

Anno X numero 27 2011

Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

27

Editoriale Una proposta che coniuga l'autonomia con la coerenza di sistema **Presentazione** I Piani di rientro: un'occasione da non perdere per la riorganizzazione e la riqualificazione dell'assistenza sanitaria **Focus on** La proposta Agenas alle Regioni soggette al Piano di rientro; Introduzione; Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro; Allegato 1; Allegato 2; La riorganizzazione dell'Assistenza sanitaria delle Regioni in Piano di rientro nella logica della programmazione; Dalla "proposta Agenas" al "modello Sardegna" **Per le Regioni e le Aziende Ospedaliere** La mediazione civile in tema di responsabilità medica **Agenas on line** Campagna informativa nazionale "Il corretto uso dei servizi di emergenza-urgenza"

Editoriale

Una proposta che coniuga l'autonomia con la coerenza di sistema
di Renato Balduzzi

pagina 3

Presentazione

**I Piani di rientro: un'occasione da non perdere
per la riorganizzazione e la riqualificazione dell'assistenza sanitaria**
di Fulvio Moirano

pagina 7

Focus on | La proposta Agenas alle Regioni soggette al Piano di rientro

Introduzione
di Ragnar Gullstrand

pagina 9

**Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria
nelle Regioni in Piano di rientro**
a cura di Agenas

pagina 12

Allegato 1

pagina 82

Allegato 2

pagina 86

**La riorganizzazione dell'Assistenza sanitaria
nelle Regioni in Piano di rientro nella logica della programmazione**
di Francesco Bevere

pagina 89

Dalla "proposta Agenas" al "modello Sardegna"
intervista a Massimo Temussi di Chiara Micali

pagina 92

Per le Regioni e le Aziende Ospedaliere

La mediazione civile in tema di responsabilità medica
di Salvatore Calabretta

pagina 96

Agenas on line

**Campagna informativa nazionale
"Il corretto uso dei servizi di emergenza-urgenza"**

pagina 104



**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute**

Trimestrale dell'Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Anno X Numero 27 2011

Direttore responsabile

Chiara Micali Baratelli

Comitato scientifico

Coordinatore: Gianfranco Gensini
Componenti: Aldo Ancona,
Anna Banchemo, Antonio Battista,
Norberto Cau, Francesco Di Stanislao,
Nerina Dirindin, Gianluca Fiorentini,
Elena Granaglia, Roberto Grilli,
Elio Guzzanti, Carlo Liva,
Sabina Nuti, Francesco Ripa di Meana,
Federico Spandonaro, Francesco Taroni

Editore

Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali
Via Puglie, 23 - 00187 ROMA
Tel. 06.427491
www.agenas.it

**Progetto grafico, editing
e impaginazione**



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via V. Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa

Cecom
Bracigliano (Sa)

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di marzo 2011

agenas.  **AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI**

 Periodico associato
all'Unione Stampa
Periodica Italiana

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale. Questa funzione si articola nelle seguenti specifiche attività: la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza; la rilevazione e l'analisi dei costi; la formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari; l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza; lo sviluppo e la diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; il monitoraggio dei tempi di attesa; la gestione delle procedure per l'educazione continua in medicina.

L'Agenzia oggi | Presidente Renato Balduzzi; Direttore Fulvio Moirano

Consiglio di amministrazione Carlo Lucchina, Pier Natale Mengozzi,
Filippo Palumbo, Giuseppe Zuccatelli

Collegio dei revisori dei conti Emanuele Carabotta (Presidente),
Nicola Begini, Bruno De Cristofaro

I settori di attività dell'Agenzia | Monitoraggio della spesa sanitaria

- Livelli di assistenza • Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento
- Innovazione, sperimentazione e sviluppo • Documentazione, informazione e comunicazione • Affari generali e personale • Ragioneria ed economato

www.agenas.it | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di 



Una proposta che coniuga l'autonomia con la coerenza di sistema

di **Renato Balduzzi**

Presidente Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Con questo numero di Monitor la vicenda dei cosiddetti Piani di rientro si arricchisce di un nuovo e interessante capitolo, avente per oggetto lo stato dell'arte delle principali azioni svolte dall'Agenas nei confronti delle Regioni con le quali l'Agenzia ha avviato percorsi di collaborazione istituzionale nel quadro dei procedimenti collegati ai cosiddetti Piani di rientro: in particolare, viene qui presentato e pubblicato il Piano di riorganizzazione sanitaria concernente le suddette Regioni, riferito ai tre essenziali momenti della rete dell'emergenza, di quella ospedaliera e di quella territoriale.

Per comprendere esattamente la portata del documento in oggetto e della complessiva azione svolta da Agenas in questi anni, è necessario ricordare le principali tappe della vicenda concernenti i Piani di rientro.

Il momento iniziale può essere individuato all'interno della prima esperienza del cosiddetto "patto di stabilità interno", con la previsione, contenuta nell'art. 28 della l. 23 dicembre 1998, n. 448, secondo cui il Ministro della sanità si avvalsesse dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali per la valutazione delle situazioni regionali, individuando le Regioni deficitarie e definendo le linee generali degli interventi di rientro e di ripiano. Tale previsione, rimasta a livello essenzialmente declamatorio, venne ripresa con maggiore precisione lessicale dall'art. 19-ter del d. lgs. n. 502 del 1992, nel testo introdotto dal d. lgs. n. 229 del

1999, la cui rubrica portava il titolo assai significativo di “Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell’efficienza del Servizio sanitario nazionale”. In questo testo ritroviamo tutti gli elementi qualificanti dell’attuale procedura, dal coinvolgimento attivo dell’Agenzia alla procedura di intervento statale sostitutivo nei confronti delle Regioni inadempienti, all’accento portato sulla riorganizzazione dei servizi e non soltanto sull’esigenza di riequilibrio economico-finanziario, al regime di incentivi e penalizzazioni strettamente connesso con tali procedure.

Dopo alcuni anni di sostanziale inattuazione della previsione della riforma del 1999, la collaborazione Ministero-Regioni diviene più stringente con l’art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, secondo cui, in caso di disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati adeguati piani di rientro, la regione interessata procede alla ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del Servizio sanitario regionale, sulla cui base stipulare con i Ministri della salute e dell’economia un apposito Accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico. Con la l. 27 dicembre 2006, n. 296, si stabilisce all’art. 1, comma 796, lett. b), che il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze, assicuri l’attività di affiancamento alle regioni che hanno sottoscritto l’Accordo sopra menzionato, “comprensivo di un piano di rientro dai disavanzi, sia ai fini di monitoraggio dello stesso, sia per i provvedimenti regionali da sottoporre a preventiva approvazione da parte del Ministero della salute e del Ministero dell’economia e delle finanze, sia per i Nuclei da rea-

lizzarsi nelle singole regioni con funzioni consultive di supporto tecnico, nell’ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo dell’assistenza sanitaria di cui all’articolo 1, comma 288, della l. 23 dicembre 2005, n. 266” (l’intera procedura è stata poi oggetto di ulteriore messa a punto nell’art. 2, commi 76 e segg. della legge 23 dicembre 2009, n. 191).

Si tratta, come si vede, di un sistema complesso e non sempre di agevole decifrazione, nel quale si intrecciano elementi di segno diverso (dal tradizionale controllo sugli atti al più attuale controllo-consulenza), ma che denota il peso crescente delle necessarie coerenze di sistema. E anche se rimangono problematiche, più che l’inquadramento complessivo dello strumento, le modalità concrete del suo esercizio, il suo inserimento nel sistema appare ormai consolidato ed esente da dubbi radicali di compatibilità costituzionale: se da un lato, in quanto prevedono, da parte del livello centrale, la valutazione degli obiettivi del piano stesso, la verifica della sua attuazione e la preventiva approvazione dei provvedimenti afferenti a determinate aree tematiche, oltre che la verifica del rispetto delle modalità e dei tempi pianificati, le disposizioni in tema di piani di rientro costituiscono una rilevante compressione dell’autonomia regionale, dall’altro, l’attribuzione di determinate funzioni amministrative in materie demandate alla potestà legislativa regionale di tipo concorrente o residuale non comporta, di per sé, lesione della competenza regionale, purché, però, siano evidenti le ragioni dell’attribuzione stessa e siano osservate le procedure di leale collaborazione e in particolare venga assicurato il massimo coinvolgimento regionale, sia del complessivo sistema delle autonomie regionali, sia della singola Regione interessata.

Quanto alle ragioni dell'attribuzione di tali competenze al livello centrale, strettamente connesse con la sopravvivenza stessa di un Servizio sanitario nazionale inteso essenzialmente come complesso dei Servizi sanitari regionali, non sembra esservi dubbio circa la loro sussistenza e compatibilità con l'art. 118 della Costituzione, come interpretato dalla giurisprudenza costituzionale, a partire dal leading case n. 303 del 2003. E se è vero che, in tale situazione, un numero consistente di Regioni finisce per entrare sotto "tutela" statale (i piani di rientro costituiscono, come si è già avuto modo di rilevare su queste pagine di Monitor, una serie di obblighi non solo di fare cose, ma di produrre informazioni, di comunicare provvedimenti e di attendere, per l'efficacia di questi provvedimenti, l'autorizzazione o l'assenso di parte governativa (e si tratta di obblighi connessi a funzioni amministrative che la legge statale prefigura e di cui individua il contenuto caratterizzante), è anche vero che il collegamento stretto tra la verifica economico-finanziaria e quella sull'erogazione dei Lea è proprio ciò che può giustificarla costituzionalmente, purché ragionevole, proporzionata e purché un tale collegamento sia effettivo.

Sotto quest'ultimo profilo assume particolare rilievo il cosiddetto Patto per la salute 2010-2012 (e cioè l'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria sancita nella riunione del 3 dicembre 2009, i cui contenuti principali sono stati poi recepiti nella legge 23 dicembre 2009, n. 191), nella parte in cui ha aggiunto al Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (di cui rispettivamente all'art. 12 e all'art. 9 dell'intesa 23 marzo 2005) una nuova Struttura tecnica di monitoraggio paritetica (Stem), prevedendo altresì che i

tre tavoli tecnici si dotino di regolamenti che ne disciplinino il funzionamento dei lavori, sulla base di criteri di trasparenza e di simmetria informativa, mentre la loro attività e il loro funzionamento sono disciplinati da regolamenti da approvarsi anch'essi in sede di Conferenza Stato-Regioni. La compresenza e contestualità dei due momenti, quello attinente al mancato equilibrio finanziario e quello concernente le carenze nella prestazione dei servizi, sono d'altra parte oggi affermate con chiarezza già nel momento della descrizione dei contenuti del Piano di rientro, che deve contenere (art. 2, comma 77, della legge 191 del 2009) *"sia le misure di riequilibrio del profilo erogativi dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente piano sanitario nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di fissazione dei medesimi livelli essenziali di assistenza, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso"*.

Già da quanto detto, emergono le caratteristiche sostanziali della procedura in oggetto, che fa del comparto sanitario un vero e proprio apripista in ordine ad alcuni tra i più delicati e attuali problemi della società italiana e in particolare ai principali snodi della sua organizzazione costituzionale e amministrativa, a cominciare dalla regionalizzazione e dall'aziendalizzazione, che mostrano qui alcune delle loro potenzialità positive: anche nelle regioni più problematiche, quello sanitario è il comparto che, complessivamente esaminato, sembra funzionare meglio degli altri, anche in forza della sua caratteristica accentuatamente reticolare, propria di un sistema che presenta una dinamica interna molto fitta.

L'approfondimento della teoria e della pratica della rete è l'oggetto principale delle pagine che seguono: rete vuol dire consapevolezza di essere

sottosistema, non monade, implica leale collaborazione tra livelli territoriali politico-amministrativi e tra aziende, ma anche tra unità operative all'interno della stessa azienda, oltre che rapporti virtuosi e non meramente strumentali tra soggetti e strutture pubbliche e strutture private.

Agenas offre, attraverso il Piano di riorganizzazione e i relativi commenti, sia un tentativo di dare attuazione alle previsioni legislative di collegamento tra profilo economico-finanziario, caratteri organizzativi dei servizi e garanzia dei livelli essenziali, sia un esempio di collaborazione tra un organismo tecnico-scientifico e pubbliche amministrazioni, avendo elaborato un com-

plesso di criteri e di standard i quali, ove correttamente assunti da queste ultime, possono costituire un utile parametro per azioni di riorganizzazione non apparente, oltre che un ragionevole strumento a corredo di un'azione politico-amministrativa che voglia effettivamente intervenire sulle cause dei disavanzi sanitari e sulle ragioni degli scostamenti tra questo o quel servizio sanitario regionale: un piano-quadro, verrebbe da dire, replicabile con gli opportuni adattamenti alle diverse situazioni, a conferma delle caratteristiche sempre più intrecciate tra autonomia e coerenza di sistema proprie del modello italiano di Servizio sanitario nazionale.



