

Piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria della Regione Sardegna

Indice

Indice.....	2
<i>1 Introduzione</i>	<i>4</i>
<i>1.1 I criteri guida per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria</i>	<i>4</i>
2. La rete dell'emergenza urgenza	6
3. La rete ospedaliera	20
<i>3.1 Il fabbisogno di prestazioni.....</i>	<i>20</i>
<i>3.2 Il calcolo dei posti letto.....</i>	<i>26</i>
<i>3.3 Il calcolo del fabbisogno di strutture organizzative</i>	<i>27</i>
3.3.1 Numero di posti letto per disciplina	27
3.3.2 L'articolazione dei posti letto per area geografica.....	29
3.3.3 Proposta di articolazione di strutture organizzative.....	30
3.3.4 Distribuzione delle specialità	34
3.3.5 Proposta di articolazione di funzioni nella rete ospedaliera	36
<i>3.4 L'attivazione della rete ospedaliera</i>	<i>36</i>
4. La rete territoriale	38
4.1 Obiettivi	38
4.2 Azioni da intraprendere.....	44
4.2.1 Riallocazione delle risorse.....	44
4.2.2 Introduzione di strutture residenziali extraospedaliera ad elevata valenza sanitaria per ricoveri temporanei "Strutture di Cure Intermedie"	45
4.2.3 Sperimentazione "Case della Salute" (o "UTAP" o "Ospedale Distrettuale" o altro)	51

4.2.4 La Medicina Generale, la Continuità Assistenziale e le Equipe Territoriali	55
4.3 Assistenza specialistica	56
4.3.1 Le Cure Domiciliari	58
4.4 La formazione	60
4.5 Potenziamento dell'informatizzazione	60
4.6 Definizione indicatori e monitoraggio delle azioni intraprese	62
5. Allegati.....	64
<i>5.1 Allegato 1 Valori attesi di percentuale di RO dei DRG chirurgici di cui all'allegato B del Patto della salute.....</i>	64
<i>5.2 Allegato 2 Tasso di ospedalizzazione medio regionale correlata a quello delle regioni di confronto, DRG medici di cui all'allegato B del Patto della salute.....</i>	67
<i>5.3 Allegato 3 Tabella tassi di occupazione per specialità utilizzati nel calcolo di posti letto</i>	69
<i>5.4 Allegato 4 Effetti del percorso di appropriatezza per struttura pubblica e per totale USL dei privati (ricoveri per acuti 2009).....</i>	71
5.5 Allegato 5 Case della Salute-Ospedale Territoriale	72
5.6 Allegato 6 Modello standard per Strutture di Cure intermedie	77

1. Introduzione

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

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

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

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

Inoltre, nei sistemi sanitari moderni, riveste un ruolo strategico la partnership pubblico-privato, attraverso il perseguimento della complementarità dei livelli di attività sanitarie prestate, nonché la possibilità di sperimentare modelli alternativi di gestione mista pubblico-privato, sinergici per l'offerta sanitaria ospedaliera. Un modello organizzativo innovativo, efficace ed efficiente, di assistenza ospedaliera, e in generale di tutta l'offerta di servizi sanitari, non può prescindere da una visione umana e solidale dei percorsi diagnostico-terapeutici, disegnati sui concetti guida dell'accoglienza (che nei Pronto Soccorso ha anche funzione di triage), della comunicazione e del sostegno psicologico al paziente fragile per situazione anagrafica (età avanzata), sociale (disagio per motivi economici, di tossicodipendenza, di contesto), fisiopatologica (gravidanza a rischio e puerperio, patologie oncologiche, politraumatizzati, patologie cardiache o cerebrovascolari acute, patologie neurologiche gravi).

L'obiettivo è un'offerta qualitativamente superiore e tecnologicamente avanzata di servizi nella gestione dell'emergenza-urgenza e nell'assistenza ospedaliera, in un contesto di accoglienza e sostegno garantiti anche dall'utilizzo, in sinergia e collaborazione con il personale medico e paramedico, di competenze specifiche dello psicologo clinico, adeguatamente formate alla gestione

dell'approccio e al sostegno della persona sofferente nelle situazioni di emergenza-urgenza quanto durante il ricovero ospedaliero, in particolare negli hot spot di fragilità. Ne deriva, oltre il gradimento del paziente, che contribuisce a ridurre il livello di conflittualità, sempre elevato in alcuni contesti, una riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso, delle giornate di degenza, della morbilità per patologie psichiatriche.

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

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

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

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

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

2. La rete dell'emergenza urgenza

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

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

La Rete è disegnata sulla base di tre principi fondamentali:

1. l'incrocio del dato epidemiologico con il dato delle prestazioni realmente effettuate derivate dalle SDO;
2. l'individuazione e l'implementazione, con i necessari correttivi ed integrazioni, della rete di Emergenza con le sue relazioni con il 118 territoriale e la rete ospedaliera, secondo il concetto di HUB and Spoke quale base su cui costruire la rete di tutte le patologie;
3. la creazione di un riferimento in sede di struttura assessoriale regionale che operi insieme al coordinamento dei gestori delle reti per guidare la condivisione del modello e garantirne l'attuazione.

Il percorso organizzativo prevede:

- l'istituzione di un settore unico per l'emergenza sanitaria (ospedaliera e territoriale, 118, continuità assistenziale – ex guardia medica) di riferimento presso l'assessorato alla salute che si avvale di:
 - coordinamento responsabili 118;
 - coordinamento direttori del Dipartimento di Emergenza e Direttori delle strutture complesse di Pronto Soccorso;
 - gruppi di lavoro riferiti alle discipline coinvolte nell'organizzazione della rete delle patologie complesse (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, ecc). Il ruolo dei gruppi di lavoro è rafforzato, ai fini della reale operatività, dalla gestione centralizzata dei lavori da parte dell' Assessorato che coordinerà e vigilerà sull'attuazione concreta dei provvedimenti condivisi ed adottati;

- Le priorità organizzative del sistema dell'emergenza nel breve, medio e lungo periodo sono:
 - istituzione di una rete radio regionale;
 - definizione a livello regionale delle centrali operative, dei Pronto soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza (in armonia con l'Hub e gli Spoke), indicando i parametri numerici di riferimento;
 - definizione di un criterio per la definizione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata e di base, nonché dei Punti di Primo Intervento, indicando i parametri numerici di riferimento;
 - definizione di una modulistica unica e compatibile per 118 e DEA;
 - istituzione di un sistema informatico omogeneo, e dialogante, per 118 e DEA;
 - definizione, in accordo con la normativa nazionale (documento della Conferenza Stato-Regioni), della funzione di triage, con l'integrazione, ove possibile del triage psicologico, e relativi protocolli;
 - definizione delle postazioni di continuità assistenziale e della loro struttura organizzativa (centralizzazione delle chiamate, adeguamento strutturale e tecnologico delle sedi, dotazioni informatiche incluse);
 - definizione di linee guida e protocolli organizzativi e clinici con particolare riferimento alla gestione dei trasporti primari urgenti, secondari urgenti;
 - definizione della rete delle patologie complesse;
 - definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione, avendo cura delle dislocazione dei servizi della Rete di Emergenza-Urgenza su base regionale,
 - ubicazione delle piazzole di atterraggio (in sede di capitolato d'appalto si definirà l'ubicazione delle due elibasi) in ragione di una per ogni Hub e per ogni Spoke; la rete diffusa di piattaforme di atterraggio è garantita della capillare diffusione dei campi di calcio sui quali è consentito fino a un massimo di cinquanta atterraggi.
 - linee guida per la gestione delle maxi-emergenze.

Rete dell'Emergenza Territoriale

La risposta delle Centrali Operative 118, una per l'area nord e l'altra per l'area sud, si concretizza principalmente nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei. Le centrali

gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate (M.S.A.) con medico ed infermiere a bordo, gli eventuali mezzi avanzati di base con infermiere (M.S.A.B.) e le ambulanze di base con personale soccorritore certificato (M.S.B.) e le chiamate per i medici di Continuità Assistenziale.

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

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

Il fabbisogno si calcola applicando la formula:

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

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

- Vie di comunicazione
- Vincoli orografici
- Tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente
- Distribuzione dei presidi ospedalieri con DEA o Pronto Soccorso
- Integrazione con altre risorse provenienti dalla riorganizzazione della Rete

- Flussi turistici stagionali.

Continuità assistenziale

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

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

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

Rete ospedaliera dell'emergenza

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

Ne deriva una strutturazione che prevede:

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

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

In questo contesto, gli organici dedicati e specifici per l'emergenza ospedaliera diventano una vera e propria Rete di risorse professionali che, secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che

vi insistono, distribuisce le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza; dai centri di eccellenza (D.E.A. zonali e sovrazonali), caratterizzati da elevati livelli tecnologici e competenze di alto livello, deve svilupparsi una funzione vasta di Pronto Soccorso in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di D.E.A. e dei Punti di Primo Intervento, che sono dunque direttamente collegati allo Spoke di competenza.

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

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

Dotazioni logistiche, tecnologiche, professionali

Funzioni di Punto di Primo Intervento

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

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

Sono prevedibili anche Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui nelle 24 ore, affidati al 118, di norma dotati di un locale per visita e di un mezzo di trasporto e di personale sanitario, in zone particolarmente disagiate o fortemente penalizzate dalla rete viaria.

Punti di Primo Intervento sono anche organizzati per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa. Entrambi sono gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema "118".

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

I Punti di Primo Intervento si distinguono in:

- Punti di Primo Intervento, mobili (allestiti per esigenze estemporanee) o fissi (con numero di accessi < 6.000 nelle 24 ore , assegnati al "118");
- Punti di Primo Intervento con numero di accessi > 6.000 nelle 24 ore eventualmente assegnati alle strutture delle Aziende Sanitarie dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera.

