta intensità assistenziale, il costo attuale, a carico del SSR per i primi 30 giorni, è di € 90,00 al giorno. Per 1.100 posti letto, pari al fabbisogno della continuità assistenziale a valenza sanitaria, con un tasso di occupazione dei posti letto del 95%, l'onere è pari a € 34,3 milioni annui. Gli stessi 1.100 posti letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria, secondo i requisiti organizzativi individuati in precedenza e derivanti dai processi di riconversione anch'essi individuati in precedenza, che determinano un costo medio pari a € 125,00 al giorno, fanno aumentare l'onere a carico del SSR a € 47,6 milioni annui. Il

maggior onere, pari a € 13,3 milioni annui, trova ampia copertura nell'ambito delle economie complessivamente derivanti dalla revisione della rete ospedaliera regionale, dirette ed indirette, da pubblico e da privato, che, nel triennio 2013-2015, ammontano a circa € 110 milioni.

Assistenza Domiciliare Integrata

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

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

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

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

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

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

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

L'incremento, pari a circa € 22 milioni annui, trova ampia copertura nell'ambito delle economie complessivamente derivanti dalla revisione

della rete ospedaliera regionale, dirette ed indirette, da pubblico e da privato, che, nel triennio 2013-2015, ammontano a circa € 110 milioni.

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

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

ALLEGATO B: TABELLE DI DETTAGLIO SUI FABBISOGNI E SULLA CONSEGUENTE REDISTRIBUZIONE DELLE RISORSE (NUMERO DI POSTI LETTO E DOTAZIONI STANDARD DI STRUTTURE COMPLESSE)

TABELLA 1: RETE OSPEDALIERA PROGRAMMATA: LA GESTIONE DELL'EMERGENZA

AREA SOVRA ZONALE	POP PESATA	PASSAGGI/ANNO			PS		
		PR. SOCC.	PPI	PS H 24	DISAGIATO	DEA I LIV.	DEA II LIV.
1 - TORINO SUD EST	499.632						
A. O. Città della Salute - Torino		193.671					X
Oftalmico		51.759		X			
Chieri		34.175				X	
Moncalieri		45.626				X	
Carmagnola		23.952		X			
TOTALE		349.183	-	2	-	2	1
2 - TORINO NORD	974.342						
San Giovanni Bosco		76.616					X
Maria Vittoria		86.246				X	
Presidio Gradenigo		44.142		X			
Chivasso		55.207				X	
Ciriè		43.084				X	
Lanzo		7.042	X				
Ivrea		41.434				X	
Cuorgnè		23.300		X			
TOTALE		377.071	1	2	-	4	1
3 - TORINO OVEST	929.858						
A.O.U. S. Luigi Gonzaga		48.551					X
A. O. Mauriziano		58.132					X
Martini		70.856				X	
Pinerolo		42.645				X	
Rivoli		60.514				X	
Giaveno (da riconvertire)		6.162					
Avigliana (da riconvertire)		4.076					
Susa		16.504			X		
Venaria (da riconvertire)		13.994					
TOTALE		321.434	-	-	1	3	2
TORINO E PROVINCIA (A.S. 1,2,3)	2.403.832	1.047.688	1	4	1	9	4
4 - PIEMONTE NORD EST	958.155						
Vercelli		38.088					X
Borgosesia		21.007		X			
Biella		47.366				X	
Borgomanero		40.425				X	
Arona (riconvertito in C.A.P.)		8.845					
Domodossola-Verbania		55.194				X	
Centro Ortopedico di Quadrante		10.000		X			
A.O.U. Novara		75.957					X
TOTALE		296.882	-	2	-	4	1
5 - PIEMONTE SUD OVEST	614.505						
Mondovì		33.347					X
Ceva		8.255			X		
Savigliano		39.841				X	
Saluzzo		23.862		X			
Fossano (da riconvertire in RRF)		3.731					
Alba-Bra		66.607				X	
A. O. Cuneo		78.246					X
TOTALE		253.889	-	1	1	3	1
6 - PIEMONTE SUD EST	732.990						
Asti		59.946					X
Valle Belbo		10.951	X				
Casale		32.453					X
Novi Ligure-Tortona		45.554					X
Acqui Terme		14.636					X
Ovada		7.710	X				
A. O. Alessandria		64.136					X
TOTALE		235.386	2	-	-	4	1
PIEMONTE	4.709.482	1.833.845	3	7	2	20	7