I Piani di rientro: un'occasione da non perdere per la riorganizzazione e la riqualificazione dell'assistenza sanitaria

di **Fulvio Moirano**

Direttore Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

7

monitor

Siamo consapevoli che mai come in questo momento ci troviamo di fronte alla necessità di operare delle scelte per ripensare e riformulare l'organizzazione dei servizi sanitari, con l'obiettivo di arrivare a un reale miglioramento dell'intero sistema.

Come ormai è riconosciuto da più parti, per garantire l'equilibrio economico-finanziario delle Aziende sanitarie e l'intera spesa sanitaria entro i limiti previsti dal finanziamento stanziato annualmente, non è necessario solo operare dei tagli per spendere meno, ma, piuttosto, occorre riformulare i servizi nella logica dell'appropriatezza organizzativa e razionalizzare l'intero sistema, dal momento che è ormai dimostrato, anche sulla base dell'esperienza delle Regioni più virtuose, che un sistema in equilibrio economico è anche più efficace.

Del resto anche il tema del disavanzo ha alle spalle una lunga storia. Già nel D.Lgs. n. 502/92 e, poi, nel D.Lgs. n. 229/99 veniva stabilito l'obbligo per ogni Azienda Sanitaria Locale e per ogni Azienda Ospedaliera di garantire il pareggio di bilancio. Nelle successive fasi normative, e più nel dettaglio, negli ultimi due "Patti per la salute", venivano poi definite, per le Regioni che si trovavano in disavanzo economico, anche le modalità per predisporre un "programma operativo di rientro dal deficit". Si tratta di una metodologia che prevede, sostanzialmente, diversi step: verifica dei disavanzi, ricognizione delle cause, stipula di un accordo tra livello centrale e regionale, con relativa elaborazione di Piano di rientro triennale, di riequilibrio finanziario e di riorganizzazione dei servizi.

Tutto l'iter di questo programma operativo vede coinvolta anche l'Agenas, con una funzione di supporto, qualora richiesto, alla Regione soggetta a Piano di rientro in tutto il percorso di risanamento.

Attualmente, l'Agenas collabora con le Regioni soggette a Piani di rientro at-

traverso il coordinamento di un gruppo di esperti, che operano con modalità di lavoro che garantiscono lo scambio continuo e tempestivo di indirizzi e linee programmatiche tra l'Agenas e le strutture regionali, anche mediante la costituzione di commissioni e gruppi di lavoro misti per le diverse problematiche.

A questo proposito, occorre tener presente che nell'attività di monitoraggio preliminare ad ogni intervento, un elemento di criticità è rappresentato dalla fruibilità dei dati e dei flussi informativi che devono necessariamente essere disponibili a livello locale, per garantire la tempestività e anche la completezza e l'attendibilità delle informazioni. Per questo motivo, le figure professionali coinvolte da Agenas nell'affiancamento alle Regioni operano con una funzione di coordinamento e di stimolo, e utilizzano metodologie di audit, strumenti come il lavoro di gruppo e per processi. In sintesi, tali figure professionali operano con tutti i mezzi necessari per sviluppare la cooperazione tra le istituzioni, creare consenso tra gli stakeholder, trasferire le pratiche migliori presenti a livello nazionale, realizzare progetti di fattibilità in un processo di formazione orientato alla crescita delle competenze, ma anche della responsabilità delle risorse umane disponibili.

In quest'ambito di lavoro si inserisce il Piano di riorganizzazione e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro che presentiamo in questo numero della rivis-

ta Monitor, un documento che nasce dall'esperienza di lavoro condivisa dei tecnici di Agenas e dei responsabili regionali: un Piano che intende essere non tanto un "modello" (in tanti anni di sanità, troppi modelli abbiamo visto nascere e tramontare!) ma piuttosto uno strumento che nasce bottom up, dall'esperienza quotidiana di chi opera in sanità. Tale documento prevede parametri per l'emergenza e per l'attività ospedaliera piuttosto ampi che tengono conto anche delle variabili territoriali e dei tempi di percorrenza; per quello che riguarda il dimensionamento delle discipline e dei posti letto si è privilegiata una scelta con dimensioni delle strutture complesse piuttosto importante, anche in linea con la necessità del riequilibrio economico.

Per quanto concerne le attività territoriali, il gruppo di lavoro che ha collaborato ai Piani di rientro effettua una disamina accurata dell'esistente e propone nuovi orientamenti, in alcuni casi standard, per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale per le Regioni in Piano di rientro. Tali suggerimenti dovranno trovare la condivisione di tutti i portatori di interesse (Mmg, Pls, Mca, Sai, ecc.) operanti sul territorio.

L'intento è quello di offrire alle strutture delle Regioni soggette a Piani di rientro, ma, perché no, anche alle strutture di altre Regioni, un'occasione di riflessione, uno strumento che consenta loro di ridefinire (e riqualificare) i tre pilastri dei servizi sanitari: la rete dell'emergenza-urgenza, la rete ospedaliera e la rete territoriale.



Introduzione

di **Ragnar Gullstrand**

Consulente Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Il Ministro della Salute ha affidato all'Agenas, ai sensi della convenzione stipulata nell'ambito del Siveas (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria), il compito di svolgere un'azione di stimolo e collaborazione nei confronti delle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro. Le Regioni, quindi, possono avvalersi dell'Agenas come supporto alla definizione e all'implementazione del Piano di Rientro e degli interventi relativi, soprattutto organizzativo-sanitari. L'Agenas, in base alla convenzione, ha stipulato contratti con le seguenti Regioni: Sardegna, Calabria, Piemonte, Campania, Abruzzo, Sicilia, Puglia e Liguria. Contratti con contenuto simile sono stati stipulati con la Regione Basilicata e con la Provincia Autonoma di Trento.

L'Agenas partecipa a tutte le attività di affiancamento alle Regioni svolgendo un ruolo attivo nel monitoraggio dell'attuazione dei Piani; valutate le criticità, propone interventi per il loro superamento. Lo stimolo al cambiamento si traduce concretamente in:

- elaborazione di proposte di procedure e modelli regionali ed aziendali, strumentali per il superamento delle criticità individuate;
- individuazione di esperti, tanto interni quanto esterni ad Agenas, che affianchino le lunghe fasi di pianificazione ed implementazione su specifici temi individuati.

L'esperienza finora condotta ha consentito di cogliere numerose analogie tra le Regioni sottoposte ai Piani di Rientro: in tutte queste Regioni, infatti, il prin-

cipale strumento di risposta ai fabbisogni sanitari degli assistiti è costituito dal sistema di offerta ospedaliera. Di conseguenza esistono ancora ospedali di dimensioni molto piccole, che (prima ancora che essere diseconomici) non possono più essere considerati sicuri per i pazienti, ed esiste un sovraccarico dell'attività dei Pronto Soccorso in quanto punto di accesso principale agli ospedali.

Il rilievo di tali elementi comuni ha spinto i collaboratori di Agenas impegnati nei piani di rientro a sviluppare dei metodi in grado di rispondere alla maggior parte delle esigenze delle Regioni. L'individuazione di un metodo comune, infatti, facilita la comunicazione all'interno di Agenas (tra i diversi professionisti che collaborano nell'elaborazione di proposte concrete e nell'affiancamento nelle fasi di attuazione), e tra questa ed i vari settori delle Regioni con cui l'Agenzia opera.

In questo numero si presenta l'analisi, raccolta in un unico documento, di tre reti strettamente collegate tra loro, che sono in grado, al tempo stesso, di rappresentare un modello complessivo e di definire una serie di obiettivi da raggiungere. Si tratta della rete emergenza-urgenza, della rete ospedaliera e di quella territoriale. La prima rete agisce come ponte fra territorio ed ospedali e la sua strutturazione si sta evidenziando sempre più come la vera chiave di volta dell'intero processo: un razionale, moderno e capillare sistema di emergenza, uniforme ed integrato a livello regionale e strutturato su base territoriale in grandi aree. Tale sistema può riuscire a garantire ad intere popolazioni la certezza di presa in carico delle emergenze in modo efficace e tempestivo, evitando clamorosi casi di malasanità, e può aiutare la politica a far comprendere alla cittadinanza che, per garanti-

re la risposta al bisogno di salute e sicurezza, ci sono possibilità ben più efficaci del piccolo ospedale sotto casa. Invero, la riorganizzazione della rete dell'emergenza guida la riorganizzazione della rete ospedaliera e non può prescindere da una vera e propria ristrutturazione dell'assistenza territoriale, in grado di recepire e gestire una vasta gamma di istanze.

La dislocazione dei punti di soccorso deve quindi essere capillare sul territorio e nel contempo richiede anche un'organizzazione in grado di valutare il paziente e di portarlo in modo congruo al luogo più idoneo per il trattamento della patologia di cui soffre. I presidi ospedalieri a cui portare il paziente grave devono necessariamente disporre di una serie di capacità diagnostiche e terapeutiche disponibili nelle 24 ore.

Disegnare una rete ospedaliera in grado di rispondere all'emergenza significa anche rispondere alla maggior parte dei problemi di accessibilità geografica ai ricoveri programmati. Per questi ultimi, il programmatore dispone di più gradi di libertà, realizzando una distribuzione efficiente in punti strategici, ed integrando l'offerta pubblica e privata anche al fine di fornire risposte certe in tempi di attesa adeguati. In questo contesto è particolarmente importante la definizione delle attività appropriate dei reparti di postacuzie ospedaliera, che altrimenti, senza un progetto complessivo di presa in carico del paziente, tendono a diventare un contenitore indifferenziato di pazienti non bene gestiti da reparti per acuti, il territorio e servizi sociali.

L'analisi dell'appropriatezza dei contatti di cura della rete emergenza-urgenza e dei ricoveri per acuzie e postacuzie evidenzia la necessità di uno sviluppo della rete territoriale in grado di prendere in carico i pazienti e di disporre di strut-

ture diverse e meno costose di quelle necessarie per le prime due reti. Le varie rilevazioni ministeriali sulla capacità produttiva per i diversi sottolivelli assistenziali del territorio evidenziano una carenza nella maggior parte delle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro. Queste rilevazioni, tuttavia, faticano a cogliere la pecca maggiore del nostro sistema sanitario territoriale: la **debolezza della presa in carico**, ovvero la scarsa realizzazione di percorsi di cura che utilizzino le reti di erogatori per la risoluzione dei problemi complessi. La conseguenza è, spesso, che il paziente si trova ad essere inserito ad un livello non appropriato e non può beneficiare, quindi, della corretta sequenza di cure cui avrebbe diritto e che sarebbe, normalmente, anche più razionale per il sistema sanitario.

Questo documento rappresenta lo stato dell'arte di alcune delle azioni svolte dall'Agenas per le Regioni con cui ha collaborato.

I contenuti sono frutto del lavoro svolto dagli esperti Agenas insieme al formidabile patrimonio di conoscenze ed esperienze proprie dei dirigenti e del personale delle Regioni interes-

sate. Come un treno in corsa a cui ciascuna Regione ha aggiunto propri vagoni e ne ha raffinato l'assetto complessivo, i contenuti di questo documento rappresentano l'evoluzione di un lavoro durato due anni, che sicuramente sarà suscettibile di miglioramenti e adattamenti, continuando a fare ogni volta tesoro dell'inesauribile patrimonio di idee che verrà apportato da ogni singola esperienza regionale.

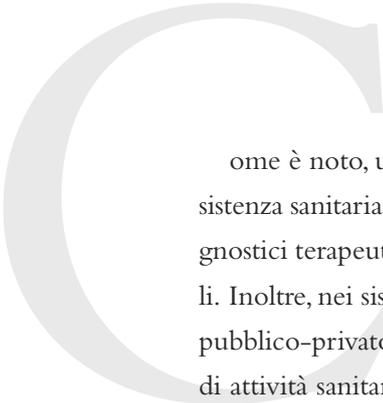
I risultati del progetto *I Mattoni del Ssn* del Ministero della Salute sono stati molto utili per l'attività dei gruppi di lavoro ed è per questo che siamo grati per lo sforzo compiuto in tale documentazione di creare una serie di progetti che coprono la maggior parte delle attività sanitarie. Il livello del lavoro che presentiamo in questa occasione è meno ambizioso e qualificato, ma riteniamo che possa costituire una base di partenza per stimolare ed approfondire una discussione sulle azioni necessarie per rendere il Sistema sanitario italiano più flessibile, in grado di offrire risposte di cura e assistenza alle nuove esigenze della popolazione italiana, dovute a una crescita della qualità della vita e dell'età media.

Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro

a cura di **Agenas**

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

hanno collaborato: **Ragnar Gullstrand, Francesco Enrichens, Danilo Bono, Stefano Gariano, Pier Paolo Benetollo, Alba Maria Rosito, Maria Cristina Ghiotto, Daniela Marcer, Fulvio Moirano**



Come è noto, un elemento determinante 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, sinergica per l'offerta sanitaria ospedaliera, il tutto finalizzato a eliminare inefficienti duplicazioni di offerta.