Punto PPI

Apertura	24H		24H	
N° passaggi annui	passaggi > 6.000		3.000 <passaggi < 6.000	
Responsabilità clinica ed organizzativa	DEA di riferimento		118	
Risorse specialistiche	ev. presenti nella struttura		--	
Ambienti necessari	Sufficienti per il trattamento delle urgenze minori e per la prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità.			
Dotazioni tecnologiche necessarie				

Funzioni di Pronto Soccorso Semplice

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

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

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

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

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

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

Ospedale di zona

Apertura	24H	12H
N° passaggi annui	passaggi >20.000	non previsto
Responsabilità clinica ed organizzativa	DEA di riferimento	
<i>Risorse specialistiche</i>		
Anestesia	SC (o anche SS)	
Chirurgia generale	SC	
Medicina interna	SC	
Ortopedia	SC (o anche SS)	
Guardia	Attiva intradivisionale (oppure pronta disponibilità)	
Pronto soccorso	organizzazione propria ma con SS	
Osservazione Breve Intensiva	PL	
Servizi di radiologia	24H	
Servizio di laboratorio	24H	
Emoteca	24H	

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

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

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

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

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

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

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

Presidio ospedaliero principale di ASL (Spoke)

Apertura	24H	24H
N° passaggi annui	>45.000 passaggi >20.000	passaggi>45.000
Responsabilità clinica ed organizzativa	SC Medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza	SC Medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza
Osservazione Breve Intensiva	PL	PL
Terapia subintensiva	PL	PL
Medio-alta intensità di assistenza e cura		PL
<i>Risorse specialistiche</i>		
Anestesia e rianimazione	SC	SC
Cardiologia	SC	SC
Chirurgia generale	SC	SC
Dialisi per acuti	servizio	servizio
Endoscopia in urgenza	servizio	servizio
Medicina interna	SC	SC
Neurologia	SC/SS	SC/SS
Oculistica	SC	SC
Ortopedia e traumatologia	SC	SC
Ostetricia e Ginecologia	SC se prevista per n. parti/anno	SC se prevista per n. parti/anno
Pediatria	SC	SC
Psichiatria	SC	SC
Urologia	SC	SC
UTIC	servizio	servizio
Guardia	Guardia intradivisionale (oppure reperibilità)	Guardia intradivisionale (oppure reperibilità)
Servizi di radiologia con TAC	24H	24H
Servizio di Ecografia	24H	24H
Servizio di laboratorio	24H	24H
Servizio di immunotrasfusionale	24H	24H

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

Le funzioni previste per i D.E.A. di II° Livello possono essere erogate da un unico presidio ospedaliero. L'Ospedale deve essere dotato di tutte le Strutture previste per il D.E.A. di I° Livello. Inoltre devono essere presenti le altre Strutture, che attengono alle discipline più complesse non previste nel D.E.A. di I° Livello: Cardiologia con emodinamica interventistica H. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia

Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale; devono essere presenti o disponibili H. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale., Qualora i volumi di attività consentano di garantire le competenze richieste, può essere istituita una Struttura Complessa di Chirurgia d'Urgenza, che può assolvere anche i compiti di altre specialità chirurgiche. E' inoltre prevista, nell'ottica dell'ottimizzazione degli accessi, dell'umanizzazione del percorso di cura e allo scopo di fornire sostegno professionale ed adeguato alla persona sofferente l'istituzione di unità operative di psicologia ospedaliera e delle emergenze, strutturate per la risposta alle esigenze zonali e sovrazonali (strutture SPOKE, Pronto Soccorso Semplice, PPI di zona disagiata-Pronto Soccorso a bassi volumi di attività).

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

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

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

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

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

Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario, garantire la presenza nelle 24 ore nel centro specialistico e precisamente nel D.E.A., dov'è previsto il

collegamento con la rete, di un operatore, preferibilmente un infermiere, al quale affidare la gestione e la responsabilità, fino alla dimissione del paziente, della presa in carico (accettazione ed indirizzo su protocolli concordati) sulla base delle richieste di consulenza e l'invio allo specialista.

Ospedale principale regionale (HUB)

Apertura	24H
N° passaggi annui	passaggi>70.000, di norma
Responsabilità clinica ed organizzativa	SC Medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza
Osservazione Breve Intensiva	PL
Terapia sub intensiva	PL
Medio-alta intensità di assistenza e cura	PL
Chirurgia d'urgenza	SC
<i>Risorse specialistiche</i>	
Anestesia e rianimazione	SC
Broncoscopia interventistica	servizio
Cardiochirurgia e rianimazione cardiochirurgia	SC
Cardologia	SC
Chirurgia generale	SC
Chirurgia Maxillo facciale	SC
Chirurgia plastica	SC
Chirurgia toracica	SC
Chirurgia vascolare	SC
Dialisi per acuti	servizio
Emodinamica interventistica H24	servizio
Endoscopia digestiva ad elevata complessità	servizio
Endoscopia in urgenza	servizio
Medicina interna	SC
Neurochirurgia	SC
Neurologia	SC
Oculistica	SC
Ortopedia e traumatologia	SC
Ostetricia e Ginecologia	SC se prevista per n. parti/anno
Pediatria	SC
Psichiatria	SC
Radiologia interventistica	servizio
Rianimazione pediatrica e neonatale	servizio
Urologia	SC
UTIC	servizio
Guardia	Guardia Attiva intradivisionale (oppure reperibilità)
Servizi di radiologia con TAC e Ecografia	24H
Servizio di Ecografia	24H
Servizio di laboratorio	24H
Servizio di immunotrasfusionale	24H
Medicina nucleare	SC
Psicologia ospedaliera e delle emergenze	SC senza PL

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

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

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

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

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

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

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

Le notevoli differenze tra zone a popolazione dispersa e grossi centri urbani e, d'altra parte, la necessità di garantire interventi equi ed omogenei su tutto il territorio regionale impongono una corretta programmazione dei servizi di emergenza anche nelle zone più svantaggiate: i PPI in zona disagiata richiedono una particolare attenzione da parte dello Spoke (o dell'Hub) a cui si riferiscono, con gestione diretta da parte degli stessi medici operanti nel DEA di riferimento e con

la particolare supplementazione di attività qualora i volumi di attività lo richiedano. E' però sempre prioritaria la garanzia del trasferimento protetto del paziente stabilizzato al centro più idoneo.

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

La rete di emergenza complessiva risulta come segue:

	DEA II	DEA I				
ASL	HUB	SPOKE	PS semplice	PPI	PPI zona disagiata	Ospedale distrettuale
Sassari Olbia-Tempio	Sassari	Alghero	Ozieri	Thiesi	La Maddalena	Ittiri
		Olbia	Tempio			
Nuoro Ogliastra Oristano	Nuoro			Bosa	Sorgono	
		Lanusei				
		Oristano		Ghilarza		
Cagliari Carbonia- Iglesias Medio - Campidano	AO Brotzu Cagliari (454)	SS Trinità		Osp. Marino		
		AOU Cagliari		Isili		
				Muravera		
		Carbonia - Iglesias			Carloforte	
		S. Gavino				

3. La rete ospedaliera

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

3.1 Il fabbisogno di prestazioni

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

Tab. 1 Produzione Sardegna erogatori pubblici e privati (2009)

	Pubblica		Privata		Totale	
	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%
Acuti	244.471	96,62	41.594	90,82	286.065	95,73
Non Acuti	1.071	0,42	2.435	5,32	3.506	1,17
Nido	7.488	2,96	1.770	3,86	9.258	3,10
Totale	253.030	100,00	45.799	100,00	298.829	100,00
	84,67		15,33		100,00	

Tab. 2 Mobilità attiva (2009)

	Pubblica		Privata		Totale	
	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%
Acuti	4.695	97,59	339	92,12	5.034	97,20
Non Acuti	7	0,15	10	2,72	17	0,33
Nido	109	2,27	19	5,16	128	2,47
Totale	4.811	100,00	368	100,00	5.179	100,00
	92,89		7,11		100,00	

Tab. 3 Mobilità passiva
(2009)

	Totale	%
Acuti	14.675	93,09
Non Acuti	946	6,00
Nido	144	0,91
Totale	15.765	100,00

Tab. 4 Mobilità passiva (2009, per regione)

Cod_reg	Regione di produzione	Ord	DH	Totale	%	% PROGRESSIVA
030	Lombardia	3.596	803	4.399	27,90	27,90
120	Lazio	2.190	917	3.107	19,71	47,61
080	Emilia Romagna	1.645	462	2.107	13,37	60,98
070	Liguria	929	598	1.527	9,69	70,66
090	Toscana	945	459	1.404	8,91	79,57
050	Veneto	772	218	990	6,28	85,85
010	Piemonte	749	229	978	6,20	92,05
150	Campania	168	75	243	1,54	93,59
190	Sicilia	111	62	173	1,10	94,69
100	Umbria	124	37	161	1,02	95,71
060	FVG	98	38	136	0,86	96,57
160	Puglia	100	12	112	0,71	97,29
110	Marche	82	29	111	0,70	97,99
130	Abruzzo	64	26	90	0,57	98,56
042	Trento	67	12	79	0,50	99,06
041	Bolzano	36	9	45	0,29	99,35
180	Calabria	26	11	37	0,23	99,58
020	Valle D'Aosta	26	7	33	0,21	99,79
140	Molise	12	6	18	0,11	99,90
170	Basilicata	6	9	15	0,10	100,00
		11.746	4.019	15.765	100,00	

Tab. 5 Consumo di ricoveri ospedalieri (2009 al netto nido)

							Popolazione Istat 1° gennaio 2009
							1.671.001
	Produzione totale (1)	Stranieri (2)	Mobilità attiva (3)	Mobilità passiva (4)	Totale ricoveri dei sardi ovunque (5=1-2- 3+4)	%	Tasso per mille abitanti
Acuti	286.065	1.275	5.034	14.675	294.431	99%	176,20
Non Acuti	3.506	7	17	946	4.428	1%	2,65
Totale	289.571	1.282	5.051	15.621	298.859	100%	178,85

La produzione si riferisce alle strutture pubbliche e private e non contiene il nido

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

I ricoveri devono riguardare la gestione di casi importanti a cui fornire assistenza altamente qualificata. Nel comma 5 dello stesso articolo si prevede l'estensione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza, con passaggio di 43 DRG, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, alle liste contenute negli elenchi A e B allegati allo stesso Patto della Salute. Con atto successivo si provvederà, a tal fine, a stabilire i valori soglia entro cui ammettere i ricoveri ordinari, prevedere le tariffe da attribuire alle prestazioni e definire le misure da adottare per le prestazioni extrasoglia.