TABELLA 2: FABBISOGNO DI RICOVERI OSPEDALIERI

DISCIPLINA	RO pie in PIE	DH pie in PIE	RO pie in PIE	DH pie in PIE	RO pie in PIE	DH pie in PIE	RO piem.	R DH piem.	RO	R DH	DM RO	TO PL	GG DEG	PL RO	PL DH	FABB. PL	
	H pubblici	H pubblici	Osp. Cl.-IRCCS	Osp. Cl.-IRCCS	CdC	CdC	out PIEM.	out PIEM.	TOTALE	TOTALE	ATTESA	ATTESO	RO	ATTESI	ATTESI	TOTALE	
Anestesia-Rianimazione /																	
Terapia Intensiva	6.623	3.315	108	-	-	-	231	66	6.962	3.381	14,0	0,85	97.468	314	30	344	
Cardiochir. Ped.	91	36	-	-	-	-	87	39	178	75	11,8	0,75	2.100	8	0	8	
Cardiochirurgia	2.443	192	-	-	1.386	257	423	45	4.252	494	8,9	0,75	37.843	138	2	140	
Cardiologia	24.497	4.125	-	-	4.844	-	1.753	255	31.094	4.380	6,0	0,85	186.564	601	20	621	
Chirurgia Gen.	55.827	14.847	1.812	412	7.363	5.746	4.250	810	69.252	21.815	6,8	0,75	470.914	1.720	90	1.810	
Chirurgia max fac	1.021	1.235	-	-	-	-	158	68	1.179	1.303	5,4	0,75	6.367	23	5	28	
Chirurgia Ped.	1.651	50	-	-	-	-	326	115	1.977	165	4,2	0,75	8.303	30	1	31	
Chirurgia Plastica	2.638	2.916	-	-	-	-	480	223	3.118	3.139	5,5	0,75	17.149	63	13	75	
Chirurgia Toracica	1.585	-	-	-	-	-	369	22	1.954	22	8,8	0,75	17.195	63	0	63	
Chirurgia Vascolare	4.466	2.156	-	-	908	2.520	744	113	6.118	4.789	7,7	0,75	47.109	172	23	195	
Dermatologia	926	2.323	-	-	-	-	94	160	1.020	2.483	6,5	0,85	6.630	21	20	41	
Ematologia + Oncoem.	1.714	3.816	-	-	-	-	183	306	1.897	4.122	14,1	0,85	26.748	86	66	152	
Endocrinologia	1.777	2.718	-	-	-	-	56	202	1.833	2.920	7,4	0,85	13.564	44	32	75	
Gastroenterologia	3.694	2.226	197	158	-	-	340	180	4.231	2.564	8,3	0,85	35.117	113	25	139	
Geriatría	6.098	-	-	-	-	-	104	13	6.202	13	11,0	0,85	68.222	220	0	220	
Grandi ustionati	77	-	-	-	-	-	33	-	110	-	22,7	0,85	2.497	8	-	8	
Lungodegenza	5.578	-	345	-	6.084	-	-	-	12.007	-	28,7	0,99	344.601	942	-	942	
Malattie Infettive	3.741	906	-	-	-	-	275	101	4.016	1.007	11,1	0,85	44.578	144	52	195	
Medicina del Lavoro	109	-	-	-	-	-	129	48	238	48	10,0	0,85	2.380	8	0	8	
Medicina Generale*	73.967	13.933	3.753	69	3.603	-	2.478	640	83.801	14.642	9,1	0,85	762.589	2.458	328	2.786	
Nefro (trapianto)	345	-	-	-	-	-	64	-	409	-	9,9	0,85	4.049	13	-	13	
Nefrologia ped.	173	32	-	-	-	-	52	-	225	32	6,3	0,75	1.418	5	0	5	
Nefrologia**	5.262	1.591	-	-	-	-	86	29	5.348	1.620	9,5	0,85	50.806	164	33	197	
Neonatologia	6.127	6	-	-	-	-	254	-	6.381	6	8,1	0,85	51.686	167	0	167	
Neurochirurgia	3.805	415	-	-	776	-	908	50	5.489	465	9,2	0,75	50.499	184	2	186	
Neurochirurgia ped.	183	-	-	-	-	-	100	-	283	-	7,1	0,75	2.009	7	-	7	
Neurologia	13.489	912	442	14	403	-	1.103	293	15.437	1.219	9,2	0,85	142.020	458	38	496	
Neuroriabilitazione	233	85	105	85	32	-	-	-	370	170	48,2	0,99	17.834	150	-	150	
NPI	99	312	-	-	-	-	272	207	371	519	6,9	0,85	2.560	8	21	30	
Oculistica	13.239	2.955	109	829	536	3.637	830	922	14.714	8.343	3,5	0,75	51.499	188	34	222	
Odonto	452	2.592	-	-	-	-	6	44	458	2.636	3,8	0,75	1.740	6	11	17	
Oncoemato. Ped.	653	837	-	-	-	-	42	125	695	962	8,6	0,85	5.977	19	39	58	
Oncologia	6.476	33.978	1.601	1.086	-	-	801	808	8.878	35.872	7,0	0,85	62.146	200	291	492	
ORL	8.778	7.140	103	449	967	367	1.105	499	10.953	8.455	4,2	0,75	46.003	168	124	292	
Ortopedia	36.882	12.979	828	494	16.857	6.171	4.761	1.005	59.328	20.649	6,9	0,75	409.363	1.495	88	1.584	
Ostetricia Gineco.	54.205	16.097	818	-	868	544	3.608	1.907	59.499	18.548	4,0	0,75	237.996	869	74	944	
Pediatria	13.776	1.196	230	30	-	-	1.259	1.109	15.265	2.335	4,1	0,85	62.587	202	22	224	
Pneumologia	4.841	705	-	-	-	-	398	312	5.239	1.017	10,8	0,85	56.581	182	20	202	
Psichiatria	8.593	974	-	-	2.187	-	458	46	11.238	1.020	14,0	0,85	157.332	507	83	590	
Reumatologia	193	134	-	-	-	-	180	428	373	562	9,2	0,85	3.432	11	5	16	
RRF	6.781	1.540	11.873	913	17.495	-	-	-	36.149	2.453	21,2	0,99	766.359	2.125	-	2.125	
TIN	1.128	-	-	-	-	-	23	-	1.151	-	15,9	0,85	18.301	59	-	59	
Unità spinale	708	347	-	-	-	-	-	-	708	347	44,6	0,99	31.577	70	10	80	
Urologia	15.601	8.650	1.149	421	5.034	2.937	1.468	410	23.252	12.418	5,9	0,75	137.187	501	68	569	
Urologia ped.	537	-	-	-	-	-	1	-	538	-	4,0	0,75	2.152	8	-	8	
UTIC	3.906	-	-	-	-	-	231	-	4.137	-	8,4	0,50	34.751	190	-	190	
	404.988	148.271	23.473	4.960	69.343	22.179	30.523	11.600	528.327	187.010			4.605.800	15.136	1.668	16.804	