Ulteriori elementi da tenere in considerazione sono la forte integrazione con il sociale per le attività dedicate ai pazienti "fragili", nonché l'identificazione di percorsi per patologia (trauma, ictus, infarto) che attraversano ed integrano i diversi tipi di erogatori ed i vari livelli assistenziali.

I CRITERI GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Nella stesura del presente documento sono state analizzate e tenute in considerazione le principali criticità, individuate nell'inappropriatezza di una quota di ricoveri per acuti, amplificata dalla scarsità di adeguate risposte assistenziali alternative; inoltre, è stato rilevato che la situazione della prevenzione è carente e la rete territoriale è poco sviluppata, cosicché l'offerta sanitaria regionale risulta sbilanciata verso l'ospedale. Di conseguenza, sono "sprecate" risorse che potrebbero essere investite nel territorio, senza che vengano fornite risposte a tutte le richieste dei cittadini, come è evidenziato dalla lunghezza delle liste di attesa in alcuni settori.

È sempre più evidente che la nuova concezione dell'ospedale non può essere quella di una struttura autarchica svincolata dalle altre organizzazioni ospedaliere e territoriali di una Regione, bensì quella di un organismo integrato in un contesto sempre più ricco. Di conseguenza, è necessario pensare a ridisegnare la rete ospedaliera, centrandola sul modello Hub e Spoke, in integrazione con le altre parti del sistema sanitario: la rete dell'emergenza-urgenza e quella del territorio.

Nel presente documento, di conseguenza, le tre reti vengono affrontate in maniera organica: per prima la rete dell'emergenza urgenza, successivamente quella ospedaliera ed infine la rete territoriale.

Il rationale di questo percorso è che la rete dell'emergenza-urgenza riveste un ruolo fondamentale per garantire non solo la sicurezza dell'intera popolazione (basti pensare alle potenzialità del sistema del 118, dell'elisoccorso, della telemedicina, che oggi consente ad esempio di collegare in tempo reale le ambulanze e/o i medici di CA con gli ospedali di riferimento), ma incide anche sulla 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. Pertanto, risulta cruciale una comunicazione corretta ed esaustiva sulla riorganizzazione al fine di comprendere il miglioramento complessivo ottenibile grazie ad una razionale riorganizzazione del sistema di offerta.

Organizzare correttamente la 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 i pazienti affetti da patologie croniche che dovranno essere "presi in carico" dalla rete territoriale, migliorando sia la qualità percepita dai pazienti, sia l'efficienza complessiva del sistema.

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

LA PROPOSTA AGENAS ALLE REGIONI INTERESSATE

Questo documento rappresenta lo stato dell'arte di alcune delle azioni svolte dall'Agenas per le Regioni con cui ha collaborato, la maggior parte delle quali soggette a Piano di rientro, con particolare riguardo alle reti di emergenza, dell'ospedale e del territorio.

I contenuti rappresentano il risultato del lavoro svolto dagli esperti Agenas insieme al notevole bagaglio di conoscenze e alla preziosa esperienza sul campo dei dirigenti e del personale delle Regioni interessate.

Esistono diversi motivi per cui una Regione si trova a spendere di più della propria quota del fondo sanitario (eventualmente integrata con risorse proprie della Regione) e, in molti casi, ad erogare una sanità non sufficiente rispetto a quanto previsto dall'Accordo con lo Stato. Alcuni sono da ricondurre ad una politica del personale non accorta, a una struttura centrale regionale non sufficientemente robusta, a una mancanza di interventi sul consumo di farmaci, ad una contabilità generale ed analitica non presidiata ecc..

La metodologia Agenas che presentiamo in que-

sto documento è da intendersi come uno strumento tecnico-organizzativo sanitario che si affianca agli altri strumenti a disposizione delle Regioni, per verificare anche il proprio dimensionamento organizzativo.

La realizzazione delle reti sotto indicate farà parte del Piano di lavoro regionale, nel quale ciascun tema sarà ovviamente completato secondo le specificità della Regione interessata, quali, ad esempio:

- le criticità rilevate rispetto alla situazione attuale e la metodologia di lavoro seguita;
- gli obiettivi specifici da raggiungere nell'ambito del periodo scelto;
- le azioni proposte per realizzare gli obiettivi;
- le implicazioni organizzative ed economiche delle singole azioni o gruppi di esse;
- le fonti dei dati per la verifica e gli indicatori relativi.

La rete dell'emergenza-urgenza

La necessaria razionalizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse in essi operanti, dettata dalle esigenze dei Piani di rientro, non deve in nessun modo penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino. Utilizzare il solo criterio epidemiologico può dare non sempre risposte efficaci.

La ragione di questo percorso è che l'emergenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi strettissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con una possibile situazione di pericolo di vita e sottoporlo ad accertamenti e terapie non programmate.

Questo compito richiede un sistema capillare di antenne in grado di fare una prima diagnosi e avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato dove si potranno effettuare le diagnostiche e le terapie che salvano la vita e che promuovono la possibilità di un recupero successivo verso un'esistenza il più possibile normale. Le attività ospedaliere programmate sono più facili da costruire se la rete ospedaliera soddisfa con tempestività ed efficacia le esigenze dell'emergenza-urgenza .

Il modello che Agenas propone si basa su 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. l'integrazione della Continuità Assistenziale nella rete di emergenza;
4. la creazione di un forte riferimento in sede di struttura assessorile regionale che, armonicamente con le Agenzie regionali, qualora esistenti, operino insieme al coordinamento dei gestori delle reti per condividere il modello e garantirne l'attuazione.

Il percorso prevede:

- l'individuazione di un settore unico di riferimento per l'emergenza sanitaria (ospedaliera, territoriale-118 e Continuità Assistenziale) presso l'assessorato alla salute con compiti di:
 - assegnazione di un budget unico eventualmente centralizzato presso una sola azienda per tutte le attività di emergenza territoriale-118 (centrali operative, mezzi di soccorso ivi compresi elisoccorso, personale, logistica dei presidi e farmaceutica.);
 - analogo gestione di budget individuata per Dea e PS allocandolo nelle rispettive aziende;

il settore si avvale di:

- un Coordinamento dei Direttori di Centrale Operativa e di Strutture Complesse afferenti al Dipartimento 118;
- un Coordinamento dei Direttori del Di-

- dipartimento di Emergenza;
- un Coordinamento dei referenti della Continuità Assistenziale;
- gruppi di lavoro da definire man mano che verranno coinvolte altre discipline nell'organizzazione della rete delle patologie complesse;
- l'individuazione delle priorità sulle rivisitazioni organizzative del sistema dell'emergenza a breve-medio-lungo termine quali:
 - rete radio regionale digitale integrata anche con i settori di protezione civile;
 - definizione a livello regionale delle Centrali Operative, rete dei mezzi di soccorso, Pronto Soccorso e Dipartimenti di Emergenza (in armonia con il criterio Hub e Spoke), indicando i parametri numerici di riferimento;
 - individuazione di un criterio per la definizione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata e di base e dei punti di primo intervento, indicando i parametri numerici di riferimento;
 - definizione di una modulistica unica e compatibile per 118 e Dea;
 - istituzione di un sistema informatico omogeneo e dialogante per 118 e Dea in linea con i tracciati ministeriali Emur;
 - definizione in accordo con la normativa nazionale (documento Conferenza Stato-Regioni) della funzione di triage e dei relativi protocolli;
 - definizione delle postazioni di guardia medica e della loro struttura organizzativa (centralizzazione delle chiamate, integrazione con il sistema dell'emergenza e delle cure primarie)
 - definizione di linee guida e protocolli organizzativi e clinici con particolare riferimento alla gestione dei trasporti primari e secondari urgenti;
 - definizione della rete delle patologie complesse;
 - definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale delle elisuperfici al servizio delle destinazioni sanitarie);
 - linee guida per la gestione degli incidenti maggiori e delle maxi-emergenze.

Centrali Operative 118

La risposta delle centrali Operative 118 si concretizza principalmente nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei. Le centrali, individuate di norma in un bacino di utenza da 500.000 a 1.000.000 di abitanti gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso (HEMS-HSR), le ambulanze medicalizzate (MSA) con medico ed infermiere a bordo, le Automediche (ASA, con medico e infermiere a bordo) i mezzi avanzati di base con infermiere (MSAB) e le ambulanze di base con personale soccorritore certificato (MSB) in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non che intervengono nel soccorso sanitario.

Distribuzione dei Mezzi di Soccorso territoriali

La Regione provvede a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard previsti in sede di conferenza Stato-Regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali. Un criterio semplicistico di riduzione delle postazioni soltanto sulla base della quantità degli interventi e/o dei chilometri percorsi, non è percorribile in quanto porterebbe a dei gravi squilibri di copertura territoriale, mentre, alla luce di una pur necessaria razionalizzazione, si im-

pone un lavoro tecnico assai complesso e che non può prescindere, per nessuna ragione, da alcuni fattori tutti egualmente determinanti:

- l'utilizzo di un criterio omogeneo e razionale stabilito a livello regionale dall'Assessorato alla Salute per assicurare la copertura del territorio con i mezzi medicalizzati, attorno ai quali si dispone poi la rete delle ambulanze di base;
- il fabbisogno standard così definito per ciascun territorio governato dalle Centrali Operative, va ragionato e razionalizzato dai Responsabili delle Centrali Operative, formalizzato dal Coordinamento ed approvato dall'Assessorato alla Salute;
- è necessario un momento di informazione e condivisione con le istituzioni che governano il territorio, al fine di evitare spinte campanilistiche che squilibrino il sistema (ecco perché la proposta deve essere tecnicamente difendibile e omogenea).

A questo scopo una prima proposta per individuare la definizione del fabbisogno di ambulanze medicalizzate considerava l'attribuzione di un'ambulanza avanzata ogni 60.000 abitanti e comunque per la copertura di un territorio non superiore a 350 Km².

Il fabbisogno si calcolava applicando la prima formula indicata in basso pagina (A).

Alle risultanze generali dovevano, 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 di risorse in seguito alle limitazioni operative dei Pronto Soccorso (ad esempio ridefinizioni della rete dei P.S. con riconversione di alcuni di questi in Punti di Primo Intervento);
- flussi turistici stagionali.

Il sistema territoriale di soccorso 118 ha, negli anni, progressivamente accresciuto il numero delle postazioni, spesso spinto da criteri che non sempre rispondevano ad una programmazione omogenea e di vasto respiro.

Pertanto, Agenas propone un criterio che rappresenta un ulteriore affinamento della formula, parametrando anche il correttivo dell'assetto geografico del territorio (B).

Formula A

$$\frac{(n. abitanti / 60.000) + (superficie / 350 \text{ Km}^2)}{2} = n. mezzi di soccorso avanzato (MSA)$$

Formula B

$$\frac{(PRP / 60.000) + (PRM / 40.000)}{2} + \frac{(SP / 350 \text{ Km}^2) + (SM / 300 \text{ Km}^2)}{2} = n. mezzi di soccorso avanzato (MSA)$$

dove:

PRP = Popolazione residente in area di pianura

PRM = Popolazione residente in area montana e pedemontana.

SP = Superficie pianura

SM = Superficie montana

MSA = Mezzo di Soccorso Avanzato sia nella forma di auto medica (A.S.A.), ambulanza di soccorso avanzato (MSA), ambulanza di soccorso avanzato di base (MSAB).

L'applicazione della formula individua, con un'approssimazione molto più vicina alla realtà, il fabbisogno del numero di postazioni di soccorso con personale sanitario a bordo sul territorio regionale.

L'analisi condotta sul numero degli interventi della Regione in esame, in particolare sui codici di gravità gialli e rossi, nelle varie aree territoriali anche in funzione della rete Hub e Spoke e del numero di interventi effettuati per codice dalle ambulanze storicamente attive, porta a ridefinire in maniera precisa il fabbisogno di postazioni suddivise con idonei correttivi anche in base all'andamento storico, ai flussi metropolitani di traffico, alle vie di comunicazione, ai vincoli orografici.

Inoltre, queste valutazioni e le ulteriori riflessioni legate anche alle possibili e diverse modalità organizzative (Ambulanza medicalizzata, Automedica, Ambulanza con infermiere, Ambulanza con medico) porteranno ad una definizione della rete del soccorso territoriale sufficientemente omogenea ed elastica, efficace e tecnicamente difendibile in un contesto sottoposto spesso ad influenze e pressioni di natura campanilistica, che potrebbero portare a ridondanze e disequilibri a scapito di equità ed efficienza.

Le postazioni di soccorso di base (MSB), con a bordo soccorritori adeguatamente formati, esercitano in proprio o convenzionate in forma continuativa e sono riorganizzate secondo l'indicatore che misura i minuti di assistenza BLS disponibili per la popolazione di riferimento (formula C).

I nuclei di popolazione utilizzati come parametro nelle formule sono stati ridotti di 10 mila unità nell'area di pianura e di 20 mila unità nell'area montano collinare in considerazione della necessità di ottenere una maggiore copertura BLS.