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

- a. Complessivamente, a livello regionale, si prevede che i ricoveri ordinari chirurgici afferenti all'allegato B del Patto della Salute 2010-2012 siano trasferiti in regime diurno nelle percentuali per singolo DRG indicate nell'allegato 1. Per questi ricoveri si sono utilizzate, come bench-mark, le strutture regionali migliori. La percentuale è stata calcolata per singolo DRG su

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

- b. Il percorso per giungere ad una situazione appropriata per **i ricoveri ordinari non chirurgici** afferenti all'allegato B del Patto della Salute è più articolato. Confrontando l'incidenza sulla popolazione di questi DRG con le Regioni non soggette a piano di rientro e che hanno uno sviluppo diffuso dell'assistenza territoriale, è evidente che la maggior parte della differenza del tasso di ospedalizzazione rispetto alle altre regioni riguardi proprio questo tipo di ricoveri. L'utilizzo del ricovero in ospedale è quindi un modo per soddisfare un fabbisogno di cura che altre Regioni affrontano con altri livelli assistenziali. Il concetto di "appropriatezza organizzativa" è la scelta del livello assistenziale più corretto e meno costoso per ciascun tipo di fabbisogno di cura. Le variazioni tra le Aziende Sanitarie territoriali (AS) all'interno della Regione sono anche sensibili e possono essere lette come differenze di altre risposte ad un fabbisogno degli assistiti. Sono considerati ricoveri appropriati quelli con un tasso di ricovero, per ciascuna AS e DRG, inferiore o eguale al valore medio delle Regioni di riferimento. Nell'allegato 2 sono indicati i valori delle regioni di riferimento.
- c. Si devono inoltre trasferire l'80% delle prestazioni di chemioterapia (DRG 410) in regime ambulatoriale (con relativa documentazione del consumo di farmaci nel file F), mantenendo la parte restante in ricovero ospedaliero per i soggetti particolarmente fragili.
- d. Recentemente sono stati pubblicati dal Ministero della Salute alcuni indicatori di qualità per il sistema sanitario regionale. Alcuni indicatori riguardano il tasso di ospedalizzazione di alcune patologie che dovrebbero essere curate a livello territoriale (ricoveri evitabili). Alcune di esse (BPCO e Diabete) sono già incluse tra i DRG dell'allegato B; altre esulano da questi DRG e necessitano di un intervento correttivo nel caso in cui si evidenzino un alto tasso di ospedalizzazione (per esempio lo scompenso) rispetto alle Regioni bench-mark.
- e. La rete ospedaliera è oggi spesso utilizzata per ricoveri non appropriati di lungodegenza extraospedaliera. Sono considerati non appropriati l'ottanta per cento dei ricoveri ordinari non

chirurgici effettuati in discipline mediche di persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a dodici giorni.

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

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

Tab. 6 Effetti del percorso di appropriatezza

Popolazione	1.671.001	
	Acuzie	
Totale produzione rilevata	286.065	
Motivo di non appropriatezza		
a) Ricoveri ord chirurgici Lea in DH		14.323 in DH
a) Ricoveri dh chirurgici Lea in prestazioni ambulatoriali (comprende 14.323 riclassificati della riga precedente)	-8.056	
b) Ricoveri non chirurgici Lea (ord +Dh) in prestazioni altri livelli assistenziali	-26.719	
c) Chemioterapia (ord +Dh) (80%) in prestazioni ambulatoriali	-6.233	
d) Scompenso età 50-74 in prestazioni altri livelli assistenziali	0	
e) Ricoveri in Medicina età +65 da riclassificare come lungodegenti in prestazioni altri livelli assistenziali	-9.955	
Totale non ricoveri non appropriati	-50.963	
Produzione appropriata di ricoveri	235.102	
di cui Mobilità attiva e stranieri appropriata	-5.434	
Produzione appropriata propri residenti	229.668	
Mobilità passiva (appropriatezza non valutata)	14.675	
Totale consumo sardi	244.343	
Tasso osservato solo acuti	176	
Tasso appropriato solo acuti	146	

Tab. 7. La struttura della popolazione

classe età	Sardegna	Italia
0-14	12,40%	14,04%
15-64	68,89%	65,84%
65+	18,71%	20,13%
75+	13,22%	14,72%

3.2 Il calcolo dei posti letto

Tab. 8 Posti letto effettivi (2009)

	Pubblica		Privata		Totale		PL per mille abitanti
	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%	
Acuti	5.658	98,37	1.254	85,60	6.912	95,77	4,14
Non Acuti	94	1,63	211	14,40	305	4,23	0,18
Totale	5.752	100,00	1.465	100,00	7.217	100,00	4,32
	79,70		20,30		100,00		

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

Per l'acuzie:

- sono utilizzati i ricoveri appropriati prodotti dalle strutture della Regione secondo la procedura già descritta;
- è valutata in modo critico la possibilità e la necessità di prevedere un recupero della mobilità passiva in quanto spesso non realizzabile nel periodo preso in esame;
- sono applicati i tassi di occupazione medi, eguali per i produttori pubblici e privati, (vedere allegato 3) differenziati tra ricoveri ordinari e diurni;

Per la postacuzie:

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

3.3 Il calcolo del fabbisogno di strutture organizzative

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

- l'integrazione della rete ospedaliera con **la rete dell'emergenza-urgenza** richiede che presso i presidi esista una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità delle prestazioni per i traumatizzati gravi;
- le caratteristiche dimensionali della rete ospedaliera esistente permettono soltanto ad alcuni presidi pubblici di raggiungere una dimensione ottimale per un ospedale generale che svolga un ruolo all'interno della rete di emergenza (tendenzialmente maggiore di 120 PL);
- le riduzioni di posti letto devono, per quanto possibile, essere concentrate nelle strutture minori affinché la riorganizzazione si accompagni a miglioramenti dell'efficienza e a riduzioni effettive della spesa, non avendo alcun senso "spalmarle" su tutte le strutture ospedaliere regionali;

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

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

3.3.1 Numero di posti letto per disciplina

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

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

Alcune discipline sono poco presenti nell'offerta di discipline ospedaliere in quanto riguardano patologie per incidenza e prevalenza poco presenti sul territorio. La necessità di offrire una buona qualità di prestazioni porta ad una concentrazione in poche, o in un'unica, sedi con grandi bacini d'utenza per ciascuna struttura organizzativa. Esempi di queste discipline sono i reparti per grandi ustionati, la cardiocirurgia, ecc.. Trovano posto in una o più AO, oppure possono essere dislocate nell'ottica di un'area di utenza maggiore della Regione ed essere oggetto di contrattazione tra Regioni confinanti.

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

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

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

1. Identificazione, partendo dal numero di ricoveri appropriati secondo la metodologia già presentata, per ciascuna disciplina, del tasso di ospedalizzazione che, prendendo in considerazione la struttura della popolazione e la mobilità attiva/passiva "strutturale", porta complessivamente ad un dato compatibile con l'obiettivo nazionale. (Il tasso di ospedalizzazione include ricoveri ordinari e day hospital, escludendo il nido).
2. Individuazione, per ciascuna disciplina, della durata della degenza media relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni.
3. Determinazione del tasso di occupazione standard da utilizzare nel calcolo.
4. Calcolo, applicando i principi contenuti nei punti precedenti, del numero regionale totale di posti letto.

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

3.3.2 L'articolazione dei posti letto per area geografica

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

- Le aziende ospedaliere, considerate HUB, sede di DEA di secondo livello e strutture centrali all'interno di ciascuna area geografica, devono disporre di tutte le specialità e devono essere anche sede delle specialità con una "diffusione rara" (per la gestione di patologie a bassa incidenza e prevalenza) sul territorio.
- I presidi ospedalieri di base con attività specializzate indicati come SPOKE, sede di DEA di primo livello e delle specialità di media diffusione sul territorio.
- I presidi ospedalieri di base sono le altre strutture delle ASL, sedi di Pronto Soccorso Semplice, con la presenza, di norma, di specialità diffuse.

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

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

Le altre discipline sono assegnate alle aree geografiche sulla base della produzione appropriata erogata. All'interno di ciascuna area geografica si individua la quota di prestazioni appropriate in capo alle strutture private e si prosegue con l'attribuzione della quota relativa alle strutture pubbliche, aziende ospedaliere e presidi di base con attività specializzate, sulla base della capacità produttiva attuale. Eventuali aggiustamenti di prestazioni e relativi posti letto tra quota pubblica e privata dovranno essere risolti attraverso trattative a livello di Azienda sanitaria territoriale.

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

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

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

3.3.3 Proposta di articolazione di strutture organizzative

Quindi, a seguito degli interventi per il recupero dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero e dell'efficienza produttiva si provvederà:

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

Le specialità sono organizzate in modo seguente:

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

Tab 11 . Bacino di utenza per specialità e PL indicativi per struttura complessa (S.C.)

					Bacino di Utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)				(*)
A c c u	Ar e a	Dif fu sio ne	Specialità		Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		PL / S.C.
					Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	
0	1	2	1	Allergologia			2	1	
0	7		2	Day hospital (multispecialistico)					0
0	7		3	Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15	0
0	7		5	Angiologia					0
0	2	1	6	Cardiologia infantile	6	4			16
0	2	1	7	Cardiologia	1	0,5			16
0	1	3	8	Cardiologia	0,3	0,15			20
0	1	3	8	Emodinamica (SS)			0,6	0,3	
0	2	3	9	Chirurgia generale	0,2	0,1			24/32
0	2	1	10	Chirurgia maxillo- facciale	2	1			16
0	2	1	11	Chirurgia pediatrica	2	1			20
0	2	1	12	Chirurgia plastica	2	1			16
0	2	1	13	Chirurgia toracica	1,5	0,8			16
0	2	2	14	Chirurgia vascolare	0,8	0,4			16
0	7		15	Medicina sportiva			attività territorial e		0
0	1	2	18	Ematologia	0,8	0,4			20
0	1	2	19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	0,8	0,4			20
0	1	1	20	Immunologia e centro trapianti			4	2	0
0	1	2	21	Geriatría	0,8	0,4			20
0	1	2	24	Malattie infettive e tropicali	1	0,5			20
0	1	1	25	Medicina del lavoro	2	1			20
0	1	3	26	Medicina generale	0,15	0,075			24/32
0	7		27	Medicina legale			attività territorial e		0
1	6	1	28	Unità spinale	4	2			20
0	1	3	29	Nefrologia	0,8	0,4			20
0	2	2	30	Neurochirurgia	1	0,5			20
0	3	3	31	Nido					0
0	1	3	32	Neurologia	0,3	0,15			20
0	3	2	33	Neuropsichiatria infantile			0,8	0,3	0
0	2	3	34	Oculistica	0,3	0,15			16

					Bacino di Utente pubblico e privato (milioni di abitanti)				(*)
A c c u	Ar e a	Dif fu sio ne		Specialità	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		PL / S.C.
					Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	
0	2	2	35	Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4			20
0	2	3	36	Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1			24/32
0	3	3	37	Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15			24/32
0	2	3	38	Otorinolaringoiatria	0,3	0,15			16
0	3	3	39	Pediatria	0,3	0,15			20
0	5	3	40	Psichiatria	0,3	0,15			16
0	7		41	Medicina termale			n/a		0
0	7		42	Tossicologia			6	4	0
0	2	3	43	Urologia	0,3	0,15			20
0	4	1	46	Grandi ustioni pediatriche					8
0	4	1	47	Grandi ustionati	6	4			8
0	2	1	48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2			20
0	4	3	49	Terapia intensiva	0,3	0,15			8
0	4	3	50	Unità coronarica	0,3	0,15			8
0	4	3	51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	0,3	0,15			8
0	1	2	52	Dermatologia	1	0,5			20
0	7		54	Emodialisi (vedere nefrologia cod 29)	0,5	0,3			0
0	7		55	Farmacologia clinica			n/a		0
1	6	3	56	Recupero e riabilitazione funzionale	0,3	0,15			24/32
0	1	1	57	Fisiopatologia della riproduzione umana	4	2			20
0	1	2	58	Gastroenterologia	0,8	0,4			20
1	6	3	60	Lungodegenti					24/32
0	7		61	Medicina nucleare			1	0,5	0
0	3	3	62	Neonatologia	1	0,5			20
0	1	3	64	Oncologia	0,8	0,4	0,3	0,3	16
0	1	2	65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)	0				20
0	1	1	66	Oncoematologia pediatrica	4	2			20
0	7		67	Pensionanti (multispecialistico)			n/a		0
0	1	2	68	Pneumologia	0,8	0,4			20