* comprende Medicina d'Urgenza

** comprende Emodialisi

Dati pre-correzione

INDICATORI ACUZIE

TABELLA 2 bis: INDICATORI UTILIZZATI PER IL CALCOLO DEL FABBISOGNO DI RICOVERI PER ACUZIE				
DISCIPLINA	Tasso di occupazione	Ric. Ord. D. M.	Ric. D.H. durata ciclo	P. L. D.H. gg. Utilizzo
Anestesia-Rianimazione / Terapia Intensiva	0,85	14,0	2,19	250
Cardiochir. Ped.	0,75	11,8	1,00	250
Cardiochirurgia	0,75	8,9	1,00	250
Cardiologia	0,85	6,0	1,15	250
Chirurgia Gen.	0,75	6,8	1,03	250
Chirurgia max fac	0,75	5,4	1,00	250
Chirurgia Ped.	0,75	4,2	1,00	250
Chirurgia Plastica	0,75	5,5	1,00	250
Chirurgia Toracica	0,75	8,8	1,15	250
Chirurgia Vascolare	0,75	7,7	1,19	250
Dermatologia	0,85	6,5	2,00	250
Ematologia + Oncoem.	0,85	14,1	4,00	250
Endocrinologia	0,85	7,4	2,72	250
Gastroenterologia	0,85	8,3	2,48	250
Geriatrics	0,85	11,0	1,20	250
Grandi ustionati	0,85	22,7	-	-
Malattie Infettive	0,85	11,1	12,82	250
Medicina del Lavoro	0,85	10,0	1,00	250
Medicina Generale*	0,85	9,1	5,60	250
Nefro (trapianto)	0,85	9,9	-	-
Nefrologia ped.	0,75	6,3	1,00	250
Nefrologia**	0,85	9,5	5,09	250
Neonatologia	0,85	8,1	1,00	250
Neurochirurgia	0,75	9,2	1,00	250
Neurochirurgia ped.	0,75	7,1	-	-
Neurologia	0,85	9,2	7,76	250
NPI	0,85	6,9	10,25	250
Oculistica	0,75	3,5	1,01	250
Odonto	0,75	3,8	1,00	250
Oncoemato. Ped.	0,85	8,6	10,15	250
Oncologia	0,85	7,0	10,15	250
ORL	0,75	4,2	3,66	250
Ortopedia	0,75	6,9	1,07	250
Ostetricia Gineco.	0,75	4,0	1,00	250
Pediatria	0,85	4,1	2,40	250
Pneumologia	0,85	10,8	4,83	250
Psichiatria	0,85	14,0	20,25	250
Reumatologia	0,85	9,2	2,19	250
TIN	0,85	15,9	-	-
Urologia	0,75	5,9	1,36	250
Urologia ped.	0,75	4,0	1,36	250
UTIC	0,50	8,4	-	-
* comprende Medicina d'Urgenza				
** comprende Emodialisi				