Per ciascuna area viene definita una quota di risorse da erogare tramite convenzioni con operatività oraria da definire secondo il fabbisogno, differenziando le fasce orarie diurne e notturne.

Le risorse di cui sopra possono essere integrate con mezzi di soccorso di base (MSB) convenzionate in forma estemporanea sulla base dei fabbisogni assistenziali residui ed entro i limiti previsti nel finanziamento.

Elisoccorso

In analogia, l'analisi condotta sul numero degli interventi della Regione, in particolare sui codici di gravità giallo-rossi, nelle varie aree territoriali porterà ad individuare l'adeguato fabbisogno di basi operative di elisoccorso.

Tipologia del servizio

Con il termine "elisoccorso" s'intendono, a titolo esemplificativo, le seguenti operazioni:

- soccorso primario, che consiste nel trasportare il più rapidamente possibile sul luogo dell'emergenza, compreso il territorio montano ed ipogeo, un'équipe sanitaria e tecnica, altamente specializzata, e nel provvedere al trasferimento presso un idoneo presidio ospedaliero;

Formula C

$$\frac{(PRP / 50.000) + (PRM / 20.000)}{2} \times 1440 \text{ min. (24 ore)} = \text{Minuti di assistenza BLS - giorno}$$

- trasporto secondario, ovvero il trasferimento di pazienti critici tra diversi presidi ospedalieri regionali o, da questi, verso presidi fuori Regione o Nazione;
- soccorso e trasporto di persone, in occasione di Incidente multiplo, Incidente maggiore, Catastrofe ed evento NBCR;
- trasporto urgente per prelievo di organi e per presidi medico-chirurgici (personale, farmaci, sangue, plasma, attrezzature, ecc.);
- intervento di Protezione civile qualora dovesse essere ritenuto indispensabile, in relazione a situazioni particolari in eventi di Protezione civile.

Alla luce dei dati di attività del servizio degli ultimi cinque anni, depurati da una revisione di appropriatezza dei protocolli in uso, nonché dei dati relativi al servizio territoriale con i mezzi a terra, si proporrà un servizio di elisoccorso che impieghi:

- un numero di mezzi diurni pari al numero necessario per una previsione media di interventi calcolata sul tendenziale degli ultimi 5 anni e, comunque, di norma ricompresa tra 700 e 1.200 interventi per mezzo;
- un numero di mezzi notturni pari a 1 per una previsione media di 500-700 interventi all'anno.

Sarà molto importante al fine di determinare sinergie ed efficienze, la definizione di accordi di integrazione tra diverse Regioni e questo è tanto più valido per le Regioni meno estese territorialmente.

Bisogna tenere presente che il completamento dei mezzi a terra porta ad una riduzione diurne delle richieste di interventi di elisoccorso che a volte supera il 30%. La necessità di attivare operazioni notturne di elisoccorso deve essere atten-

tamente valutata in relazione alla presenza ed estensione di territorio impervio e disagiato, o altrimenti non raggiungibile in tempi utili con un altro mezzo e va correlata con la disponibilità di elisuperfici idonee allo scopo. La richiesta di interventi notturni di elisoccorso rimane tuttavia per lo più inevasa.

Elisuperfici al servizio delle strutture sanitarie Ospedaliere e Territoriali

La complessità degli adempimenti richiesti dalla normativa richiede di individuare un piano complessivo di interventi che possa trovare graduale applicazione nel tempo, relativamente alle destinazioni collegate all'attività Helicopter Emergency Medical Service (HEMS) cioè quei siti, individuati a diversi livelli, su cui si svolgono le manovre di decollo e di atterraggio degli elicotteri.

In adesione a quanto già previsto nelle JAR-OPS 3 (la normativa internazionale di riferimento), anche la normativa italiana recepisce in proposito la distinzione seguente:

- basi operative HEMS
- destinazioni sanitarie (ospedali HUB);
- elisuperfici al servizio di strutture sanitarie;
- elisuperfici al servizio di comunità isolate;
- siti HEMS.

Essendo comunque prioritario l'adeguamento della rete regionale Hub e Spoke anche con le elisuperfici a servizio destinazioni sanitarie, la pianificazione di una **rete di elisuperfici al servizio di comunità isolate** rappresenta un formidabile ausilio all'efficacia del soccorso, specie per le patologie acute tempo-dipendenti.

Il riordino della Continuità Assistenziale

Il riordino della rete emergenza/urgenza deve prevedere anche la riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale.

Tabella 1 (modello) - Numero postazioni attuali e post razionalizzazione

ASL/ASP	SITUAZIONE ATTUALE		RAZIONALIZZAZIONE			
	N. POSTAZ.	Popolaz	I FASE		II FASE	
			N. POST.	Delta da accorpare	N. POST.	Delta da accorpare
TOTALE						

Tabella 2 (modello) - Numero medici attuali e post razionalizzazione

ASL/ASP	SITUAZIONE ATTUALE			RAZIONALIZZAZIONE				TOTALE RIDUZ. delle DUE FASI
	N. MEDICI ATTUALI			MEDICI I FASE		MEDICI II FASE		
	TEMPO INDET.	TEMPO DETERM.	TOTALE	N.	DELTA I FASE / ATTUALE	N.	DELTA II FASE / I FASE	
TOTALE								

Rispetto alla razionalizzazione delle postazioni è necessario, nella quasi totalità delle regioni con piani di rientro, rivedere il numero di postazioni con un progressivo adeguamento nel tempo.

Il meccanismo che si intende utilizzare su base territoriale per una tale riorganizzazione non è necessariamente quello della soppressione delle postazioni, bensì quello dell'accorpamento effettuato valutando alcuni aspetti tra i quali il numero di prestazioni, la popolazione assistita complessivamente e le distanze tra i comuni. Caso per caso si valuterà la possibilità di frazionare l'attività su due o più sedi in fasce orarie ben definite. In questo modo si manterrà, ove richiesto, un servizio di presidio di talune fasce orarie dei punti attuali, in quanto la popolazione per oltre

il 60% dei casi si reca presso la postazione per ricevere prestazioni, mentre le visite domiciliari sono assai più rare e più facilmente gestibili centralmente. Il modello dunque prevede che nel turno di 12 ore sia frazionata l'attività dello stesso medico su più sedi accorpate vicine tra loro. Così facendo, la riduzione avviene sulla base di un monte ore che permette di agire sui costi riducendo l'impegno orario.

Si prevede di adottare tale accorpamento in due fasi.

- **PRIMA FASE:** entro una prima data l'accorpamento di una prima trince di postazioni diversamente distribuite nelle varie aree. Questa operazione consente un'effettiva riduzione assestandosi su una media re-

Tabella 3 (modello) - Risparmi post razionalizzazione

ASL/ASP	I FASE	RISPARMIO II FASE	TOTALE
TOTALE			

gionale accettabile (tenuto conto di accordi nazionali e regionali) per postazione;

- **SECONDA FASE:** entro una seconda scadenza, un ulteriore accorpamento di postazioni che produce una riduzione di unità, arrivando a una dotazione definitiva di postazioni. Tale riassetto organizzativo verrà applicato anche alla luce del monitoraggio dei dati reali di attività e degli eventuali elementi di razionalizzazione suggeriti dalla centralizzazione della gestione su base provinciale.

Le tre tabelle rappresentano un riferimento per la riorganizzazione per fasi del numero di postazioni (Tabella 1), del numero di medici (Tabella 2) e dell'impatto economico (Tabella 3).

La Tabella 2 riporta la riduzione di medici e deve essere intesa in termini di full time equivalent. Il risultato potrebbe essere raggiunto riducendo il numero unitario di medici o il monte ore di tutti.

Attivazione della razionalizzazione della Continuità Assistenziale

Alla luce di quanto appena descritto, le Regioni dovranno individuare le postazioni oggetto dell'accorpamento individuando per ciascuna le fasce orarie di apertura e un piano dettagliato di turnazione dei medici. Inoltre dovrà essere

effettuata anche una valutazione economica di tale razionalizzazione.

Tale operazione deve essere svolta considerando alcuni aspetti di base:

- il numero e la tipologia di prestazioni attuali;
- la popolazione afferente al bacino d'utenza;
- le distanze tra i comuni e l'orografia del territorio;
- eventuali possibili incrementi della popolazione che si verificano solo in alcuni periodi dell'anno;
- la nuova configurazione della rete ospedaliera, dell'emergenza-urgenza e di quella territoriale.

Inoltre, le Regioni dovranno svolgere una puntuale ricognizione sulla dotazione di personale medico di guardia medica, distinguendo i titolari da quelli a tempo determinato e quantificando altresì coloro che svolgono mansioni diverse dalla continuità assistenziale, al fine di chiarirne inquadramento e mansioni.

La centrale operativa della Continuità Assistenziale

Allo scopo di rendere efficace e sostenibile il processo di riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale, una delle azioni indispensabili e prioritarie consiste nella centralizzazione

delle chiamate di Guardia Medica su un numero unico regionale, sul modello di quanto già avvenuto per il 118.

Tale centralizzazione può essere perseguita in modo efficiente ed efficace eventualmente allocando la gestione delle chiamate presso le Centrali Operative del 118 con nucleo di gestione dedicato e medico di Continuità Assistenziale (CA) per filtrare le chiamate stesse, con il vantaggio di utilizzare le dotazioni tecnologiche, informatiche ed organizzative delle Centrali Operative 118.

Grazie a tale soluzione sarà possibile ottimizzare gli interventi, ridurre i tempi di attesa delle visite, monitorare correttamente la attività.

Soprattutto, sarà possibile migliorare la percezione della qualità del servizio da parte dei cittadini, fornendo certezza e stabilità di accesso, indipendentemente dagli aggiustamenti organizzativi sopra indicati, e dalle eventuali variazioni dell'organizzazione dell'offerta in fasce orarie differenti.

Sotto il profilo organizzativo sanitario, la creazione di una centrale unica per la ricezione delle chiamate costituirà un passaggio fondamentale per lo sviluppo delle interazioni con la rete territoriale e la rete delle emergenze di questo importante servizio. Le sue potenzialità sono ad oggi (gravemente) sottoutilizzate rispetto al patrimonio di esperienza di un servizio in cui l'età media dei professionisti si è di gran lunga alzata negli ultimi anni.

Tali interazioni possono comprendere:

- l'integrazione più stretta con i medici di medicina generale, anche nel contesto di CAP o UTAP o Case della Salute (vedi oltre);
- l'utilizzo, secondo quanto previsto dalle Convenzioni a supporto dello sviluppo delle attività distrettuali, sia domiciliari che residenziali (ad esempio, nelle Strutture per le Cure Intermedie);

- il collegamento in rete per avere/fornire informazioni sui pazienti che chiedono l'intervento della C.A.;
- l'inserimento in reti di teleconsulto;
- un'interazione strutturata con il sistema 118, nel rispetto delle rispettive autonomie, da disciplinare con uno specifico protocollo a valenza regionale, dove saranno indicati i rispettivi ambiti di attività

Si propone infine di integrare (fino a far eventualmente coincidere) tale centrale operativa con la Centrale Operativa Territoriale descritta nel capitolo dedicato alla rete territoriale.

GESTIONE INTRAOSPEDALIERA DELL'EMERGENZA

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

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

In questo contesto, gli organici dedicati e specifici per l'emergenza ospedaliera devono divenire una vera e propria Rete di risorse professionali che secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, sia in grado

di distribuire le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza; dai centri di eccellenza (Dea 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 Dea e dei Punti di Primo Intervento, che dovranno essere direttamente collegati allo Spoke di competenza.

La funzione di Pronto Soccorso Semplice è prevista per un bacino di utenza di circa 40.000-150.000 abitanti nei casi in cui i tempi di percorrenza dal centro dell'abitato sia maggiore di un'ora dal Dea di riferimento.

La funzione di Pronto Soccorso in zona disagiata a bassi volumi di attività può essere attivata in casi particolari (zona montana, isole) con un bacino di utenza di 20.000-40.000 abitanti e il centro che dista più di un'ora dal Pronto Soccorso / Dea anche per una parte dell'anno (inverno in zona montana). Pertanto, si propone di identificare per la Regione:

1. Il numero di HUB, con identificazione delle aree di competenza di ciascuno
2. Il numero di SPOKE, con l'articolazione per area di competenza
3. Il numero di Pronto Soccorso semplice
4. Il numero di Pronto Soccorso in zona disagiata
5. Il numero di Punti di Primo Intervento gestiti dalla rete ospedaliera
6. Il numero di Punti di Primo Intervento gestiti dalla rete 118

Diamo, qui di seguito, una descrizione di ciascun tipo di struttura.