				Bacino di Utente pubblico e privato (milioni di abitanti)				(*)	
A c c i o	A r e a	D i f f u s i o n e	Specialità	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		PL / S.C.	
				Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo		
0	7		69	Radiologia			0,3	0,15	0
0	1	2	70	Radioterapia (vedere codice 74)					0
0	1	1	71	Reumatologia	1	0,5			20
0	4	2	73	Terapia intensiva neonatale	1	0,5			8
0	1	2	74	Radioterapia oncologica			1	0,5	0
1	6	2	75	Neuroriabilitazione	2	1			20
0	2	1	76	Neurochirurgia pediatrica	6	4			20
0	1	1	77	Nefrologia pediatrica	6	4			20
0	2	1	78	Urologia pediatrica	6	4			20
0	7		82	Anestesia e rianimazione (Serv. ambulatoriale vedere 49)			In rapporto all'articolazione della rete dei pronto soccorso		0
0	7		97	Detenuti					0
0	7		98	Day surgery					0
0	7			Laboratorio d'analisi			0,3	0,15	0
0	7		DS	Direzione sanitaria di presidio			1 SC per HUB e spoke, SS nei presidi di base		
0	7		F	Farmacia ospedaliera			1 SC per HUB e spoke.		
0	7			Servizio trasfusionale			0,3	0,15	
0	7			Microbiologia e virologia			1	0,5	
0	7			Psicologia ospedaliera e delle emergenze			1 SC per HUB		

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

3.3.4 Distribuzione delle specialità

Nell'ambito dell'intervallo indicato per ciascuna specialità è possibile modulare la dotazione di ciascun presidio ospedaliero in modo che la distribuzione delle strutture complesse sia compatibile con il ruolo nell'ambito del sistema Emergenza-Urgenza. Eventuali strutture semplici possono essere articolate in modo da completare la rete della singola patologia/specialità.

All'interno del disegno globale della rete ospedaliera si articolano le reti per patologia, che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuzie con l'attività territoriale:

- Materno infantile (≥ 500 parti all'anno)
- Emergenza cardiologica
- Ictus cerebrale
- Trauma grave
- Cure psichiatriche
- Oncologica
- Insufficienza renale
- Reumatologia

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

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

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

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

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

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

3.3.5 Proposta di articolazione di funzioni nella rete ospedaliera

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

- la situazione calcolata sulla base dei ricoveri appropriati;
- il tasso di occupazione standard dei posti letto;
- le dimensioni dei moduli di cui ai requisiti di accreditamento come definiti dalla Legge regionale e dal regolamento regionale.
- strutture complesse con posti letto attualmente coperte;
- strutture complesse senza posti letto attualmente coperte.

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

3.4 L'attivazione della rete ospedaliera

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

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

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

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

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

4. La rete territoriale

4.1 Obiettivi

Razionalizzazione ed ottimizzazione della rete

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

Miglioramento dell'appropriatezza

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

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

Tra gli obiettivi primari *l'appropriatezza prescrittiva*, che abbisogna di linee guida condivise, frutto di tavoli di discussione che coinvolgano le componenti professionali intra ed extra ospedaliere e le rappresentanze sindacali. Di pari importanza è il miglioramento della *"appropriatezza di livello"*, ottenibile attraverso interventi sui modelli organizzativi e di presa in carico dei pazienti cronici. Anche in questo caso è fondamentale il lavoro di condivisione tra professionisti Ospedalieri e Territoriali, medici e non, attraverso gruppi di lavoro misti che elaborino soluzioni condivise.

Solo chi lavora sul campo può attuare in concreto il cambiamento e merita di, e, dunque, deve, partecipare al processo decisionale; in questo modo si eviterà il rischio, sempre presente, di proporre soluzioni teoricamente e tecnicamente corrette, ma inadatte alla pratica.

L'appropriatezza di un intervento professionale

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

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

L'appropriatezza, quindi, deve essere valutata con riferimento non solo alla prestazione in sé, ma anche alle circostanze nelle quali un intervento di dimostrata efficacia viene applicato. Questa specifica dimensione dell'appropriatezza, che fa riferimento all'applicazione di interventi di efficacia dimostrata in contesti nei quali il profilo beneficio-rischio per i pazienti si mantiene favorevole, viene solitamente presentata come *appropriatezza clinica*.

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

Ancora, rientrano nella dimensione dell'appropriatezza organizzativa azioni tese a individuare e rimuovere incentivi "perversi", si pensi a tariffe di rimborso incongrue, che possono stimolare l'esecuzione di prestazioni anche quando i rischi individuali superano i benefici o quando modalità differenti di erogazione, meno vantaggiose economicamente per l'erogatore (per esempio, la scelta fra ricovero ordinario, ricovero diurno, e prestazione ambulatoriale) sono disponibili. Quando una prestazione è erogabile con pari appropriatezza clinica ad un livello "meno complesso", dunque meno oneroso, e questo non viene fatto, si parla di *inappropriatezza di livello*, come caso particolare di inappropriatezza organizzativa.

Infine, la nozione di appropriatezza organizzativa include il riferimento al criterio dell'efficienza produttiva, intesa come minimizzazione dei costi per unità prodotta. Oltre ad essere clinicamente appropriata, l'esecuzione di un intervento deve tenere conto dell'utilizzo efficiente delle risorse: un intervento inefficiente non diventa per questa ragione inappropriato da un punto di vista clinico, ma inappropriato da un punto di vista dell'erogazione/organizzazione. Mentre il miglioramento dell'appropriatezza clinica garantisce l'effettivo perseguimento della qualità dell'assistenza, l'uso

efficiente delle risorse rende massimo il numero di pazienti che possono accedere a interventi efficaci, in linea quindi con il principio di uguaglianza. Da notare, però, che anche l'inappropriatezza clinica provoca, oltre il danno per il paziente, uno spreco di risorse per la collettività.

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

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

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

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

del paziente fragile all'interno delle strutture ospedaliere, sia nell'accoglienza che nel sostegno durante la degenza.

Presenza in carico territoriale

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

La complessità del percorso assistenziale, la multidisciplinarietà che caratterizza oggi la maggior parte degli atti sanitari, la diversità dei luoghi di cura e di presa in carico, impongono quindi un forte sistema di relazioni in grado di integrare i passaggi nella cura del paziente fra i diversi erogatori di servizi, se non si vuole che questi diventino elementi di criticità e frammentazione. E', di conseguenza, necessario attivare modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le formule organizzative per la presa in carico del paziente che viene avviato ad un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). In tal senso, il PDTA deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale o domiciliare, altre in condizione di degenza finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso. E' necessario realizzare una concreta continuità assistenziale (disease management) basandosi su:

- l'adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica e le corrette abitudini alimentari, visti non solo come strumento di prevenzione primaria, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione di specifiche patologie croniche. In questa ottica è stata già sperimentata con successo l'Attività Fisica Adattata (AFA) come un programma di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicato per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate in esito a diverse patologie, inclusi ictus e ischemia miocardica.
- l'implementazione delle competenze, nel team multiprofessionale, per far acquisire alle persone assistite quelle capacità che le mettano in grado di attuare un'adeguata autogestione (self care) della propria malattia
- l'attuazione degli interventi assistenziali presso l'ambulatorio del MMG o il domicilio del malato, ivi inclusi i test diagnostici e le medicazioni, ove necessarie, con l'utilizzo del "Libretto Personale di Patologia";

- un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG.

Tale registrazione dei casi funzionerà come supporto di un'unica Centrale Operativa Territoriale.

La Centrale Operativa Territoriale è, necessariamente, interconnessa con quella del 118 (universalmente riconosciuta ormai come porta di accesso al sistema) condividendone le tecnologie, nella rispettiva autonomia gestionale, e deve essere un reale strumento di integrazione fra i servizi territoriali (Cure Domiciliari – incluse le cure palliative, continuità assistenziale) fornendo ai cittadini la percezione della capacità del Territorio di prendersi carico con continuità del paziente, e di essere un'efficace alternativa all'Ospedale.

Tale Centrale Operativa Territoriale permette la gestione di un sistema finalizzato verso diverse funzioni:

- 1) l'accesso alle Cure Primarie, e in particolare:
 - a) alla Continuità Assistenziale, per quelle prestazioni non gestite dalla Rete delle Emergenze
 - b) alle Cure Domiciliari
 - c) alla Valutazione Multidimensionale
- 2) la tracciabilità del percorso
- 3) la gestione di un data base dei casi, condivisa e disponibile per tutti coloro che sono coinvolti nel processo di cura e di assistenza
- 4) la ricerca attiva dei pazienti per garantire la presa in carico proattiva e la continuità del percorso in relazione ai programmi definiti ("medicina di iniziativa") e al monitoraggio dei costi collegati alla patologia
- 5) un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico.

Per comprendere come sarà organizzato il servizio di presa in carico del paziente cronico riacutizzato da parte dell'ASL è necessario distinguere tra i pazienti che arrivano al sistema emergenza/urgenza con un problema risolvibile da altri livelli assistenziali, e quelli già ricoverati.

Per il primo gruppo di pazienti è previsto il collegamento tra il sistema 118/PS e i MMG attraverso un'integrazione tra il sistema informatico 118/PS e il sistema EVOMEDIR.

Per il secondo gruppo di pazienti, si può prevedere un Team di presa in carico, per il percorso post-dimissione, formato da personale sanitario (infermieri con specifica formazione e attitudine)

coordinato da un medico specialista (tipicamente, un geriatra), che possa accedere al data base dei casi, come specificato al punto 2 del paragrafo precedente. Al momento della segnalazione di un caso clinico, una persona del gruppo prende in carico il paziente e ne cura la definizione del percorso diagnostico terapeutico, il progetto di cura, insieme all'Unità di Valutazione Multidimensionale, nonché, successivamente, tutti i passaggi da un livello assistenziale all'altro. Questo "case manager" sarà, inoltre, in stretto contatto con i "case manager" presso le strutture sanitarie che gestiscono il paziente.

Dovrà essere presidiato anche il percorso inverso, per la presa in carico di un paziente che è assistito a domicilio o in struttura extraospedaliera e richiede visite specialistiche/procedure diagnostiche in tempi brevi. L'impossibilità di organizzare in maniera efficiente quanto è necessario esita inevitabilmente in ricovero; per questo motivo oltre alle dimissioni "protette" con le modalità prima specificate è necessario definire percorsi di ammissioni "protette", in sostituzione di ricoveri per acuti.