TABELLA 3 - LA RETE OSPEDALIERA POST ACUZIE

A) PRESIDI OSPEDALIRI PUBBLICI

	cod. 28	cod. 28	cod. 75	cod. 75	cod. 56	cod. 56	cod. 60	cod.60	Postacuzie	Postacuzie
	PL attuali	PL a regime	PL attuali	PL a regime	PL attuali	PL a regime	PL attuali	PL a regime	PL attuali	PL a regime
AREA SOVRAZIONALE										
1 - Torino Sud Est	53	53	10	20	34	30	23	23	120	126
2 - Torino Nord	-	-	-	-	116	80	152	96	268	176
3 - Torino Ovest	-	-	14	14	46	12	121	-	181	26
Torino e Provincia	53	53	24	34	196	122	296	119	569	328
4 - Piemonte Nord Est	11	11	4	10	136	101	44	-	195	122
5 - Piemonte Sud Ovest	-	-	10	14	92	71	102	-	204	85
6 - Piemonte Sud Est	16	16	20	20	139	107	89	48	264	191
REGIONE PIEMONTE	80	80	58	78	563	401	531	167	1.232	726

TABELLA 4 - LA RETE OSPEDALIERA POST ACUZIE

B) Ospedali classificati e IRCCS di diritto privato

	cod. 28	cod. 28	cod. 75	cod. 75	cod. 56	cod. 56	cod. 60	cod.60	Postacuzie	Postacuzie
	PL attuali	PL a regime	PL attuali	PL a regime	PL attuali	PL a regime	PL attuali	PL a regime	PL attuali	PL a regime
AREA SOVRAZIONALE										
1 - Torino Sud Est	-	-	42	42	125	125	-	-	167	167
2 - Torino Nord	-	-	-	-	277	277	61	61	338	338
3 - Torino Ovest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Torino e Provincia	-	-	42	42	402	402	61	61	505	505
4 - Piemonte Nord Est	-	-	10	10	587	334	-	-	597	344
5 - Piemonte Sud Ovest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 - Piemonte Sud Est	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
REGIONE PIEMONTE	-	-	52	52	989	736	61	61	1.102	849

TABELLA 5 - LA RETE OSPEDALIERA POST ACUZIE

C) CASE DI CURA ACCREDITATE

	cod. 28 PL attuali	cod. 28 PL a regime	cod. 75 PL attuali	cod. 75 PL a regime	cod. 56 PL attuali	cod. 56 PL a regime	cod. 60 PL attuali	cod.60 PL a regime	Postacuzie PL attuali	Postacuzie PL a regime
AREA SOVRAZIONALE										
1 - Torino Sud Est	-	-	-	-	90	-	89	65	179	65
2 - Torino Nord	-	-	-	-	128	-	203	129	331	129
3 - Torino Ovest	-	-	-	-	470	458	180	108	650	566
Torino e Provincia	-	-	-	-	688	458	472	302	1.160	760
4 - Piemonte Nord Est	-	-	-	-	301	125	164	191	465	316
5 - Piemonte Sud Ovest	-	-	-	-	266	222	159	123	425	345
6 - Piemonte Sud Est	-	-	20	20	142	183	49	98	211	301
REGIONE PIEMONTE	-	-	20	20	1.397	988	844	714	2.261	1.722

TABELLA 6 - LA RETE OSPEDALIERA POST ACUZIE

	cod. 28 PL attuali	cod. 28 PL a regime	cod. 75 PL attuali	cod. 75 PL a regime	cod. 56 PL attuali	cod. 56 PL a regime	cod. 60 PL attuali	cod.60 PL a regime	Postacuzie PL attuali	Postacuzie PL a regime	P.L. x 1.000 ab.
AREA SOVRAZIONALE											
1 - Torino Sud Est	53	53	52	62	249	155	112	88	466	358	
2 - Torino Nord	-	-	-	-	521	357	416	286	937	643	
3 - Torino Ovest	-	-	14	14	516	470	301	108	831	592	
Torino e Provincia	53	53	66	76	1.286	982	829	482	2.234	1.593	0,66
4 - Piemonte Nord Est	11	11	14	20	1.024	560	208	191	1.257	782	0,82
5 - Piemonte Sud Ovest	-	-	10	14	358	293	261	123	629	430	0,70
6 - Piemonte Sud Est	16	16	40	40	281	290	138	146	475	492	0,67
REGIONE PIEMONTE	80	80	130	150	2.949	2.125	1.436	942	4.595	3.297	0,70

cod. 28 = Unità Spinale

cod. 56 = Riabilitazione

cod. 60 = Lungodegenza

cod. 75 = Neuroriabilitazione

TABELLA 7: ATTUALE DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO PER ACUZIE (Ospedali pubblici, Classificati, IRCCS, Privati accreditati)