Funzioni di Dea di II Livello (HUB)

Le funzioni previste per i Dea di II Livello pos-

sono essere erogate da un unico presidio ospedaliero o da più presidi aggregati in poli, che si completano e si integrano in modo da garantire tutte le funzioni richieste. L'ospedale deve essere dotato di tutte le Strutture previste per il Dea di I Livello. Inoltre, devono essere presenti le altre Strutture, che attengono alle discipline più complesse non previste di norma nel Dea di I Livello: Cardiologia con emodinamica interventistica H24, Neurochirurgia, Cardiocirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale; devono essere presenti o disponibili H. 24 i Servizi di Radiologia con Tac ed Ecografia (con presenza medica), Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. È inoltre prevista, qualora i volumi di attività consentano di garantire le competenze richieste, una Struttura Complessa di Chirurgia d'Urgenza, in grado di gestire i codici rossi in toto, nell'attesa di coordinare l'azione multidisciplinare di altre specialità chirurgiche.

Il Pronto Soccorso deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i fabbisogni 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 Spoke relative al territorio di competenza 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 Dea 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, cardiovascolari, stroke) devono essere previste forme di consul-

tazione, 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 condivisione dei dati 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 tra-

Tabella 4 - Ospedale principale regionale (HUB)

Apertura N° passaggi annui	24H passaggi > 70.000
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
Risorse specialistiche	
Anestesia e rianimazione	SC
Broncoscopia interventistica	servizio
Cardiochirurgia e rianimazione cardiochirurgia	SC
Cardiologia	SC
Chirurgia generale	SC
Chirurgia Maxillo facciale	SC
Chirurgia plastica	SC
Chirurgia toracica	SC
Chirurgia vascolare	SC
Nefrologia e dialisi (anche per acuti)	SC
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

smissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza nelle 24 ore nel centro specialistico e precisamente nel Dea, dov'è previsto il collegamento con la rete, di un operatore, preferibilmente un infermiere, il quale, sulla base delle richieste di consulenza, attiva lo specialista competente, secondo protocolli medici predefiniti (una sorta di super-triage da parte dell' HUB per i trasferimenti secondari, attivati nella rete delle patologie complesse e con richiesta di particolare trattamento specialistico). Inoltre il percorso intraospedaliero del paziente che venisse accolto nel Dea sarà seguito da un infermiere che ne coordinerà i bisogni.

È necessaria una revisione ed un potenziamento della rete dei trasporti secondari, con adeguamento delle risorse da parte delle Centrali 118, dal momento che è prevedibile un notevole incremento dei trasporti da strutture a bassa complessità

verso strutture ad elevata complessità.

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

La gestione tempestiva dei trasporti intra-ospedalieri deve essere organizzata e gestita dai singoli P.S./ Dea in accordo con i reparti specialistici interessati.

Funzioni di Dea di I Livello (Spoke)

Il Pronto Soccorso che eroga funzioni di Dea di I Livello deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del Paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al Dea di II Livello (Hub) secondo protocolli concordati per le patologie di maggio-

Tabella 5 - Presidio ospedaliero principale di Asl (Spoke)

Apertura N° passaggi annui	24H >45.000 passaggi >20.000	24H 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
Risorse specialistiche		
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
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 e Neonatologia*	SC	SC
Psichiatria	SC	SC
Urologia	SC	SC
UTIC	servizio	servizio
Guardia	Guardia Attiva intradivisionale (oppure reperibilità)	Guardia Attiva interdivisionale (oppure reperibilità)
Servizi di radiologia con TAC	24H	24H
Servizio di Ecografia	24H	24H
Servizio di laboratorio	24H	24H
Servizio di immunotrasfusionale	24H	24H

* Nel caso in cui sia previsto anche un punto nascita

re complessità. È 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 sia 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 UTIC, Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in Urgenza, Psichiatria, Oculistica, ORL, Urologia, con servizio medico di CA 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 Tac ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Le funzioni proprie del Dea di I Livello possono essere anche erogate da più strutture su più presidi di Pronto Soccorso integrate.

Alcuni Centri SPOKE, ma non tutti necessariamente, sulla base della definizione e dell'implementazione della rete delle patologie complesse, sono dotati di funzioni specifiche quali ad es. Emodinamica e/o Radiologia interventistica, eventualmente garantita da esperti che si recano presso tali Ospedali con periodicità pre-

determinata e reperibilità multi presidio per le urgenze.

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

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

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 centro SPOKE o HUB di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.

È ubicato in un Ospedale di zona della rete ospedaliera dotato di Struttura Complessa di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia, Ortopedia e Servizi come sotto specificati di guardia attiva o in regime di pronta disponibilità di multi presidio (eventualmente in collegamento con lo spoke di riferimento secondo le esigenze del bacino d'utenza ed il numero dei passaggi).

A regime, il personale medico appartiene alla Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza del Dea (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

Tabella 6 - Ospedale di zona - Sede di Pronto Soccorso Semplice

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

Breve Intensiva (OBI) proporzionali al bacino di utenza e alla media dei passaggi.

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

Il bacino d'utenza deve comportare, di norma, un numero di accessi al Pronto Soccorso superiore alle 20.000 unità.

Funzioni di Pronto Soccorso nell'Ospedale di area disagiata

In quasi tutte le Regioni italiane, esistono situazioni con ospedali per acuzie con Pronto Soccorso situati in aree considerate impervie o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi, così come nelle piccole isole, dove alle peculiari difficoltà, spesso si aggiungono condizioni meteorologiche che impediscono del tutto il trasporto dei pazienti urgenti anche per periodi temporali molto lunghi.

Il ruolo svolto da questi ospedali nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza si riferisce per la maggior parte alla gestione di pazienti che afferiscono da aree troppo distanti dal centro Hub

o Spoke di riferimento, per le quali si superano i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. Nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate.

Questi ospedali, che hanno oggi anche una serie di funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, con un numero di casi troppo basso per garantire la sicurezza dei ricoveri anche in relazione al mantenimento dello skill e delle competenze e che incidono pesantemente sulle tipologie di investimento richieste dalla sanità moderna, dovranno essere integrati nella rete ospedaliera.

L'ospedale (a basso volume di attività) di area disagiata è dotato di:

- un reparto di circa 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e di infermieri;
- una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day Surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina (l'obiettivo massimo è tenere disponibile il 30% dei PL per i casi imprevisti) per coloro che non possono essere dimessi in giornata; la co-

pertura in pronta disponibilità, per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco;

- un Pronto Soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come previsto dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrato al Dea di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo. È previsto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dal Centro di Assistenza Primaria al centro Spoke o Hub.

Come servizi diagnostici è prevista la radiologia con trasmissione di immagine collegata ai radiologi del centro Dea di riferimento, laboratorio con apparati per analisi fast in pronto soccorso e gestiti dal Pronto Soccorso stesso, la presenza di una emoteca.

L'organico medico di tale ospedale dovrebbe prevedere:

- medici di medicina generale (presenza di un medico 12H 5 gg alla settimana + 6H 2 gg alla settimana + reperibilità) che fanno riferimento alla struttura complessa del Dea di riferimento;
- medici di chirurgia generale (presenza di un medico 12H 5 gg la settimana + reperibilità diurna e doppia notturna, non hanno reparto) che fanno riferimento alla struttura complessa del Dea di riferimento;
- servizio di anestesia disponibile;
- medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (presenza di un medico 24H, 365 gg all'anno e con la medicina generale che partecipa al servizio della guardia attiva) che fanno riferimento alla struttura complessa del Dea di riferimento.

I criteri per l'attivazione dell'ospedale di area disagiata nelle Regioni in Piano di rientro sono:

- zona disagiata, montana, premontana o insulare con un bacino di utenza servito in esclusiva di 20.000-40.000 abitanti per i quali la percorrenza media è superiore a 60 minuti in condizioni standard e, durante il periodo invernale, tempi più lunghi e imprevedibili;
- un presidio in grado di essere convertito.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 20.000-40.000 abitanti.

Funzioni di Punto di Primo Intervento

A seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la postacuzie oppure in una struttura territoriale, potrebbe rendersi necessario il mantenimento nella località interessata di un Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 o 24 ore a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie.

Qualora gli accessi superino le 6.000 unità l'anno per PPI aperti 24 ore (per PPI aperti 12 ore si considerano proporzionalmente 3.000 passaggi), la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul Dea 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 o 3.000 nelle 12, affidati al 118 come postazione territoriale fissa aggiuntiva; di norma costituiti da un locale per visite e da un mezzo di trasporto con 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".

Tabella 7 - Punto di Primo Intervento PPI

Apertura N° passaggi annui	24H passaggi > 6.000	12H 3.000 <passaggi < 6.000	24H 3.000 <passaggi < 6.000	12H passaggi < 3.000
Responsabilità clinica ed organizzativa	DEA di riferimento	DEA di riferimento	118	118
Risorse specialistiche	ev. presenti nella struttura	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				

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

Integrazione nell'ambito della rete di emergenza

Tutti i Dea e le Centrali Operative del sistema 118 costituiscono centri di formazione e di tirocinio formativo 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).

Prendendo in considerazione l'interazione del Servizio di Emergenza Territoriale "118" con la rete dei Dea, è fondamentale stabilire i termini di tale interazione che deve essere attuata preservando l'autonomia organizzativa dell'emergenza territoriale, facendo crescere l'organizzazione ed il coordinamento tra i vari Dea, secondo il concetto di rete Hub and Spoke, aggregando anche i PPI allo Spoke o all'Hub cui corrispondono per territorio.

È molto importante il lavoro di integrazione sui percorsi dei pazienti tra Hub, Spoke, Pronto

Soccorso semplice o di Ospedale in zona disagiata, PPI ed il 118. Insieme devono garantire una continua collaborazione nella gestione dei percorsi clinici dei pazienti, garantendo un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e al trasporto dei malati con codici rossi e gialli e afferenti alle reti delle patologie complesse.

Analoga collaborazione sarà possibile con il Distretto delle cure primarie per i codici a bassa gravità (bianchi e verdi) dove importanti funzioni potranno emergere dal riordino della Continuità Assistenziale.

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 Pronto Soccorso e i PPI in zona disagiata richiedono una particolare attenzione da parte dello Spoke (o dell'Hub) a cui si riferiscono, con gestione diretta da parte degli stessi medici operanti nel Dea di riferimento e con la particolare implementazione di attività qualora i numeri lo richiedano. Questo vale ancor più per le piccole isole. È però sempre prioritaria la garanzia del trasferimento protetto del paziente stabilizzato al centro più idoneo.

Il criterio della realizzazione della Rete delle

Patologie Complesse (es: Sindrome Coronarica Acuta, Ictus, Trauma, Urgenze Pediatriche ed Ostetrico-Ginecologiche, ma anche tutte le situazioni che prevedono livelli organizzativi superiori, ivi compresa la diagnosi precoce ed il trasporto protetto verso Centri a funzione sovrazonale), sarà quello di definire i nodi e le sedi di riferimento in armonia con la rete Hub and Spoke, articolata come sopra descritto e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione, al fine di

evitare trasferimenti impropri utilizzando consulenze a distanza da parte di specialisti allocati solo nei centri di riferimento.

Il risultato di questa fase è un disegno con le maggiori strutture ospedaliere del sistema e con i relativi requisiti funzionali e strutturali (v. tabella 8).

La rete di emergenza complessiva risulta come segue (i caratteri "xxxx" nel diagramma sotto indicano il nome dei presidi e il loro posizionamento evidenzia la relazione gerarchica tra i presidi).

Tabella 8 - I presidi della rete d'emergenza

Area di competenza	ASL che compongono l'area	DEA II HUB (presidio)	DEA I SPOKE (presidi)	PS semplice	PPI	PPI zona disagiata	Presidi senza ruolo all'interno della rete di emergenza
2007							
		xxxxxx					
					xxxxxx		
	xxxxxx		xxxxxx				
				xxxxxx		xxxxxx	
				xxxxxx			
			xxxxxx				xxxxxx
		xxxxxx					
	xxxxxx					xxxxxx	
			xxxxxx				
					xxxxxx		
					xxxxxx		
			xxxxxx				
			xxxxxx				
			xxxxxx				
						xxxxxx	
			xxxxxx				

La rete ospedaliera

In questa fase è necessario stabilire il *fabbisogno di prestazioni* per specialità e per area geografica, il corrispondente *numero di posti letto* e di *strutture organizzative*. Infine è previsto il disegno delle *organizzazioni dei singoli presidi* sulla base di parametri condivisi.

IL FABBISOGNO DI PRESTAZIONI (ACUZIE E POSTACUZIE)

La definizione del fabbisogno di prestazioni parte dai concetti di appropriatezza per livello assistenziale utilizzando tutti i parametri sviluppati durante gli ultimi venti anni, ma soltanto in parte applicati.