Indicatori di esito / di processo

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

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





4.2 Azioni da intraprendere

4.2.1. Riallocazione delle risorse

Il perseguimento dell'appropriatezza dei ricoveri per acuti conseguente alla riorganizzazione della rete ospedaliera libera risorse (strutture e personale) che devono essere riallocate nel livello di assistenza territoriale per potenziare la capacità del sistema delle Cure Primarie di prendersi carico di quei bisogni della popolazione, che oggi trovano l'unica risposta, inappropriata per livello, nella rete ospedaliera.

La riconversione dei posti letto per acuti e di piccoli ospedali, oggi non più sicuri, deve costituire l'occasione per recuperare il patrimonio edilizio e di professionalità ad incrementare le capacità di assistenza del livello territoriale.

Il potenziamento del sistema di offerta territoriale può prevedere la risistemazione delle risorse in una o più delle seguenti tipologie di servizi:

-  Strutture di Cure Intermedie
-  Case della Salute-Ospedali Territoriali
-  Equipe Territoriali della Medicina Generale
-  Cure Domiciliari

A tal fine, quindi, si prevede che il personale in questo modo reso disponibile venga utilizzato secondo il seguente schema:

in misura non superiore al 20%	per colmare eventuali carenze di organico nelle altre strutture ospedaliere
in misura pari almeno all'80%*	per potenziare il sistema di offerta territoriale

** qualora le Aziende Sanitarie non rispettino l'indicazione, non potranno attivare i servizi sopra indicati*

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

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

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

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

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

Per gli anziani, il sottogruppo R2 (Mattone 12 "Assistenza Residenziale e Semiresidenziale") e, per la riabilitazione estensiva, il sottogruppo RRE1, possono rappresentare una risposta ad una parte delle inapproprietezze di ricoveri individuate presso le strutture ospedaliere per acuzie e postacuzie.

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

Una motivazione rilevante della prolungata durata della degenza di molti ricoveri ospedalieri è la difficoltà di dimissione dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale in struttura. Le strutture residenziali non rispondono, se non in minima parte, a questo tipo di esigenze e quindi impediscono, anche nelle Regioni in cui sono numerose rispetto alla media nazionale, la gestione dei pazienti ad un livello più appropriato, rispetto a quello ospedaliero, con un'assistenza pienamente sufficiente al bisogno e ad un costo minore.

E' fattibile che una parte dei ricoveri non appropriati in strutture di riabilitazione ospedaliera possa trovare una corretta destinazione presso questo tipo di strutture, attraverso la conversione di una quota dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera. Ancor più importante, le Strutture di Ricoveri Intermedi, rispetto ai ricoveri medici per acuti non appropriati, forniscono una risposta a fabbisogni oggi soddisfatti solo a livello ospedalieri

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

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

adatto alle limitazioni relazionali e favorito dall'organizzazione ambientale, alberghiera ed assistenziale proprio della struttura a valenza residenziale

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

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

- dimessi da reparti per acuti i quali, pur non richiedendo un intervento di riabilitazione intensiva, non possono essere dimessi al proprio domicilio;
- dimessi dalla Emergenza/Pronto soccorso, per i quali il ricovero in reparto per acuti potrebbe essere inappropriato in quanto rispondente a bisogni sostanzialmente di urgenza sociale e non clinica (come ad es. per anziani soli o con scarsa tenuta della rete familiare);
- dimessi da reparti per postacuzie che hanno terminato il ciclo di riabilitazione intensiva che non possono ancora essere dimessi al proprio domicilio;
- una quota di pazienti dal proprio domicilio che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dalle varie forme di Cure Domiciliari.

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

Le Strutture di Cure Intermedie dimettono i pazienti:

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

Si prevede una permanenza presso le SCI, articolata secondo il progetto del singolo individuo, con predisposizione di obiettivi di degenza media variabile, secondo la diagnosi di ricovero, da 10 a 40 giorni. Per alcune tipologie di pazienti e in pochi casi (minore di 5%) è possibile di avere un ricovero oltre questi limiti. Le cure previste sono prevalentemente di tipo assistenziale e riabilitativo di mantenimento con conduzione medica ad orientamento geriatrico e di specialisti nella gestione di patologie croniche.

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

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

La tariffazione deve essere prevista, con una o più soglie intermedie tra quella della lungodegenza ospedaliera (cod 60), oggi intorno a euro 150 interamente a carico del SSR, e quella delle strutture

Residenziali (oggi intorno a euro 100, di cui la metà a carico della sanità e metà a carico dell'ospite).

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

La quota alberghiera a carico della persona accolta (o dei Servizi Sociali) potrà essere variabile a seconda della tipologia dei pazienti e dei tempi di ricovero: nessuna quota sino al 10° giorno e per i pazienti con prognosi in exitus, in fase di definizione diagnostica dello stato vegetativo, di completamento di terapie iniziate in fase di ricovero per acuzie; successivamente, dall'11° giorno o dal termine del completamento delle terapie iniziate in fase di acuzie sino al 40° giorno di permanenza incluso, euro 15 pro die (equivalente alla proquota giornaliero dell'assegno di accompagnamento). Il protrarsi della degenza oltre tali termini comporta il pagamento del 50% della tariffa, e in ogni caso di una quota di partecipazione non inferiore a quella prevista per la residenzialità extraospedaliera, al fine di evitare distorsioni nello svolgimento dei percorsi assistenziali. L'effetto progressivo dell'incremento della quota a carico dell'assistito è un incentivo, in forte integrazione con il sistema sociale (comune e famiglia), ad un avvio, il più celere possibile, a forme di Cure domiciliari.

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

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

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

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

La dotazione standard minima per singola struttura è stabilita in due moduli da 30 PL ciascuno, allo scopo di raggiungere un corretto livello di efficienza; e con la possibilità di organizzazioni strutturali più ampie, che possano consentire economie di scala, in aree intensamente popolate.

In situazioni specifiche, ove la Struttura di Cure Intermedie sia inserita all'interno di una organizzazione che includa anche altri livelli assistenziali (quali nuclei di assistenza residenziale a lungo termine), è possibile prevedere un solo modulo di 30 pl.

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

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

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

"I percorsi che portano alle prestazioni residenziali possono prevedere la provenienza dell'utente dall'ospedale per acuti, da una struttura di post-acuzie o dal domicilio. Del resto la prestazione residenziale non deve essere intesa come una soluzione finale del percorso, ma come un nodo dinamico della rete che deve prevedere la dimissibilità a domicilio in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate. Analogamente andranno considerate come appropriate, e per quanto possibile garantite, le soluzioni di ricovero temporaneo, anche per sollievo del nucleo familiare." (Mattone 12)

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

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

Indicatori di esito / di processo

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

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

- tasso di ospedalizzazione di ricoveri ordinari non chirurgici afferenti all'allegato B del Patto della Salute rispetto al tasso di ospedalizzazione delle regioni bench-mark;
- distribuzione percentuale della destinazione alla dimissione (domicilio, reparto per acuti, altra struttura residenziale extraospedaliera, decesso) da SCI;
- luogo di dimora per i 3 mesi successivi alla dimissione da SCI;
- numero di ricoveri ospedalieri ordinari non chirurgici di persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a 12 giorni;
- numero di giornate di ricovero presso i reparti di postacuzie, per tipologia di MDC (Major Diagnostic Category);

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

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

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

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

Definizione di Casa della Salute-Ospedale del Territorio

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

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

Funzioni da svolgere nella Casa della Salute

- I. Accoglienza
- II. Prima valutazione del bisogno
- III. Orientamento ai servizi (antenna dello Sportello Unico)
- IV. Presa in carico complessiva dei pazienti attraverso la gestione coordinata delle grandi aree di cronicità che hanno un riflesso socio economico rilevante (diabete, BPCO, scompenso, rischio cardiovascolare, cronicità oncologica) secondo percorsi/protocolli concordati con i soggetti e le strutture di secondo livello
- V. Pianificazione e gestione integrata delle Cure Domiciliari finalizzata alla ripresa in carico nell'alveo territoriale di quelle patologie non necessitanti di ricovero in strutture specialistiche di livello superiore
- VI. Garanzia dell'integrazione sociale e sanitaria
- VII. Interfaccia strutturale con i Servizi di Emergenza/Urgenza nelle loro varie articolazioni mediante l'utilizzo di protocolli uniformi, anche se adattabili alle esigenze del bacino di competenza ed erogazione di prestazioni urgenti, in particolare se sede di PPI
- VIII. Erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale e prestazioni specialistiche di medici della rete ospedaliera oppure di specialisti convenzionati
- IX. Posto di primo soccorso per codici bianchi e codici verdi, sotto il coordinamento della Centrale Operativa della Rete per le Emergenze

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

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

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

erogate dal SSR;

- la presenza di un ambulatorio infermieristico.

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

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

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

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

Modelli

E' prevista l'attivazione di due modelli:

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

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

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

I parametri tendenziali sono:

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

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

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

Le attività della Casa della Salute-O.T. possono essere organizzate per aree funzionali, così come indicato in allegato. L'articolazione funzionale di ciascuna Casa della Salute è flessibile, per consentire al Distretto la distribuzione delle discipline e delle attività sulla base delle necessità assistenziali della popolazione e delle disponibilità organizzative.

Per il funzionamento della Struttura, ruolo cardine è svolto dagli Infermieri assegnati, che, mantenendo la propria specificità professionale, operano in stretto rapporto con i medici di medicina generale per le seguenti attività: ambulatoriale, consultoriale, supporto all'unità di valutazione multidimensionale, Residenza Sanitaria Assistenziale, Ospedale di Comunità (questi ultimi ove esistenti) e per le attività cliniche. Negli istituti di Cure Domiciliari attive e in regime di reperibilità assicurano l'assistenza H24 per i pazienti più impegnativi (es. dimissioni protette in post-acuzie, cure palliative in fase terminale). Fondamentale la disponibilità di massa critica di personale infermieristico in grado di garantire un servizio attivo, incrementabile attingendo anche dalle unità "liberate" dal processo di razionalizzazione dell'Assistenza Ospedaliera.

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

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

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

L'apertura per almeno 12 h/die garantisce all'utenza una risposta alternativa e appropriata all'accesso al Pronto Soccorso e, sulla base di protocolli concordati, può consentire di completare il

percorso diagnostico e/o terapeutico per i pazienti inviati avviati, con appropriato codice di priorità, dal 118/PS.