	1 - Torino Sud Est	2 - Torino Nord	3 - Torino Ovest	Torino e Prov.	4 - Piemonte Nord Est	5 - Piemonte Sud Ovest	6 - Piemonte Sud Est	REGIONE
Anestesia-Rianimazione /								
Terapia Intensiva	97	39	39	175	57	46	57	335
Cardiochirurgia	38	40	16	94	29	16	22	161
Cardiochirurgia Ped.	8	-	-	8	-	-	-	8
Cardiologia	86	99	81	266	134	54	72	526
Chirurgia Generale	346	226	199	771	443	253	317	1.784
Chirurgia maxillo	14	-	-	14	10	-	9	33
Chirurgia Pediatrica	9	-	-	9	10	-	12	31
Chirurgia Plastica	52	8	8	68	3	1	4	76
Chirurgia Toracica	13	8	13	34	7	12	5	58
Chirurgia Vascolare	40	20	22	82	27	30	25	164
Dermatologia	25	-	-	25	14	1	7	47
Ematologia	79	5	8	92	16	21	15	144
Endocrinologia	46	1	9	56	7	19	10	92
Gastroenterologia	46	10	24	80	15	25	11	131
Geriatria	37	84	48	169	-	41	37	247
Grandi Ustionati	13	-	-	13	-	-	-	13
Malattie Infettive	17	94	-	111	51	22	47	231
Medicina del Lavoro	18	-	-	18	-	-	-	18
Medicina Generale	329	397	370	1.096	656	372	533	2.657
Nefrologia	38	39	30	107	61	29	16	213
Nefrologia (trapianto)	23	-	-	23	4	-	-	27
Nefrologia Ped.	9	-	-	9	-	-	-	9
Neonatologia	99	14	18	131	29	22	8	190
Neurochirurgia	52	28	-	80	40	23	24	167
Neurochirurgia Ped.	8	-	-	8	-	-	-	8
Neurologia	90	105	80	275	104	52	123	554
NPI	17	1	-	18	1	-	5	24
Oculistica	112	47	19	178	55	53	46	332
Odontoiatria	4	1	6	11	1	9	1	22
Oncoematologia Ped.	40	-	-	40	-	-	-	40
Oncologia	192	96	42	330	98	68	48	544
ORL	70	61	59	190	44	60	46	340
Ortopedia	290	212	147	649	366	204	239	1.458
Ostetricia Ginecologia	365	102	118	585	177	146	149	1.057
Pediatria	90	31	36	157	59	51	51	318
Pneumologia	24	4	63	91	45	33	32	201
Psichiatria	115	228	110	453	62	66	50	631
Reumatologia	2	-	5	7	8	3	2	20
TIN	17	6	2	25	11	6	7	49
Urologia	107	135	70	312	80	78	77	547
Urologia Ped.	8	-	-	8	-	-	2	10
UTIC	23	32	32	87	40	27	35	189
	3.108	2.173	1.674	6.955	2.764	1.843	2.144	13.706

TABELLA 8: FABBISOGNO DI POSTI LETTO PER ACUZIE NELLE DISCIPLINE CHIRURGICHE

	1 - Torino Sud Est	2 - Torino Nord	3 - Torino Ovest	Torino e Prov.	4 - Piemonte Nord Est	5 - Piemonte Sud Ovest	6 - Piemonte Sud Est	REGIONE
Cardiochirurgia	30	38	16	84	20	16	20	140
Cardiochirurgia Ped.	8	0	0	8	0	0	0	8
Chirurgia Generale	402	263	219	883	329	291	307	1.810
Chirurgia maxillo	14	0	0	14	8	0	6	28
Chirurgia Pediatrica	12	0	0	12	9	0	10	31
Chirurgia Plastica	34	8	8	50	10	5	10	75
Chirurgia Toracica	13	8	12	33	16	6	8	63
Chirurgia Vascolare	45	25	22	92	36	32	35	195
Neurochirurgia	60	30	0	90	40	22	34	186
Neurochirurgia Ped.	7	0	0	7	0	0	0	7
Oculistica	65	37	9	112	40	38	32	222
Odontoiatria	4	0	6	10	4	1	2	17
ORL	54	48	48	150	44	52	46	292
Ortopedia	331	242	169	741	336	233	274	1.584
Ostetricia Ginecologia	344	93	113	550	150	121	123	944
Urologia	106	113	69	288	118	77	86	569
Urologia Ped.	5	0	0	5	0	0	3	8
	1.534	905	691	3.130	1.161	893	995	6.179