Tabella 1 (modello) - Produzione erogatori pubblici e privati

	Pubblica		Privata		Totale	
	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%
Acuti						
Non Acuti						
Nido						
Totale						

Tabella 2 (modello) - Mobilità attiva

	Pubblica		Privata		Totale	
	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%
Acuti						
Non Acuti						
Nido						
Totale						

Tabella 3 (modello) - Mobilità passiva

	Totale	%
Acuti		
Non Acuti		
Nido		
Totale		

l'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, alle liste contenute negli elenchi A e B allegati allo stesso Patto della Salute. Le Regioni dovranno, a tal fine, stabilire i valori soglia entro cui ammettere i ricoveri 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 specifiche per singolo Drg. Per questi ricoveri si sono utilizzate, come bench-mark, le strutture regionali migliori. La percentuale è stata calcolata per singolo Drg su un 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 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 riguarda proprio questo tipo di ricoveri. L'utilizzo del ricovero in ospedale è quindi un modo per soddisfare un fabbisogno di cura che altre Regioni affrontano con altri livelli assistenziali. Il concetto di "appropriatezza organizzativa" è la scelta del livello assistenziale 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.
- c.** Si ritiene, inoltre, possibile 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 dovrebbe-

bero 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 nel caso in cui si evidenzi un alto tasso di ospedalizzazione (per esempio lo scompenso) rispetto alle Regioni bench-mark.

e. La rete ospedaliera è oggi spesso utilizzata per ricoveri non appropriati di lungodegenza extraospedaliera. Sono considerati non appropriati l'ottanta per cento dei ricoveri ordinari non chirurgici in specialità per acuzie di persone da 65 anni in su e con de-

genza 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. Se i dati utilizzati per l'appropriatezza contenessero ancora una serie di strutture in fase di conversione sarà necessario prevedere la loro conversione totale in erogatori di prestazioni territoriali.
- g. Le indicazioni di cui ai punti precedenti possono essere integrate con altri modelli utilizzati a livello regionale.

Al termine dell'applicazione del metodo sopra esposto si ottiene un numero appropriato di

Tabella 6 (modello) - La struttura della popolazione rispetto al dato nazionale

classe età	Regione	Italia
0-14		
15-64		
65+		
75+		
Totale		

Tabella 7 (modello) - Effetti del percorso di appropriatezza

Popolazione	Acuzie	
Totale produzione rilevata		
Motivo di non appropriatezza		
a) Ricoveri ord chirurgici Lea in DH		in DH
b) Ricoveri dh chirurgici Lea in prestazioni ambulatoriali (comprende i ricoveri riclassificati della riga precedente)		
c) Ricoveri non chirurgici Lea (ord +Dh) in prestazioni altri livelli assistenziali		
d) Chemioterapia (ord +Dh) (80%) in prestazioni ambulatoriali		
e) Scompenso età 50-74 in prestazioni altri livelli assistenziali		
f) Ricoveri in Medicina età +65 da riclassificare come lungodegenti in prestazioni altri livelli assistenziali		
Totale ricoveri non appropriati		
Produzione appropriata di ricoveri di cui Mobilità attiva e stranieri appropriata		
Produzione appropriata propri residenti		
Mobilità passiva (appropriatezza non valutata)		
Totale consumo dei residenti		
Tasso osservato solo acuti		
Tasso appropriato solo acuti		

prestazioni di ricovero articolato in ricoveri ordinari (maggiori di un giorno) e in day hospital (e ricoveri ordinari di un giorno).

L'appropriatezza della rete ospedaliera della post-acuzie

L'ambito della post-acuzie ha come sua specifica connotazione la definizione di modelli integrati di cure flessibili secondo le esigenze del cittadino che, dimesso dai reparti ospedalieri per acuti, non è in grado di accedere in sicurezza al proprio domicilio per la sua fragilità complessiva sanitaria e il suo fabbisogno assistenziale.

La necessità di ottemperare ai vincoli posti dal Patto per la Salute 2010-2012, che prevede che le Regioni si impegnino ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed a carico del Servizio sanitario regionale per le attività di post-acuzie non superiore a 0,7 posti letto per mille abitanti, richiede un riordino dell'attuale rete ospedaliera.

Alcune Regioni hanno una rete nettamente inferiore allo standard oppure hanno una rete "a macchia di leopardo", in cui solo alcune aree geografiche si avvicinano o raggiungono lo standard. Altre Regioni hanno un eccesso di offerta anche se, in quasi tutte le regioni, non si vede il risultato di una politica di programmazione,

ma di una serie di decisioni a volte scollegate tra di loro. Per tutte le Regioni, c'è il pericolo di un'occupazione non corretta dei PL in assenza di regole precise di appropriatezza.

In questa materia è assai arduo individuare parametri di riferimento attendibili, in quanto è molto elevato il tasso di inappropriata nell'ambito dei ricoveri di postacuzie anche nelle Regioni con un tasso di ospedalizzazione molto basso in questo ambito per l'intera Regione. L'inappropriatezza tende, in queste regioni, a diventare un fenomeno locale nelle aree in cui le strutture sono dislocate. È evidente che le soluzioni che proponiamo sono ancora gravate da un alto grado di empiricità. Nonostante sia frutto di reiterati approfondimenti e miglioramenti, questo metodo è ancora ben lungi dall'essere ritenuto definitivo.

La metodologia dell'appropriatezza dei ricoveri per le post-acuzie e la determinazione dei posti letti relativi

L'osservazione del funzionamento della rete ospedaliera fa emergere alcune forti criticità:

- la necessità dei reparti per acuti di dimettere sempre più precocemente i pazienti, anche in presenza di pluripatologie o fragilità, insite ad esempio nell'invecchiamento;
- i pazienti fragili "non autosufficienti, non stabilizzati o in condizione di sub-acuzie",

Tabella 8 (modello) - Confronto, per area geografica della regione, dell'attuale offerta rispetto allo standard (postacuzie)

N° PL presenti	N° PL a seguito dell'applicazione dello standard di 0,7 PL per mille abitanti	Differenza
Area 1		
Area 2		
Area n		
Totale		

sono di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri: spesso ricevono risposte inadeguate, la dimissione è problematica e impegnano impropriamente risorse altrimenti destinate a pazienti con necessità di maggiore intensità e specificità di intervento;

- la difficoltà delle lungodegenze e dei reparti di recupero e rieducazione funzionale (RRF) di ricoverare pazienti ancora non stabilizzati clinicamente, con il conseguente rischio di inappropriatazza delle loro funzioni;
- l'assenza di strutture di cure intermedie ad intensità di cure adeguate alle necessità del paziente;
- la difficoltà nella valutazione omogenea e precoce dei bisogni multidimensionali dei pazienti e la condivisione organizzativa del progetto di cura specifico con il territorio di competenza.

Tali criticità assumono delle caratteristiche peculiari quando si analizzano in particolare le tipologie di pazienti che arrivano in Pronto Soccorso e che vengono successivamente ricoverati soprattutto nelle discipline di area medica: ricattizzazioni di cronicità in pazienti sempre più anziani con elevata prevalenza di comorbidità, con deterioramento progressivo delle condizioni funzionali e cognitive e con bisogni sociali importanti. Realtà predittiva di un'epidemiologia dei pazienti che si sta modificando in modo significativo.

Conseguenze derivanti dalle criticità sopra evidenziate:

1. invio a strutture di post-acuzie di malati non ancora stabilizzati o affetti da comorbidità di rilievo;
2. invio alle strutture di post-acuzie di pazienti

che potrebbero essere inviati a strutture socio-assistenziali con elevata valenza sanitaria (cfr. classificazione R2 scheda FAR progetto Mattoni di cui al Decreto Ministero della Salute 17.12.2008);

“...- 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, lesioni da decubito profonde, etc)...”;

3. invio alle strutture di post-acuzie di pazienti senza rete assistenziale (anziani soli, pazienti impossibilitati a tornare al proprio domicilio, pazienti extracomunitari) che non dovrebbero essere inviati a strutture di post-acuzie ma a strutture a prevalente componente socio-assistenziale (cfr. classificazione R3 scheda FAR progetto Mattoni di cui al Decreto Ministero della Salute 17.12.2008);

“...Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità d'offerta Residenziale di Mantenimento)...”;

4. invio dei pazienti con compilazione di protocolli operativi approssimativi e talvolta non corrispondenti alle reali necessità medico/riabilitative dei pazienti (invio a setting “disponibili” non necessariamente “appropriati”).

Determinazione del fabbisogno di posti letto di post-acuzie

Sulla scorta di un'attenta valutazione dell'attuale utilizzo dei posti letto di post-acuzie, con particolare riguardo ai codici di diagnosi carat-

terizzanti i singoli ricoveri, rapportati al fattore età e degenza media, si propongono le seguenti azioni per realizzare un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale ed inoltre un'ipotesi di riconversione di una parte degli attuali posti letto della post-acuzie.

Il riordino della rete ospedaliera di post-acuzie contenente specifiche azioni di sistema che permettano di:

- ridurre i ricoveri impropri in degenza per acuti;
- ridurre le giornate di degenza inappropriate dopo la stabilizzazione della fase acuta di malattia;
- contenere i tempi di degenza in Ospedale mediante una precoce valutazione multidimensionale dei bisogni riscontrati;
- dare risposte più adeguate ai bisogni clinico-assistenziali dei pazienti con alta complessità, in particolare di quelli fragili, con la possibilità di indirizzare tali pazienti verso setting diversi, sia in termini di organizzazione, sia in termini di costi di risorse.

Tale azione presuppone:

- la modifica dell'attuale organizzazione regionale dei letti di "lungodegenza" con l'introduzione di letti di cure "intermedie" territoriali, quale segmenti di percorsi che devono essere completati sul territorio;
- l'identificazione delle varie tipologie di setting di cura di post-acuzie in un ambito di continuità assistenziale e contestuale valutazione multidimensionale dei bisogni che condizionano la scelta di percorso e caratterizzano la "presa in carico" del paziente (costruzione dei Pai, Piani di Assistenza Individuali);
- la condivisione tra Ospedale e Territo-

rio del percorso di cura prescelto con identificazione dei criteri di appropriatezza di invio dei pazienti nei vari setting di cura;

- la definizione di indicatori specifici per un'analisi dei livelli di appropriatezza in termini di efficacia ed efficienza;
- organizzare il collegamento operativo con i Distretti delle Asl, competenti per territorio, a cui spettano le funzioni di tutela e di integrazione dei percorsi nella rete di offerta territoriale;
- rendere più omogenea l'assistenza residenziale e domiciliare in tutte le Asl della Regione;
- migliorare la qualità dell'assistenza e l'integrazione professionale mediante corsi specifici di formazione;
- ottimizzare i costi.

Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale

A) Area delle attività riabilitative degenziali di II e I livello

L'identificazione del setting riabilitativo è effettuata al momento della stesura del progetto riabilitativo individuale.

Al fine di migliorare l'appropriato utilizzo degli attuali posti letto presenti nelle strutture riabilitative, pubbliche e private accreditate, si propongono le seguenti azioni:

- adeguamento al 95% del tasso di utilizzo posti letto;
- adeguamento del rapporto tra letti di RO e DH:
 - 1 PL di DH ogni 10 RO per reparti di RRF II livello (cod. 56);
 - 1 PL di DH ogni 6 RO per reparti di RRF di III livello (cod. 75 e 28);

- rimodulazione dei valori soglia delle degenze:
 - per tale ipotesi si è tenuto conto anche dei percorsi riabilitativi già definiti con gli specialisti di riferimento e riguardanti i pazienti delle aree neurologica, cardiologica e pneumologica;
 - i valori soglia vengono ridefiniti anche in funzione della necessità di offrire un percorso riabilitativo complessivo, modulato attraverso interventi degenziali, ambulatoriali e domiciliari:
 - ★ RRF II livello
 - MDC 1 – sistema nervoso – gg. 60
 - MDC 4 – apparato respiratorio – gg. 25
 - MDC 5 – apparato cardiocircolatorio – gg. 15
 - MDC 8 – apparato muscoloscheletrico – gg. 15 per protesi d'anca e ginocchio o post chirurgia ortopedica elettiva, gg. 30 per la restante casistica
 - Altri MDC – 20 giorni
 - ★ RRF I livello
 - MDC 1 – sistema nervoso – gg. 45
 - MDC 4 – apparato respiratorio – gg. 25
 - MDC 5 – apparato cardiocircolatorio – gg. 15
 - MDC 8 – apparato muscoloscheletrico – gg. 15 per protesi d'anca e ginocchio o post chirurgia ortopedica elettiva, gg. 30 per la restante casistica
 - Altri MDC – 20 gg.
 - ★ per quanto riguarda le strutture RRF di III livello, quando saranno operativi i letti di continuità assistenziale extraospedalieri e verrà completata l'attivazione dei letti previsti per gli stati vegetativi, sarà considerata l'introduzione di valori soglia delle degenze, unitamente ad altri indicatori di appropriatezza di funzione;
 - indicatori di appropriatezza di funzione del reparto per l'ingresso dei pazienti:
 - ★ RRF II livello
 - 90% minimo dei pazienti da reparti per acuti con passaggio diretto o entro max 7 giorni dalla dimissione dai reparti per acuti;
 - 10% max dei pazienti da domicilio o da RRF I livello
 - ★ RRF I livello
 - 80% minimo dei pazienti da reparti per acuti con passaggio diretto o entro max 7 giorni dalla dimissione dai reparti per acuti;
 - 10% max dei pazienti da RRF II livello
 - 10% max dei pazienti da domicilio

Dovranno essere definiti criteri di valutazione di eventuali scostamenti dalle suddette percentuali, che tengano in debito conto un'approfondita valutazione del percorso realizzato, anche al fine di una revisione/aggiornamento dei predetti indicatori.