Gli effetti organizzativi saranno quindi:

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

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

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

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

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

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

- rivalutare il dimensionamento e il posizionamento delle postazioni di C.A., alla luce dei criteri enunciati nel paragrafo, tendendo ad aggregare più postazioni in unica sede nei casi in cui il contesto demografico e la viabilità lo consentano, e, ove possibile, collocandone preferenzialmente le sedi presso le Strutture di Cure Intermedie e le Case della Salute-O.T.
- centralizzare le chiamate su 2 centrali operative (coincidenti con le Centrali operative 118), dotate di numero verde (area Nord, Sud) in collegamento costante con tutte le sedi, al fine di garantire la continuità di erogazione del servizio, migliorandone la qualità reale e percepita da parte della popolazione

Le *forme associative della medicina primaria* sono state introdotte, sul modello delle practices inglesi, dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 2000, poi confermate e incentivate dai successivi ACN (2005 e 2009), per ovviare al tradizionale isolamento professionale del MMG e per consentire maggiore accessibilità, qualità delle cure (attraverso la condivisione di linee guida diagnostico-terapeutiche per le

patologie a più alta prevalenza, incontri di verifica e revisione della qualità e dell'appropriatezza prescrittiva e il confronto fra pari), e continuità assistenziale.

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

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

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

4.3 L'assistenza specialistica

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

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

Tipologia	Prestazioni abitante anno
Diagnostica per Immagini	7,0
Diagnostica di Laboratorio	1,0

Riabilitazione	1,2
Specialistica ambulatoriale	2,8
TOTALE	12

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

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

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

Gli Specialisti Ambulatoriali Interni inoltre:

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

4.3.1 Le Cure Domiciliari

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

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

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

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

- *Cure Domiciliare a bassa intensità di assistenza sanitaria domiciliare* – l'intervento sanitario si esplica con accessi programmati mensili/quindicinali.
- *Cure Domiciliari a media intensità di assistenza sanitaria domiciliare* – l'intervento sanitario si esplica con accessi programmati settimanali in un quadro di pronta disponibilità diurna infermieristica.
- *Cure Domiciliari ad alta intensità di assistenza sanitaria domiciliare* – l'intervento sanitario si esplica con due o più accessi programmati settimanali del medico, dell'infermiere e/o di altri operatori sanitari, in un quadro di pronta disponibilità sia medica sia infermieristica h24 per 7 giorni alla settimana, assicurando uno stretto collegamento con la struttura ospedaliera di riferimento. Rientra nel terzo livello assistenziale anche l'*ospedalizzazione a domicilio*.

La richiesta di attivazione può essere presentata al Distretto dal MMG, dallo SAI, dai servizi sociali del comune di residenza, o dai familiari del paziente e può essere effettuata, in vista della dimissione, dal responsabile del reparto ospedaliero o del servizio di dimissioni protette, preposto alla segnalazione sistematica, tempestiva e proattiva dei casi di pazienti fragili insorti in occasione del ricovero oppure già seguiti a domicilio. L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) esegue la valutazione iniziale del paziente entro precisi limiti di tempo, a seconda del grado di urgenza del caso (entro 3 giorni nei casi urgenti; entro 5 giorni in caso di dimissione protetta; entro 10 giorni o 3 settimane negli altri casi, in base alla capacità di supplenza da parte della rete informale; entro 5 settimane in caso di domanda cautelativa); può essere effettuata direttamente in ospedale nei casi di urgenza.

L'UVMD valuta in maniera integrata i bisogni espressi da ciascuna persona, ne accerta il grado di non autosufficienza e ne definisce il profilo funzionale, utilizzando in tutta la Regione uno strumento omogeneo per la valutazione multidimensionale (S.Va.M.A. ecc vedere Mattone 12) infine predispone un progetto personalizzato, indirizzando il paziente verso uno o più dei servizi esistenti (Cure Domiciliari, centro diurno, RSA, ecc.). È poi necessario rivalutare periodicamente il tipo di assistenza erogata, in relazione all'evoluzione del caso. Il *case manager* (ovvero il "responsabile del caso", di solito l'infermiere professionale o il MMG) opera come punto di riferimento per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'équipe, verificando la corretta attuazione del percorso assistenziale.

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

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

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

4.4 La formazione

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

In particolare sono obiettivi strategici:

- la definizione di un Piano regionale per la formazione coerente con gli obiettivi innovativi introdotti dalla programmazione regionale
- il coinvolgimento, quale destinatario del piano, non solo del personale dipendente del Servizio Sanitario Regionale, ma anche dei convenzionati esterni, sia medici di MG e PLS, che Specialisti Ambulatoriali Interni che medici di Continuità Assistenziale, che sono parte integrante e centrale del sistema di offerta. Per alcuni aspetti la formazione deve essere prevista in modo congiunto per medici/personale ospedaliero e territoriale, in particolare per la formazione mirata alla realizzazione di un reale e concreto passaggio della presa in carico del paziente tra Ospedale e Territorio (sia in entrata sia in uscita dall'Ospedale), specie per i pazienti cronici.
- l'organizzazione di percorsi formativi che prevedano momenti interdisciplinari, in particolare fra MMG, medici di Distretto, infermieri e fisioterapisti, finalizzati alla implementazione delle Cure Domiciliari e Cure Palliative
- l'organizzazione di percorsi formativi interdisciplinari, in particolare fra medici di Medicina Generale, di Continuità Assistenziale, di Distretto, Specialisti Ambulatoriali e Specialisti Ospedalieri, finalizzati alla produzione e attivazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Aziendali condivisi sulle patologie croniche di più largo impatto (scompenso cardiaco, ictus, cardiopatia ischemica, TAO, diabete, tumori con particolare riguardo alla fase del follow-up)
- l'organizzazione di corsi formativi incentrati a) sulla comunicazione con l'utenza, avendo particolare cura all'approccio e alla comunicazione con la persona sofferente, specie se in condizioni di fragilità, B) sui modelli comunicativi ottimali tra categorie di operatori sanitari. La gestione dei corsi e l'annesso percorso formativo è a cura di professionisti esperti in psicologia della comunicazione.
- la graduale introduzione in ogni Azienda di iniziative di Audit Clinico, per valutare in maniera sistematica la pratica professionale, ed eventualmente per rivederla, al fine di migliorare la dimensione tecnico-professionale della qualità delle cure, della sicurezza e dell'organizzazione

4.5 Potenziamento dell'informatizzazione

Il Tavolo di lavoro permanente Sanità Elettronica delle Regioni e delle Province Autonome (TSE) ha emanato in data 31/03/2006 il documento "Strategia Base per la Sanità Elettronica". Con questo

documento è stata indicata la strategia architetture di riferimento per il sistema nazionale e per i sistemi regionali di Sanità Elettronica, ponendo i seguenti obiettivi fondamentali:

- disponibilità delle informazioni cliniche: l'infrastruttura deve rendere disponibili le informazioni cliniche dell'assistito (la sua storia clinica) dove e quando queste sono clinicamente utili, in qualsiasi punto della rete dei servizi;
- gestione di alert di comunicazione tra servizi, in maniera da segnalare in maniera certa e tempestiva ai servizi interessati l'accadimento di alcuni passaggi critici (ad esempio: ammissione in Pronto Soccorso di un paziente già assistito nell'ambito delle Cure Domiciliari o del sistema della residenzialità, individuazione della presa in carico in cure palliative al termine delle cure attive oncologiche, ecc.)
- architettura federata: l'infrastruttura deve adottare soluzioni che possano cooperare con altri domini (con altre Aziende Sanitarie e con il livello regionale), al fine di concorrere alla creazione della storia clinica del paziente consultabile a livello regionale e/o nazionale;
- sicurezza e *privacy*: l'infrastruttura, data la delicatezza delle informazioni trattate, deve avere un grado di sicurezza elevato in termini di sicurezza e rispetto della *privacy*;
- affidabilità e disponibilità: l'infrastruttura deve essere intrinsecamente affidabile e deve essere disponibile 24 ore al giorno per tutti i giorni della settimana;
- struttura modulare: l'infrastruttura deve essere pensata in maniera modulare, e non in modo monolitico, per evitare una rapida obsolescenza del sistema;
- integrazione con i sistemi esistenti: l'infrastruttura deve avere la minima invasività possibile rispetto ai sistemi esistenti, sia al fine di salvaguardare gli investimenti fatti, sia per garantire che l'infrastruttura non carichi di complessità i sistemi locali, rendendo così difficoltosa la sua adozione.
- implementazione dei sistemi di telemedicina.

La Sanità elettronica ha un'architettura complessa: vi opera, per un verso, un gruppo di attori che creano informazioni di cui rimangono responsabili e, per un altro verso, un insieme di attori che utilizzano informazioni (secondo le autorizzazioni ed in modo non del tutto prevedibile nei dettagli) sia per usi clinico/assistenziali (usi primari) che per usi amministrativi, di governo, epidemiologici e di ricerca (usi secondari). Attualmente nella nostra Regione sono in corso di definizione il progetto per il fascicolo sanitario elettronico EVOMEDIR in grado di interfacciarsi con il sistema SISAR, ed è in corso il progetto TNS-CS. Il pieno funzionamento delle attività previste consentirà:

- la messa a regime della "ricetta rossa" informatizzata;
- lo sviluppo della firma digitale per tutto il personale medico;
- l'implementazione e la diffusione della cartella clinica elettronica nelle strutture ospedaliere;

- lo sviluppo del fascicolo socio-sanitario elettronico con i seguenti sub-obiettivi:
- la disponibilità del fascicolo individuale per tutti gli assistiti della Regione;
- la completezza dei referti nel fascicolo (comprese immagini radiologiche, dati su vaccinazioni, riconoscimento di invalidità e handicap e protesica);
- la completezza dei dati di sintesi clinica (*patient summary*);
- la valorizzazione del fascicolo quale strumento a supporto della diagnosi e della cura (referti strutturati per comunicazione tra Azienda ULSS e medico di famiglia, evoluzione dei sistemi nelle reti di patologia e dei piani diagnostico-terapeutici, integrazione con i sistemi emergenza-urgenza, sviluppo della telemedicina e telesoccorso);
- l'integrazione dei sistemi sulla prevenzione e degli *screening*;
- lo sviluppo della componente sociale e della componente pediatrica del fascicolo.

La stragrande maggioranza dei MMG e dei PLS è collegata in rete ed è in grado di interfacciarsi con EVOMEDIR e con le articolazioni operative di SISAR aziendali e/o extra-aziendali o regionali, e può partecipare telematicamente al processo di diagnosi e cura, alimentando con i loro *software* specifici, il Fascicolo con delle sintesi significative dello stato di salute dei pazienti (*patient summary*), partendo anche dalla consultazione dei documenti già presenti e prodotti da altri operatori (circolarità dell'informazione).

Più in generale, l'orientamento dell'attività del medico/pediatra di famiglia ad essere polo informativo per l'analisi dello stato di salute della popolazione assistita (supporto all'analisi epidemiologica e contributo alla programmazione aziendale), oltre che di verifica della congruità dell'uso delle risorse (controllo della domanda e governo economico-finanziario dell'Azienda) rende necessario il rapido completamento dei progetti in corso.

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

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

4.6 Definizione indicatori e monitoraggio delle azioni intraprese

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

Gli indicatori proposti e condivisi con il mondo professionale, saranno individuati con successivo atto.