TABELLA 9: FABBISOGNO DI POSTI LETTO PER ACUZIE NELLE DISCIPLINE MEDICHE

	1 - Torino Sud Est	2 - Torino Nord	3 - Torino Ovest	Torino e Prov.	4 - Piemonte Nord Est	5 - Piemonte Sud Ovest	6 - Piemonte Sud Est	REGIONE
Anestesia-Rianimazione /								
Terapia Intensiva	97	39	39	175	66	46	57	344
Cardiologia	97	112	105	313	156	68	85	621
Dermatologia	20	0	0	20	12	3	6	41
Ematologia	50	0	12	62	40	20	30	152
Endocrinologia	40	0	9	49	9	9	9	75
Gastroenterologia	46	10	24	80	15	25	19	139
Geriatrica	48	54	42	144	30	20	26	220
Grandi Ustionati	10	0	0	10	0	0	0	10
Malattie Infettive	15	85	0	100	43	22	30	195
Medicina del Lavoro	8	0	0	8	0	0	0	8
Medicina Generale*	410	481	452	1.342	614	364	466	2.786
Nefrologia (trapianto)	11	0	0	11	2	0	0	13
Nefrologia Pediatrica	5	0	0	5	0	0	0	5
Nefrologia**	36	33	31	99	61	20	16	197
Neonatologia	76	14	18	108	29	22	8	167
Neurologia	85	72	76	232	98	49	116	496
NPI	20	0	0	20	5	0	5	30
Oncoematologia Ped.	58	0	0	58	0	0	0	58
Oncologia	182	48	48	278	98	48	68	492
Pediatria	52	30	20	102	42	32	48	224
Pneumologia	24	12	55	91	46	33	32	202
Psichiatria	115	87	110	313	161	66	50	590
Reumatologia	2	0	4	6	7	2	1	16
TIN	18	6	6	30	16	6	7	59
UTIC	23	32	32	87	44	24	35	190
	1.548	1.114	1.082	3.744	1.593	879	1.114	7.330

* comprende Medicina d'Urgenza

** comprende Emodialisi

TABELLA 10: FABBISOGNO DI POSTI LETTO PER ACUZIE TOTALE

	1 - Torino	2 - Torino	3 - Torino	Torino	4 - Piemonte	5 - Piemonte	6 - Piemonte	REGIONE
	Sud Est	Nord	Ovest	e Prov.	Nord Est	Sud Ovest	Sud Est	
Discipline Area Medica	1.548	1.114	1.082	3.744	1.593	879	1.114	7.330
Discipline Area Chirurgica	1.534	905	691	3.130	1.161	893	995	6.179
Discipline per Acuti	3.082	2.019	1.773	6.874	2.754	1.772	2.109	13.509

TABELLA 11 - LA RETE OSPEDALIERA PER ACUZIE PER EROGATORI

	Osp. Pub. PL attuali	Osp. Pub. PL a regime	Osp. Cl.-IRCCS PL attuali	Osp. Cl.-IRCCS PL a regime	Pr. Acc. PL attuali	Pr. Acc. PL a regime	Acuzie PL attuali	Acuzie PL a regime	Popolazione pesata	P.L. x 1.000 ab.
AREA SOVRAZIONALE										
1 - Torino Sud Est	2.685	2.567	100	155	365	361	3.150	3.082		
2 - Torino Nord	1.576	1.612	225	234	181	172	1.982	2.019		
3 - Torino Ovest	1.657	1.617	-	-	166	156	1.823	1.773		
Torino e Provincia	5.918	5.796	325	389	712	689	6.955	6.874	2.403.832	2,86
4 - Piemonte Nord Est	2.460	2.436	79	83	225	235	2.764	2.754	958.155	2,87
5 - Piemonte Sud Ovest	1.730	1.654	-	-	113	118	1.843	1.772	614.505	2,88
6 - Piemonte Sud Est	1.899	1.885	-	-	245	224	2.144	2.109	732.990	2,88
REGIONE PIEMONTE	12.007	11.771	404	472	1.295	1.266	13.706	13.509	4.709.482	2,87

TABELLA 12 - LA RETE OSPEDALIERA (ACUZIE e POST-ACUZIE) PER EROGATORI

	Osp. Pub. PL attuali	Osp. Pub. PL a regime	Osp. Cl.-IRCCS PL attuali	Osp. Cl.-IRCCS PL a regime	Pr. Acc. PL attuali	Pr. Acc. PL a regime	Totale PL attuali	Totale PL a regime
AREA SOVRAZIONALE								
1 - Torino Sud Est	2.805	2.693	267	322	544	426	3.616	3.441
2 - Torino Nord	1.844	1.788	563	572	512	301	2.919	2.661
3 - Torino Ovest	1.838	1.643	-	-	816	722	2.654	2.365
Torino e Provincia	6.487	6.124	830	894	1.872	1.449	9.189	8.467
4 - Piemonte Nord Est	2.655	2.558	676	427	690	551	4.021	3.536
5 - Piemonte Sud Ovest	1.934	1.739	-	-	538	463	2.472	2.202
6 - Piemonte Sud Est	2.163	2.076	-	-	456	525	2.619	2.601
REGIONE PIEMONTE	13.239	12.497	1.506	1.321	3.556	2.988	18.301	16.806