 - ridefinizione dell'intervento nei confronti dei pazienti con patologie di origine metabolica, in funzione di una riqualificazione degli attuali posti letto di RRF (con possibilità anche di riconversione dei relativi posti letto). L'attività svolta su detti pazienti ha scarsa attinenza con l'area riabilitativa e presumibilmente con l'area ospedaliera in regime di ricovero, pertanto si ritiene indispensabile descrivere meglio la tipologia

di intervento prevedendo anche la possibilità di una funzione extra ospedaliera, che possa essere integrata con presa in carico territoriale secondo una logica di percorso tipica della cronicità, quale viene espressa dall'obesità;

- ridefinizione della rete dei posti letto di RRF III livello. Premesso che tali posti letto debbono essere collocati con gli Ospedali sede di Dea di II livello, si rende necessario prevedere una redistribuzione dei posti letto garantendo un'equa ripartizione tra le Aree Geografiche in rapporto alla popolazione residente, nonché ridefinire una percentuale congrua, per singola struttura, tra numero di posti letto di RO e di DH (rapporto 6 a 1);
- per quanto riguarda la dotazione regionale di posti letto di Unità Spinale (codice 28) si ritiene che debba essere presente in coerenza con un Trauma Center. A tal proposito potrebbe essere necessario prevedere un idoneo adeguamento tecnologico delle strutture di III livello – cod. 28 e 75 – affinché possano svolgere pienamente il ruolo di centri di riferimento e di eccellenza, anche in funzioni di eventuali Accordi di Confine. Tale proposta, considerata la peculiarità dei pazienti trattati, potrebbe permettere un migliore governo della mobilità sia extra regionale che verso l'estero;
- potenziamento degli interventi domiciliari in rapporto a indicatori di efficienza e di efficacia, purché sempre sulla base di un progetto riabilitativo che, individuando specifici obiettivi, li identifichi come alternativi alla degenza, alla luce di una risposta di presa in carico estensiva e/o di monitoraggio nel tempo della cronicità, sia con

esiti stabilizzati di disabilità sia con segni clinici di progressione evolutiva. Per tale tipologia di intervento sono da valutare con attenzione i fattori relativi ai differenti aspetti territoriali ed alla necessità che i vari interventi trovino le opportune forme di collegamento, nonché le modalità di realizzazione.

B) Area della lungodegenza ospedaliera

I fruitori di tale area sono pazienti di ogni età, i quali, superata la fase acuta della malattia, necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, possibili in ambito ospedaliero, atti a superare o stabilizzare le limitazioni all'autosufficienza derivanti da malattie e/o infortuni, si ritiene necessario identificare ulteriori parametri per una maggiore qualificazione/appropriatezza del funzionamento di questa area:

- adeguamento al 95% del tasso di utilizzo posti letto;
- ridefinizione del valore soglia della degenza: 30 giorni;
- identificazione della tipologia di pazienti trattati: pazienti provenienti dai reparti per acuti, particolarmente complessi, che necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, al fine di una stabilizzazione e/o miglioramento clinico-funzionale (come ad esempio pazienti portatori delle “grandi insufficienze d'organo” come diagnosi principali, accompagnati da altre patologie che incidono significativamente sul quadro clinico complessivo).

Questa funzione deve essere realizzata in stretto collegamento funzionale/operativo con l'area delle acuzie, e preferibilmente in contiguità logistica, al fine di garantire adeguata assistenza

anche a pazienti ad elevata complessità e con necessità di una gestione specialistica multidisciplinare (area delle cure intermedie).

Adeguamento della rete di offerta al fabbisogno

Sulla base delle criticità sopra descritte e dell'obiettivo del miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale, l'adeguamento dei posti letto ospedalieri indicati in precedenza deve essere previsto nell'ambito dei letti di RRF di I e di II livello e di lungodegenza, rispettando un'equa ripartizione dei vari setting riabilitativi nelle singole aree geografiche.

Per un razionale utilizzo delle risorse le varie strutture dovranno essere di almeno 20 posti letto. L'analisi dei costi evidenzia una dimensione ottimale di due moduli di 30 posti letto circa. Ogni modulo di 30 posti letto circa è in grado di soddisfare un bacino di utenza di 60.000 utenti (calcolo effettuato sulla base di un tasso di ospedalizzazione di riabilitazione dello 0,5 posti letto per mille abitanti). È, quindi, necessario sviluppare un'offerta razionale nel rispetto delle esigenze dei percorsi dei pazienti.

Necessità di strutture extraospedaliere che accolgano, in ambito territoriale, i contatti di cura inappropriati degli ospedali

L'adeguamento della rete dell'offerta ospedaliera al fabbisogno prevede la **realizzazione delle funzioni extra ospedaliere in grado di offrire una continuità assistenziale a valenza sanitaria**.

L'applicazione degli indicatori di appropriatezza sopra individuati richiede un'importante

rivisitazione dell'intero impianto riabilitativo e della presa in carico di postacuzie.

L'inserimento dei pazienti in strutture territoriali riabilitative, dove prevale la componente assistenziale rispetto alla parte clinico-internistica, che pur è presente in modo significativo, deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale.

Peraltro, al fine di evitare una caduta qualitativa e quantitativa dei servizi erogati a queste tipologie di pazienti (con il rischio di indurre un ulteriore sovraffollamento dei PS e dei reparti di degenza per acuti), si ritiene indispensabile operare queste trasformazioni con la necessaria gradualità (adeguata formazione degli operatori sanitari, attivazione di idonei percorsi organizzativi, informazione rivolta alla popolazione) e gestire la fase di transizione con un attento e continuo monitoraggio, utilizzando opportuni indicatori di efficienza ed efficacia.

Premesso quanto sopra, l'ipotesi della costituzione di un'area di continuità assistenziale a valenza sanitaria dovrebbe interessare le seguenti tipologie di pazienti:

- pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, di età inferiore ai 65 anni, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure a domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max gg. 30 + 30*);
- pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, di età inferiore ai 65 anni, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in Rsa per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza (max gg. 30 + 30*);

* Di norma la collocazione in quest'area è prevista di 30 giorni, prolungabili di altri 30, sulla base di specifica valutazione riferita ai singoli casi in relazione a motivate necessità. A tal fine dovranno essere definite le funzioni di connessione tra quest'area e le attività distrettuali competenti territorialmente, all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale dei Distretti delle Asl.

- pazienti ultra 65 anni con problematiche clinico-assistenziali e funzionali di significativa rilevanza, che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (gg. 30 + 30);
- pazienti ultra 65 anni con disabilità motorie di grado moderato che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max gg.30.);
- pazienti con disabilità ad elevata complessità con necessità prevalentemente assistenziali continuative nelle 24 ore, in occasione di emergenze socio-assistenziali, tipo ricoveri di sollievo (max gg. 30);
- pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure a domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max gg. 30 + 30*);
- pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in Rsa/strutture residenziali per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza (max gg. 30 + 30*).

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

L'eventuale necessità di supporto riabilitativo

dovrà essere identificata dal fisiatra, per un massimo di 30 minuti/die.

Il ricorso alla suddetta funzione extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria deve essere conseguente all'attuazione di specifici percorsi da definire in stretta continuità con l'area ospedaliera e territoriale, nell'ottica della creazione di un ponte tra il settore sanitario e quello socio-assistenziale.

Questo tipo di strutture è descritto ulteriormente nel capitolo della "Rete territoriale".

Risvolti organizzativi

Affinché il ridimensionamento del numero di posti letto di post-acuzie e la realizzazione di una funzione extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria portino ad un reale risparmio di risorse e ad un miglioramento nella risposta ai bisogni degli utenti, **è necessario che l'adeguamento dei posti letto non sia spalmato percentualmente su tutte le strutture, ma preveda la possibilità di essere concentrato in ambiti specifici**, tenendo in debito conto l'attività riabilitativa precedentemente svolta, le risorse strutturali disponibili, oltre che la distribuzione geografica, in modo da garantire un'ideale ripartizione dei vari setting riabilitativi nelle diverse aree.

Il ridimensionamento del numero di posti letto di post-acuzie degli erogatori pubblici renderà disponibili risorse mediche, infermieristiche e tecniche della riabilitazione che potranno essere impiegate per compensare le carenze indotte dal blocco del turn-over, anche mediante attuazione di specifiche convenzioni con le Asl

* Di norma la collocazione in quest'area è prevista di 30 giorni, prolungabili di altri 30, sulla base di specifica valutazione riferita ai singoli casi in relazione a motivate necessità. A tal fine dovranno essere definite le funzioni di connessione tra quest'area e le attività distrettuali competenti territorialmente, all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale dei Distretti delle Asl.

territorialmente competenti, mantenendo la piena operatività dei posti letto che rientrano nello standard previsto e contribuendo allo sviluppo della rete ambulatoriale e domiciliare garantita dalle Asl. Il ridimensionamento del numero di posti letto degli erogatori privati permetterà di attivare le strutture territoriali che sono da rafforzare.

Occorre supportare il cambiamento di funzione delle strutture interessate con un’adeguata formazione degli operatori, in modo che tutte le risorse possano svolgere adeguatamente il loro ruolo all’interno della rete regionale.

Fonti di verifica (indicatori)

- Analisi periodica del rispetto della normativa vigente e degli indicatori individuati:
 - tasso di utilizzo posti letto;

- rispetto dei valori soglia di durata delle degenze;
- indicatori di appropriatezza clinica di ricovero dei pazienti nei diversi setting;
- tipologia dei pazienti trattati.

IL CALCOLO DEI POSTI LETTO (ACUZIE E POSTACUZIE)

La dislocazione dei posti letto per area geografica risulta dalla tabella 9:

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

Per le acuzie:

- sono utilizzati i ricoveri appropriati prodotti dalle strutture della Regione secondo la procedura già descritta;
- bisogna valutare in modo critico la possibilità e la necessità di prevedere un recu-

Tabella 9 (modello) - Posti letto effettivi

Totale Regione	Pubblica		Privata		Totale		PL per 1000 abitanti
	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%	
Acuti							
Non Acuti							
Totale							

Area geografica A	Pubblica		Privata		Totale		PL per 1000 abitanti
	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%	
Acuti							
Non Acuti							
Totale							

Area geografica B	Pubblica		Privata		Totale		PL per 1000 abitanti
	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%	
Acuti							
Non Acuti							
Totale							

Tabella 11 (modello) - PL normalizzati per specialità di acuzie suddivisi per erogatori pubblici e privati al netto dei dimessi e delle culle del nido, spec 31

Area	Cod_DISC	Specialità	PL_normalizzati pubblici	PL_normalizzati privato	Totale
1	01	Allergologia			
1	08	Cardiologia			
1	18	Ematologia			
1	19	Malattie endocrine, della nutrizione e del ricamb.			
1	21	Geriatria			
1	24	Malattie infettive e tropicali			
1	25	Medicina del lavoro			
1	26	Medicina generale			
1	29	Nefrologia			
1	32	Neurologia			
1	52	Dermatologia			
1	58	Gastroenterologia			
1	64	Oncologia			
1	65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)			
1	68	Pneumologia			
1	70	Radioterapia (vedere codice 74)			
1	71	Reumatologia			
2	07	Cardiochirurgia			
2	09	Chirurgia generale			
2	10	Chirurgia maxillo-facciale			
2	11	Chirurgia pediatrica			
2	12	Chirurgia plastica			
2	13	Chirurgia toracica			
2	14	Chirurgia vascolare			
2	30	Neurochirurgia			
2	34	Oculistica			
2	35	Odontoiatria e stomatologia			
2	36	Ortopedia e traumatologia			
2	38	Otorinolaringoiatria			
2	43	Urologia			
2	48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)			
3	31	Nido			
3	33	Neuropsichiatria infantile			
3	37	Ostetricia e ginecologia			
3	39	Pediatria			
3	62	Neonatologia			
4	47	Grandi ustionati			
4	49	Terapia intensiva			
4	50	Unità coronarica			
4	51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza			
4	73	Terapia intensiva neonatale			
5	40	Psichiatria			
7	05	Angiologia			
7	55	Farmacologia clinica			
7	61	Medicina nucleare			
		Arrotondamenti			
		Totale			

Nota. I ricoveri delle specialità di supporto devono essere ricondotti alle strutture organizzative con posti letto, oppure trasformati in prestazioni ambulatoriali

fatti alcun senso “spalmare” tali riduzioni su tutte le strutture ospedaliere regionali).
Le indicazioni sopra evidenziate hanno permesso alcune considerazioni:

- il processo di appropriatezza, togliendo ricoveri inappropriati agli ospedali, libera presso gli stessi una capacità produttiva che può essere utilizzata per ristrutturare la re-

te ospedaliera. Il numero di ricoveri appropriati degli ospedali destinati a costituire la rete ospedaliera futura si riduce complessivamente rispetto alla situazione esistente. Pertanto, permane la capacità di assorbire una buona parte dell'incremento dell'attività di postacuzie. La proposta di rete ospedaliera comporta, quindi, l'erogazione di prestazioni presso strutture in grado di garantire la sicurezza e la qualità di cura relativa, nonché una riconversione effettiva delle strutture sedi di PPI (Punto di Primo Intervento) per l'attività territoriale;

- la riduzione dei ricoveri a seguito del ricalcolo sopradescritto comporta, inoltre, la possibilità di una redistribuzione delle discipline;
- in molte Regioni esistono rapporti con l'Università che presentano delle criticità, con una distribuzione di specialità e di erogazione di prestazioni di ricovero non ottimale. Al fine di garantire l'attività didattica e la ricerca, si propone di integrare le strutture universitarie con quelle delle Aziende Sanitarie, per permettere una razionalizzazione dei posti letto senza penalizzare la ricerca e la didattica.