Rappresentano, pertanto, indirizzi della programmazione regionale:

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

5. Allegati

Allegato 1

5.1 Valori attesi di percentuale di RO dei DRG chirurgici di cui all'allegato B del Patto della salute

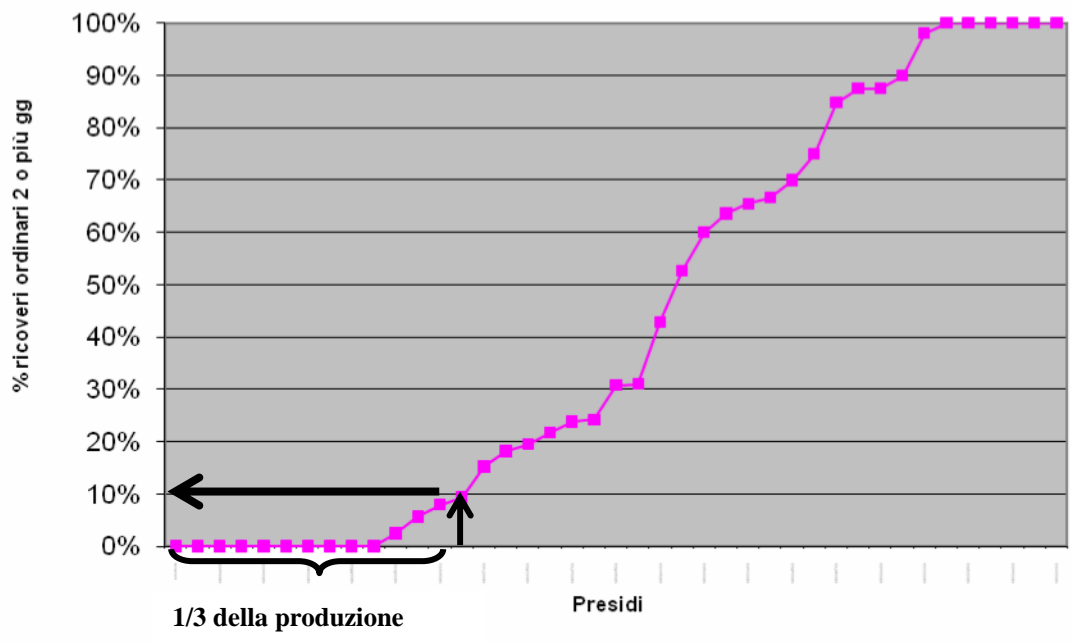
DRG	Descrizione	% ric ordinario >1 g su totale ricoveri
6	Decompressione del tunnel carpale	1%
8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	10%
36	Interventi sulla retina	11%
38	Interventi primari sull'iride	25%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1%
40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	8%
41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	4%
51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	1%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	95%
59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	99%
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	98%
61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	82%
62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	100%
119	Legatura e stripping di vene	6%
158	Interventi su ano e stoma senza CC	18%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	50%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	12%
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	50%
168	Interventi sulla bocca con CC	3%
169	Interventi sulla bocca senza CC	5%
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	32%
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	29%
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	7%
232	Artroscopia	25%
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1%
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	4%
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	34%
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	11%
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	10%
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	75%
342	Circoncisione, età > 17 anni	2%
343	Circoncisione, età < 18 anni	7%
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	91%

DRG	Descrizione	% ric ordinario >1 g su totale ricoveri
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	17%
362	Occlusione endoscopica delle tube	75%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	5%
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	25%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	12%
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	19%
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	26%

Per i DRG 006, 039 e 162 è, inoltre, previsto che una percentuale dei ricoveri diurni sia erogata in forma ambulatoriale e la percentuale dei ricoveri maggiore di un giorno è calcolata sul totale del numero di ricoveri e di prestazioni ambulatoriali.

Esempio del metodo applicato per stabilire il valore limite di percentuale di ricovero ordinario (maggiore di un giorno) per un DRG specifico (vedere la figura sotto).

- I presidi regionali sono ordinati in modo crescente sulla percentuale effettiva di ricoveri ordinari da due giorni in su. Nella figura, sulla sinistra, sono indicati i presidi che erogano tutta la produzione in forma diurna oppure con ricoveri ordinari da zero a un giorno (0% ricoveri ordinari da 2 GG o più) mentre nella parte destra vi sono i presidi che erogano tutta la produzione in forma di ricoveri ordinari da due giorni in su (100% ricoveri ordinari da 2 GG o più).
- Per ciascun presidio si misura il numero totale di prestazioni erogate per il DRG. Si somma la produzione dei presidi da sinistra a destra. Quando si arriva ad un terzo della produzione totale si verifica la percentuale del presidio specifico. Nell'esempio sotto il presidio ha una percentuale di 10%.
- Per questo DRG il valore soglia è, quindi, 10%. La figura evidenzia che nel gruppo virtuoso, composto da tutti i presidi a sinistra del presidio limite, la percentuale è più bassa.
- Le verifiche effettuate sulla composizione di ciascun presidio per età, per modalità di ricovero ecc, hanno evidenziato come le differenze di comportamento siano principalmente dovute a fattori organizzativi.
- Con il passare degli anni sarà necessario il ricalcolo delle percentuali di riferimento man mano che il sistema migliora.



Allegato 2

5.2 Tasso di ospedalizzazione medio regionale correlata a quello delle regioni di confronto, DRG medici di cui all'allegato B del Patto della salute

La tabella presenta per ciascun DRG il tasso medio delle regioni di confronto da utilizzare come riferimento

DRG	Descrizione	Tasso benchmark
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	0,2663
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	0,2465
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	0,2248
65	Alterazioni dell'equilibrio	0,3618
70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	0,3343
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	0,6043
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	0,1001
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1,0724
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	0,5647
133	Aterosclerosi senza CC	0,1600
134	Iperensione	0,3567
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	1,3033
142	Sincope e collasso senza CC	0,3987
183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1,2649
184	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	0,6171
187	Estrazioni e riparazioni dentali	0,1163
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	0,6038
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	0,4576
208	Malattie delle vie biliari senza CC	0,5684
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	0,6227
243	Affezioni mediche del dorso	0,9135
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	0,2117
248	Tendinite, miosite e borsite	0,2541
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	0,2274
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	0,0971
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	0,0674
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	0,2903
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	0,3556
276	Patologie non maligne della mammella	0,0271
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	0,1651
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	0,0356
283	Malattie minori della pelle con CC	0,0764
284	Malattie minori della pelle senza CC	0,3902

DRG	Descrizione	Tasso bench- mark
294	Diabete, età > 35 anni	0,4331
295	Diabete, età < 36 anni	0,1469
299	Difetti congeniti del metabolismo	0,1605
301	Malattie endocrine senza CC	0,6090
317	Ricovero per dialisi renale	0,0057
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	0,7640
324	Calcolosi urinaria senza CC	0,4726
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	0,1851
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	0,0293
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	0,0413
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	0,2997
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	0,1675
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	0,1317
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	0,0896
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	0,5422
384	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	0,4408
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1,0692
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	0,0989
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	0,2182
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	0,5169
409	Radioterapia	0,4611
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	0,2973
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	0,2863
426	Nevrosi depressive	0,1743
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	0,1042
429	Disturbi organici e ritardo mentale	0,5204
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	0,0444
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	0,2035
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	0,9342
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	0,1609
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	0,2516
564	Cefalea, età > 17 anni	0,1724

Il DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta", è affrontato con metodo diverso.

Allegato 3

5.3 Tabella tassi di occupazione per specialità utilizzati nel calcolo di posti letto

Il tasso di occupazione è calcolato su 365 giorni all'anno per i ricoveri ordinari (RO) e su 250 giorni all'anno per quelli diurni (DH) (150% = 1,5 accessi al giorno).

Acu	Area	diffus	Codice	Descrizione	Tasso occupazione		
					RO	DH	
0	1	1	20	Immunologia e centro trapianti	80%	150%	
			25	Medicina del lavoro	80%	150%	
			57	Fisiopatologia della riproduzione umana	80%	150%	
			66	Oncoematologia pediatrica	80%	150%	
			71	Reumatologia	80%	150%	
			77	Nefrologia pediatria	80%	150%	
		2	2	1	Allergologia	80%	150%
				18	Ematologia	85%	150%
				19	Malattie endocrine, della nutrizione e del ricamb.	80%	150%
				21	Geriatria	80%	150%
				24	Malattie infettive e tropicali	75%	150%
				52	Dermatologia	80%	150%
				58	Gastroenterologia	80%	150%
				65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)	80%	150%
				68	Pneumologia	85%	150%
				70	Radioterapia (vedere codice 74)	80%	150%
		3	3	8	Cardiologia	80%	150%
				26	Medicina generale	85%	150%
				29	Nefrologia	80%	150%
				32	Neurologia	80%	150%
				64	Oncologia	80%	150%
		2	1	6	Cardiochirurgia infantile	80%	150%
				7	Cardiochirurgia	80%	150%
				10	Chirurgia maxillo-facciale	80%	150%
				11	Chirurgia pediatrica	80%	150%
				12	Chirurgia plastica	80%	150%
				13	Chirurgia toracica	80%	150%
	48			Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	80%	150%	
	76			Neurochirurgia pediatrica	80%	150%	
	78			Urologia pediatrica	80%	150%	
	2		2	14	Chirurgia vascolare	80%	150%
				30	Neurochirurgia	80%	150%
				35	Odontoiatria e stomatologia	80%	150%
	3		3	9	Chirurgia generale	80%	150%
				34	Oculistica	85%	200%
				36	Ortopedia e traumatologia	80%	150%
				38	Otorinolaringoiatria	80%	150%
43				Urologia	80%	150%	
3	2	33	Neuropsichiatria infantile	80%	150%		
	3	31	Nido	80%	150%		
		37	Ostetricia e ginecologia	75%	150%		

Acu	Area	diffus	Codice	Descrizione	Tasso occupazione		
					RO	DH	
			39	Pediatria	75%	150%	
			62	Neonatologia	80%	150%	
	4	1	46	Grandi ustioni pediatriche	80%	150%	
			47	Grandi ustionati	80%	150%	
		2	73	Terapia intensiva neonatale	80%	150%	
			3	49	Terapia intensiva	80%	150%
		50		Unità coronarica	80%	150%	
		51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	80%	150%		
	5	3	40	Psichiatria	80%	150%	
	7			2	Day hospital (multispecialistico)		150%
				3	Anatomia e istologia patologica	80%	150%
				5	Angiologia	80%	150%
				15	Medicina sportiva	80%	150%
				27	Medicina legale	80%	150%
				41	Medicina termale	80%	150%
				42	Tossicologia	80%	150%
				54	Emodialisi	80%	150%
55				Farmacologia clinica	80%	150%	
61				Medicina nucleare	80%	150%	
67				Pensionanti (multispecialistico)	80%	150%	
69				Radiologia	80%	150%	
82				Anestesia e rianimazione (Serv. ambulatoriale)	80%	150%	
97	Detenuti	80%	150%				
98	Day surgery	80%	150%				
1	6	1	28	Unità spinale	80%	150%	
			75	Neuroriabilitazione	80%	150%	
		3	56	Recupero e riabilitazione funzionale	85%	150%	
			60	Lungodegenti	90%	150%	

Allegato 4

Case della Salute-Ospedale territoriale

Funzioni della Casa della Salute

Nelle tabelle seguenti viene descritto un modello standard di riferimento enucleandone le caratteristiche funzionali per aree, fermo restando che alcuni spazi sono da considerare "moduli", flessibili, attivabili a seconda delle finalità e del modello organizzativo scelto.