TABELLA 13 - DISTRIBUZIONE DELLA RIDUZIONE DEI POSTI LETTO

	PL ACUZIE	PL POSTACUZIE	PL TOTALE	% su TOT
Ospedali Pubblici	236	506	742	59%
Ospedali Classificati - IRCCS -	68	253	185	10%
Case di Cura accreditate	29	539	568	31%
Totale Regione	197	1.298	1.495	100%

TABELLA 13 BIS: STANDARD STRUTTURE COMPLESSE DA BOZZA REGOLAMENTO

(articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135)

DISCIPLINA	Popolazione pesata	BACINO MIN	BACINO MAX	N. SC min	N. SC max
Anestesia-Rianimazione /					
Terapia Intensiva	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Cardiochir. Ped.	4.709.482	4.000.000	6.000.000	1	1
Cardiochirurgia	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Cardiologia	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Chirurgia Gen.	4.709.482	100.000	200.000	24	47
Chirurgia max fac	4.709.482	1.000.000	2.000.000	2	5
Chirurgia Ped.	4.709.482	1.500.000	2.500.000	2	3
Chirurgia Plastica	4.709.482	1.000.000	2.000.000	2	5
Chirurgia Toracica	4.709.482	800.000	1.500.000	3	6
Chirurgia Vascolare	4.709.482	400.000	800.000	6	12
Dermatologia	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Ematologia + Oncoem.	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Emodialisi	4.709.482	300.000	600.000	8	16
Endocrinologia	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Fisiopatologia ripr.	4.709.482	2.000.000	4.000.000	1	2
Gastroenterologia	4.709.482	400.000	800.000	6	12
Geriatria	4.709.482	400.000	800.000	6	12
Grandi ustionati	4.709.482	4.000.000	6.000.000	1	1
Lungodegenza	4.709.482	80.000	150.000	31	59
Malattie Infettive	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Medicina del Lavoro	4.709.482	1.000.000	2.000.000	2	5
Medicina d'Urgenza	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Medicina Generale	4.709.482	80.000	150.000	31	59
Nefro (trapianto)	4.709.482	2.000.000	4.000.000	1	2
Nefrologia	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Nefrologia ped.	4.709.482	4.000.000	6.000.000	1	1
Neonatologia	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Neurochirurgia	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Neurochirurgia ped.	4.709.482	4.000.000	6.000.000	1	1
Neurologia	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Neuroriabilitazione	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
NPI	4.709.482	2.000.000	4.000.000	1	2
Oculistica	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Odonto	4.709.482	400.000	800.000	6	12
Oncoemato. Ped.	4.709.482	2.000.000	4.000.000	1	2
Oncologia	4.709.482	300.000	600.000	8	16
ORL	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Ortopedia	4.709.482	100.000	200.000	24	47
Ostetricia Gineco.	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Pediatria	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Pneumologia	4.709.482	400.000	800.000	6	12
Psichiatria	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Reumatologia	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
RRF	4.709.482	50.000	100.000	47	94
TIN	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Urologia	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Urologia ped.	4.709.482	4.000.000	6.000.000	1	1
UTIC	4.709.482	150.000	300.000	16	31
S. C. di ricovero				439	867

Allergologia	4.709.482	1.000.000	2.000.000	2	5
Anatomia patologica	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Dietologia/Dietetica	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Direzione Sanitaria	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Emodinamica	4.709.482	300.000	600.000	8	16
Farmacia ospedaliera	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Genetica Medica	4.709.482	2.000.000	4.000.000	1	2
Immunologia e C. T.	4.709.482	2.000.000	4.000.000	1	2
Laboratorio analisi	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Medicina Nucleare	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Microbiologia e virologia	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Neuroradiologia	4.709.482	1.000.000	2.000.000	2	5
NPI	4.709.482	300.000	800.000	6	16
Radiologia	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Radioterapia	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Sevizio trasfusionale	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Tossicologia	4.709.482	4.000.000	6.000.000	1	1
S. C. senza posti letto				131	266
TOTALE S. C.				570	1.133

TABELLA 14: S.C. ATTUALI OSPEDALI PUBBLICI										
	1 - Torino	2 - Torino	3 - Torino	Torino e Prov.	4 - Piemonte	5 - Piemonte	6 - Piemonte	REGIONE	n. min SC da REGOL.	n. mx SC da REGOL.
	Sud Est	Nord	Ovest		Nord Est	Sud Ovest	Sud Est			
POPOLAZIONE PESATA	499.632	974.342	929.858	2.403.832	958.155	614.505	732.990	4.709.482		
DISCIPLINE										
Anestesia-Rianimazione /										
Terapia Intensiva	15	6	9	30	8	9	8	55	16	31
Cardiologia	1	-	1	2	1	1	1	5	4	8
Cardiologia Ped.	1	-	-	1	-	-	-	1	1	1
Cardiologia	5	5	5	15	7	4	6	32	16	31
Chirurgia Generale	10	7	7	24	8	7	7	46	24	47
Chirurgia maxillo	1	-	-	1	1	1	-	3	2	5
Chirurgia Pediatrica	2	-	-	2	1	-	1	4	2	3
Chirurgia Plastica	3	1	1	5	1	-	1	7	2	5
Chirurgia Toracica	1	-	1	2	1	1	1	5	3	6
Chirurgia Vascolare	2	1	1	4	2	1	2	9	6	12
Dermatologia	1	-	-	1	2	1	1	5	4	8
Ematologia	2	-	1	3	1	1	1	6	4	8
Endocrinologia	5	2	1	8	3	2	3	16	4	8
Gastroenterologia	4	3	3	10	4	1	1	16	6	12
Geriatrics	1	3	3	7	1	1	2	11	6	12
Grandi Ustionati	1	-	-	1	-	-	-	1	1	2
Malattie Infettive	-	3	-	3	4	1	3	11	4	8
Medicina del Lavoro	3	-	-	3	1	-	1	5	2	5
Medicina Generale*	11	10	16	37	12	12	14	75	47	90
Nefrologia (trapianto)	1	-	-	1	1	-	-	2	1	1
Nefrologia Ped.	1	-	-	1	-	-	-	1	1	1
Nefrologia**	2	3	3	8	5	3	4	20	12	24
Neonatalogia	2	1	-	3	1	-	1	5	4	8
Neurochirurgia	2	1	-	3	1	1	1	6	4	8
Neurochirurgia Ped.	1	-	-	1	-	-	-	1	1	1
Neurologia	5	4	6	15	4	4	5	28	16	31
NPI	2	1	-	3	-	-	-	3	1	2
Oculistica	4	3	3	10	6	4	4	24	16	31
Odontoiatria	2	1	2	5	1	1	1	8	6	12
Oncoematologia Ped.	1	-	-	1	-	-	-	1	1	2
Oncologia	4	2	3	9	4	3	3	19	8	16
ORL	4	5	5	14	4	4	5	27	16	31
Ortopedia	10	5	6	21	9	6	7	43	24	47
Ostetricia Ginecologia	9	4	6	19	7	5	6	37	16	31
Pediatria	5	4	6	15	5	4	5	29	16	31
Pneumologia	2	2	5	9	3	1	3	16	6	12
Psichiatria	3	-	1	4	1	3	1	9	16	31
Reumatologia	1	-	-	1	1	-	-	2	4	8
TIN	-	-	-	-	-	1	-	1	4	8
Urologia	4	5	5	14	6	3	5	28	16	31
Urologia Ped.	1	-	-	1	-	-	-	1	1	1
UTIC	-	-	-	-	-	-	-	-	16	31
TOTALE S.C. ACUZIE	135	82	100	317	117	86	104	624	355	704
Lungodegenza	1	-	1	2	-	-	-	2	31	59
RRF***	5	5	2	12	7	5	7	31	47	94
TOTALE S.C. POST ACUZIE	6	5	3	14	7	5	7	33		
TOTALE S.C. DEGENZA	141	87	103	331	124	91	111	657	433	857
Allergologia	1	-	-	1	1	-	-	2	2	5
Anatomia patologica	6	2	3	11	5	4	4	24	16	31
Dietologia/Dietetica	1	-	-	1	1	1	1	4	4	8
Direzione Sanitaria	11	7	5	23	6	5	7	41	16	31
Emodinamica	-	-	-	-	-	-	-	-	8	16
Farmacia ospedaliera	4	4	3	11	4	3	2	20	16	31
Genetica Medica	1	-	-	1	-	-	-	1	1	2
Immunologia e C. T.	2	-	-	2	-	-	-	2	1	2
Laboratorio analisi	6	4	5	15	5	4	4	28	16	31
Medicina Nucleare	3	-	1	4	2	1	1	8	4	8
Microbiologia e virologia	2	1	-	3	1	-	-	4	4	8
Neuroradiologia	3	1	-	4	1	-	-	5	2	5
NPI	-	-	-	-	4	3	1	8	6	16
Radiologia	14	5	6	25	9	6	6	46	16	31
Radioterapia	3	1	1	5	2	1	2	10	4	8
Sevizio trasfusionale	2	3	2	7	6	4	4	21	16	31
Tossicologia	1	-	-	1	-	-	-	1	1	1
TOTALE S.C. SERVIZI	60	28	26	114	47	32	32	225	131	266
TOTALE S.C. GENERALE	201	115	129	445	171	123	143	882	565	1.123
* comprende Medicina d'Urgenza										
** comprende Nefrologia ed Emodialisi										
*** comprende codici 28, 56, 75										