AREA DELLE CURE PRIMARIE		
Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Studi medici per MMG e PLS	<p>I MMG e i PLS dispongono di ambulatori propri (anche in condivisione) con sale di attesa, servizi di segreteria e attrezzati con tecnologie informatiche.</p> <p>I medici, anche mantenendo il proprio ambulatorio, possono svolgere a turno parte o tutta la propria attività in modo coordinato presso la struttura, in modo da garantirne un'apertura continuativa durante l'arco della giornata.</p> <p><u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 12 - prefestivi: h 4</p>	<p>È richiesta un'area amministrativa o di segreteria dove si possono effettuare prenotazioni degli accessi (visite, ripetizioni di ricette, visione referti, ecc.).</p> <p>In particolare un elemento di qualità che dovrà caratterizzare la struttura è rappresentato dalla informatizzazione e dal collegamento in rete tra i Medici convenzionati (rete orizzontale) e le strutture di riferimento dell'Azienda Sanitaria (rete verticale).</p>
Ambulatori infermieristici e per piccole urgenze	<p>Oltre all'attività prettamente infermieristica possono essere garantite quelle prestazioni non differibili che non richiedono l'accesso al Pronto Soccorso (es. medicazioni successive, rimozione punti, prelievi, cicli di terapie, ecc.).</p> <p><u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriale: h 4</p>	<p>L'ambulatorio infermieristico può anche fungere da Punto Unico di Accesso alle Cure Domiciliari.</p> <p>In ogni caso necessita di un locale ad uso deposito farmaci e di distribuzione di presidi sanitari (es. cateteri, ecc.).</p>
Locali per l'Assistenza Domiciliare Integrata	<p>Attività prettamente svolta al domicilio ma che necessita di una propria sede (per attività di coordinamento, deposito materiali, ecc.) e di mezzi di trasporto (parco-auto).</p> <p><u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 12 - prefestivi: h 4 + reperibilità notturna e festiva</p>	

AREA DELLE CURE PRIMARIE

Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Locali per Unità di Valutazione Multidimensionale	Attività collegata alla rete dei servizi che individua le procedure di presa in carico del paziente portatore di patologie complesse. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali, a bisogno	

AREA DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Ambulatorio e spazio per MCA	L'attività svolta in maniera integrata con i MMG garantirà la continuità h24 7gg./7. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - notturna, prefestiva e festiva	Quando necessario l'attività svolta può integrarsi con l'attività dell'annesso Punto della rete emergenza.

AREA DELLE ATTIVITA' SOCIOSANITARIE

Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Locali per l'erogazione di prestazioni sociosanitarie	Attività sociosanitarie, compreso il supporto psicologico per Case della Salute-O.T. con bacini di popolazione maggiori, e attività fortemente integrate con la rete dei servizi sociali territoriali <u>Fascia oraria indicativa:</u> - h 6-8	

AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA		
Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Locali e dotazioni tecnologiche idonee	Trattamento delle urgenze minori e prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità al fine di consentire il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - h 12 o h 24 a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie	

AREA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DELLA DIAGNOSTICA		
Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Punto prelievi	Spazio funzionale destinato alle attività di prelievo, collocato in sede diversa da quella del laboratorio analisi. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali e prefestivi: h 2	Va previsto anche un servizio di prelievo a domicilio per le persone non deambulanti, funzionalmente collegato al punto prelievi. Nel Punto Prelievi possono essere raccolti i campioni per lo screening per i tumori del colon.
Ambulatori per medicina specialistica (poliambulatorio)	Le specialità potrebbero essere: cardiologia, oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia, dermatologia, endocrinologia, geriatria, ginecologia fortemente integrata con le attività del consultorio familiare. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 8 - prefestivi: h 4	Le attività potranno coinvolgere sia specialisti convenzionati che ospedalieri. Eventualmente nell'ambulatorio di ostetricia può essere effettuato lo screening per il carcinoma della cervice uterina.
Locali dotati di tecnologie diagnostiche semplici	La dotazione potrebbe comprendere: 1. radiologia 2. ecografia di base 3. spirometria 4. ECG <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 8 - prefestivi: h 4	La strumentazione è utilizzata direttamente dagli specialisti afferenti alla struttura con orari programmati. E' prevista anche un'attività di diagnosi radiologica domiciliare per le persone non trasportabili. In quest'area può essere effettuato lo screening per il carcinoma della mammella.
Locali per tecnologie informatiche (teleconsulto, teleassistenza)	L'implementazione potrebbe riguardare: 5. la teleradiologia, 6. la telecardiologia, 7. i point of care per diagnostica urgente. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - a bisogno	A supporto dell'attività diagnostica del MMG e ad integrazione dell'attività specialistica.

AREA DELLA PREVENZIONE

Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Ambulatori per lo svolgimento di attività preventiva	Svolgimento di vaccinazioni, screening oncologici, attività di prevenzione e profilassi delle malattie infettive, ecc. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 6	Possono essere ricompresi nell'ambulatorio infermieristico o negli ambulatori di diagnostica.
Locali destinati al Consultorio familiare	Struttura ambulatoriale dedicata a interventi socio-sanitari rivolti alla promozione della donna e del bambino, all'educazione al parto, alla prevenzione dei rischi nel campo della maternità e infanzia. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 6	

AREA DELLE ATTIVITÀ ACCOGLIENZA/AMMINISTRAZIONE/SUPPORTO

Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Reception	<p>È punto di informazione e comunicazione con i cittadini, nonché front office per prenotazione di prestazioni specialistiche e strumentali.</p> <p><u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 12 - prefestivi: h 4</p>	Può svolgere funzioni di segreteria anche per la programmazione degli accessi al MMG/PLS.
Punto Unico di Accesso	<p>È in contiguità con il CUP, ma funge da centrale operativa per la ricezione delle istanze e la presa in carico socio-sanitaria.</p> <p><u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 12 - prefestivi: h 4</p>	
Uffici amministrativi	<p>Svolgono funzioni di front-office per le principali attività distrettuali (iscrizione al SSN, cambio/revoca del MMG, esenzione pagamento ticket, ecc.).</p> <p><u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 12 - prefestivi: h 4</p>	Alcuni particolari spazi amministrativi si trovano necessariamente in aree condivise con gli spazi di accoglienza, come il CUP e il PUA.
Ufficio assistenza protesica + Locali ad uso magazzino dove mantenere e distribuire i presidi	<p>È ufficio preposto all'autorizzazione e fornitura degli ausili agli aventi diritto.</p> <p><u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 6 - prefestivi: h 4</p>	Può essere contiguo agli uffici amministrativi ma necessita di propri spazi e sportello.
Sale polifunzionali	<p>Aree da dedicare alla formazione, agli incontri di e aggiornamento del personale, alle conferenze e agli eventi pubblici.</p> <p><u>Fascia oraria indicativa:</u> - a bisogno</p>	La presenza e il dimensionamento di questi spazi polifunzionali è estremamente legato alle dimensioni del presidio e alle necessità dell'area territoriale di riferimento specifica.
Spazi d'attesa	Rappresentano le aree di attesa dei cittadini per l'accesso agli ambulatori o agli uffici.	Da dimensionare a seconda del bacino di utenza servito e della complessità della struttura.
Altro	Eventuali parcheggi per gli utenti, con parco-auto per ADI e MCA	

Allegato 5

Modello Standard per “Struttura di Cure Intermedie”

durata del ricovero	<p>Il <u>tempo massimo di permanenza</u> è di 60 giorni continuativi. In caso di comprovate situazioni di carattere eccezionale può essere concessa una proroga di massimo ulteriori 30 giorni (tempo complessivo totale 90 giorni)</p> <p>Il tempo <u>permanenza minimo</u> è di 20 giorni</p> <p>La <u>permanenza media</u> è di circa 20-25 giorni</p>
possibili “nodi” in via	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio
strumenti di valutazione in ingresso / dimissione	<p>L'ingresso è regolato attraverso Unità di Valutazione Multidimensionale, attivata dal medico selettore cui partecipano Medico Curante, Caposala, Responsabile UVMD, infermiere delle Cure Primarie titolare del percorso Dimissioni Protette, Assistente Sociale del Comune di residenza del paziente, eventualmente la Famiglia.</p> <p>L'ingresso è subordinato alla compilazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - della scheda di Valutazione Multidimensionale - della scheda di sintesi delle problematiche rilevate, completa dalla descrizione del Progetto Assistenziale e della tempistica dello stesso (data di ingresso, durata prevista del ricovero, rientro previsto al domicilio) - del piano di assistenza personalizzato che preveda il successivo rientro a domicilio, stipulando con la Famiglia un accordo in termini di modalità e tempi dell'assistenza. <p>Alternativi al rientro a domicilio, sono l'inserimento temporaneo in RSA di cura e riabilitazione o l'inserimento definitivo in RSA di base. La struttura viene valutata sulla capacità di dimettere effettivamente a domicilio (indicatori utili: % dimessi a domicilio sul totale dei dimessi; % dei pazienti residenti a domicilio 3 mesi dopo la dimissione)</p> <p>A discrezione del medico specialista selettore possono essere compilate ulteriori schede (test e/o scale di valutazione) atte a seguire il follow up dell'intervento.</p> <p>Alla dimissione viene nuovamente compilata la scheda di Valutazione Multidimensionale per valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati in ingresso</p>
lavoro multidisciplinare e multidimensionale	<p>Presso la struttura vengono usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale.</p> <p>La definizione per tutti i pazienti del Piano di Assistenza Individualizzato, la sua rivalutazione e la gestione clinica e assistenziale sono gestiti dalla struttura e prevedono un approccio multidimensionale e multidisciplinare</p>
decisore programma cure	Il programma di cure è deciso in modo collegiale dalla UVM che precede l'ingresso nella struttura
controllore programma cure	Il medico coordinatore è garante del programma assistenziale e terapeutico all'interno della struttura
esplicitazione dei risultati attesi	La definizione dei risultati attesi viene fatta dalla UVMD (o UVO) che precede l'ingresso nella struttura
valutazione del raggiungimento risultati attesi	Il Distretto di appartenenza verifica i risultati ottenuti dalla struttura, attraverso il medico coordinatore con il supporto dei colleghi medico curante e specialisti incaricati della selezione dei pazienti