Numero di posti letto per disciplina

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

Il numero di posti letto, corrispondente al percorso di appropriatezza dei ricoveri descritto sopra, permette una riduzione della capacità produttiva per le discipline interessate. Co-

me già evidenziato, non è possibile, nei tempi previsti dal Piano, ampliare in modo significativo la capacità per le discipline poco rappresentate nella Regione. Tuttavia, sono stati introdotti alcuni correttivi per l'incremento di alcune specialità.

Alcune **discipline sono rare** in quanto riguardano malattie che per diffusione sono poco presenti sul territorio. La necessità di offrire una buona qualità di prestazioni porta ad una concentrazione in poche sedi sul territorio con un grande bacino d'utenza per ciascuna struttura organizzativa. Esempi di queste discipline sono i grandi ustionati, la cardiocirurgia, ecc.. Normalmente esse 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 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 ospedaliero pubblico.

Nella determinazione del numero di posti letto per disciplina si è seguito il percorso qui descritto.

1. Identificare, partendo dai ricoveri appropriati secondo la metodologia già presentata, per ciascuna disciplina, il 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, ma non il nido.
2. Individuare, per ciascuna disciplina, la degenza media relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni.

3. Determinare il tasso di occupazione standard da utilizzare nel calcolo.
4. Calcolare, sulla base dei punti precedenti, il numero regionale totale di posti letto.
5. Sulla base dei ricoveri appropriati e delle considerazioni di opportunità, determinare la quota dei ricoveri fornita dagli erogatori pubblici.
6. Calcolare il numero di posti letto atteso nelle strutture pubbliche e nelle strutture private.

L'articolazione dei posti letto all'interno delle reti ospedaliere

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 sedi delle **specialità con una diffusione rara** sul territorio.
- **I presidi ospedalieri di base con attività specializzate** indicati come SPOKE, sedi di Dea di primo livello e con un ruolo importante per **le specialità di media diffusione** sul territorio.
- **I presidi ospedalieri di base** sono le altre strutture delle Asl, sedi di Pronto Soccorso Semplice, con la presenza di 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 per assicurare i Livelli essenziali di assistenza all'interno della rete

ospedaliera. A seguito di accordi e linee guida regionali è a carico delle Aziende sanitarie territoriali la definizione degli accordi per assicurare la correttezza nell'utilizzo dei setting assistenziali e delle diverse strutture della rete ospedaliera.

Le discipline rare sono assegnate a pochi presidi ospedalieri di riferimento regionale.

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 alle aziende ospedaliere e ai 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 regionale e/o di Azienda sanitaria territoriale.

Proposta di articolazione di strutture organizzative di dimensioni appropriate e per bacino di utenza

La tabella 12 indica, per ciascuna specialità, l'intervallo di bacino di utenza necessario per attivare una struttura complessa di degenza oppure un servizio diagnostico o di supporto.

In alternativa ad una struttura complessa pubblica è possibile attivare un punto di erogazione privato di dimensioni e volumi corrispondenti. Il bacino minimo indica la popolazione di riferimento minima necessaria per attivare la struttura complessa. L'intervallo è largo per poter essere applicato sia in ambito metropolitano che in ambito meno densamente popolato e garantire congrui tempi di attesa.

In coerenza con quanto sopra descritto, a se-

guito 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

Tabella 12 - Bacino di utenza per specialità e PL indicativi per struttura complessa (S.C.)

Acu	Area	Diffusione	Specialità	Bacino di Utente pubblico e privato (milioni di abitanti)				PL/ S.C.
				Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		
				Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo	
0	1	1	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 Cardiocirurgia infantile	6	4			16
0	2	1	7 Cardiocirurgia	1	0,5			16
0	1	3	8 Cardiologia	0,3	0,15			20
0	1	2	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 territoriale		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 Geriatria	0,8	0,4			20
0	1	1	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 territoriale		0
1	6	1	28 Unità spinale	4	2			20
0	1	2	29 Nefrologia	0,8	0,4			20
0	2	1	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
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	1	42 Tossicologia			6	4	0
0	2	3	43 Urologia	0,3	0,15			20
0	4	1	46 Grandi ustioni pediatriche					8

(*) 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

(medico-chirurgica) o per intensità di cura (elevata, media assistenza, assistenza di base), per evitare una frammentazione delle unità operative con dotazioni di posti letto

inferiori a soglie di efficienza ragionevoli.

Le specialità sono organizzate in modo seguente:

- Per specialità per acuzie (0) e postacuzie (1)

segue da pag. 47

Tabella 12 - Bacino di utenza per specialità e PL indicativi per struttura complessa (S.C.)

Acu	Area	Diffusione	Specialità	Bacino di Utente pubblico e privato (milioni di abitanti) (*)				PL/S.C.
				Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		
				Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo	
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	1	52 Dermatologia	1	0,5			20
0	7	2	54 Emodialisi (vedere anche nefrologia cod 29)			0,5	0,3	0
0	7		55 Farmacologia clinica			n/a		0
1	6	3	56 Recupero e riabilitazione funzionale	0,07	0,04			24/32
0	1	1	57 Fisipatologia della riproduzione umana	4	2			20
0	1	2	58 Gastroenterologia	0,8	0,4			20
1	6	3	60 Lungodegenti (vedi medicina generale)					24/32
0	7		61 Medicina nucleare			1	0,5	0
0	3	1	62 Neonatologia (in alternativa a cod. 73)	1	0,5			20
0	1	3	64 Oncologia	0,8	0,4	0,3	0,15	16
0	1		65 Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)	0				0
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
0	7	3	69 Radiologia			0,3	0,15	0
0	1		70 Radioterapia (vedere codice 74)					0
0	1	1	71 Reumatologia	1	0,5			20
0	4	1	73 Terapia intensiva neonatale	1	0,5			8
0	1	1	74 Radioterapia oncologica			1	0,5	0
1	6	1	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	3	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			SC per HUB e spoke.		
0	7		Servizio trasfusionale			0,3	0,15	
0	7		Microbiologia e virologia			1	0,5	

(*) 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

- 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

CONSIDERAZIONI A LIVELLO DI SPECIALITÀ

Nell'ambito dell'intervallo indicato per ciascuna specialità è possibile comporre il singolo ospedale in modo che le strutture complesse di ciascuno siano compatibili con il ruolo nell'ambito del sistema emergenza-urgenza. Eventuali strutture semplici possono essere articolate in modo da completare la rete della singola patologia/specialità.

L'intervallo 0,15-0,30 milioni di abitanti è applicato per specialità con la presenza prevista presso Dea di primo livello.

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

- Materno infantile (applicazione delle linee guida nazionali)
- Emergenza cardiologica
- Ictus cerebrale
- Trauma grave
- Cure psichiatriche
- Oncologica
- Insufficienza renale
-

Sono previsti dei gruppi di lavoro per articolare, all'interno dei valori complessivi, le reti per specialità e con delle scadenze strette per la presentazione dei loro risultati:

- Rete Infarto
- Rete ICTUS
- Rete Traumatologica
- Rete Neonatologia e Punti nascita
- Rete Medicine specialistiche
- Rete Oncologica
- Rete Pediatrica
- Restanti reti

La cardiologia è prevista presso i presidi sede di Dea di primo e secondo livello (nonché a supporto della cardiocirurgia).

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

La terapia intensiva neonatale è prevista come struttura complessa soltanto presso gli HUB, mentre i servizi di neonatologia saranno presenti nella maggior parte dei punti nascita come strutture semplici.

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

Proposta di articolazione di funzioni nella rete ospedaliera

Sulla base dei parametri appena indicati e dell'analisi presentata nelle pagine precedenti ogni Regione in Piano di rientro e riqualificazione deve definire una propria proposta di rete ospedaliera di erogatori pubblici e privati, utilizzando lo schema indicato nella tabella successiva.

Nella tabella risultano:

- le strutture complesse con posti letto;

- le strutture semplici con posti letto;
 - le strutture complesse senza posti letto;
 - le strutture semplici senza posti letto.
- La proposta di assetto teorico deve essere confrontata 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

Tabella 13 - Organizzazione della Rete ospedaliera proposta (da suddividere tra erogatori pubblici e privati)

Acu	Area	Dif	Cod	Descrizione	Commento	Proposta					
						SC			SS		Totale SC+SS
						Degenza	Servizi	Totale	Deg	Serv	
0	1	1	1	Allergologia							
0	7		2	DH (multispecialistico)							
0	7		3	Anatomia e istologia patologica							
0	7		5	Angiologia							
0	2	1	6	Cardiochirurgia infantile							
0	2	1	7	Cardiochirurgia							
0	1	3	8	Cardiologia							
0	1	2	8	Emodinamica (SS)							
0	2	3	9	Chirurgia generale							
0	2	1	10	Chirurgia maxillo-facciale							
0	2	1	11	Chirurgia pediatrica							
0	2	1	12	Chirurgia plastica							
0	2	1	13	Chirurgia toracica							
0	2	2	14	Chirurgia vascolare							
0	7		15	Medicina sportiva	attività territoriale						
0	1	2	18	Ematologia							
0	1	2	19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.							
0	1	1	20	Immunologia e centro trapianti							
0	1	2	21	Geriatría							
0	1	1	24	Malattie infettive e tropicali							
0	1	1	25	Medicina del lavoro							
0	1	3	26	Medicina generale							
0	7		27	Medicina legale	attività territoriale						
1	6	1	28	Unità spinale	vedi cod 75 Neuroriab						
0	1	2	29	Nefrologia							
0	2	1	30	Neurochirurgia							
0	3	3	31	Nido							
0	1	3	32	Neurologia							
0	3	2	33	Neuropsichiatria infantile							
0	2	3	34	Oculistica							
0	2	2	35	Odontoiatria e stomatologia							
0	2	3	36	Ortopedia e traumatologia							
0	3	3	37	Ostetricia e ginecologia							
0	2	3	38	Otorinolaringoiatria							
0	3	3	39	Pediatria							
0	5	3	40	Psichiatria	verificare serv terr e DGR 33						
0	7		41	Medicina termale							
0	7	1	42	Tossicologia							
0	2	3	43	Urologia							
0	4	1	46	Grandi ustioni pediatriche							

Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro

ti di accreditamento, definiti dalla Legge regionale e dal regolamento regionale;

- le strutture complesse con posti letto attualmente coperte;
- le strutture complesse senza posti letto at-

tualmente coperte;

- la presenza di specialità presso erogatori privati.

Nella lettura della tabella 13 bisogna tenere presente che anche le strutture con degenza ero-

segue dalla pagina di fianco

Tabella 13 - Organizzazione della Rete ospedaliera proposta (da suddividere tra erogatori pubblici e privati)

Acu	Area	Dif	Cod	Descrizione	Commento	Proposta					Totale SC+SS
						SC			SS		
						Degenza	Servizi	Totale	Deg	Serv	
0	4	1	47	Grandi ustionati							
0	2	1	48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	Cod 29 Nefrologia						
0	4	3	49	Terapia intensiva	SC ridotti senza riduz PL						
0	4	3	49	Terapia intensiva cardiocirurgica							
0	4	3	50	Unità coronarica							
0	4	3	51	Medicina e chirurgia di accettazione e emergenza	con OBI						
0	1	1	52	Dermatologia							
0	7	2	54	Emodialisi							
0	7		55	Farmacologia clinica							
1	6	3	56	Recupero e riabilitazione funzionale	Da valutare i servizi terr.						
0	1	1	57	Fisiopatologia della riproduzione umana							
0	1	2	58	Gastroenterologia							
1	6	3	60	Lungodegenti	vedi medicina generale						
0	7		61	Medicina nucleare							
0	3	1	62	Neonatologia	vedi cod 73 Terapia inte neon						
0	1	2	64	Oncologia							
0	1		65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)							
0	1	1	66	Oncoematologia pediatrica							
0	7		67	Pensionanti (multispecialistico)							
0	1	2	68	Pneumologia							
0	7	3	69	Radiologia							
0	1		70	Radioterapia (vedere codice 74)							
0	1	1	71	Reumatologia							
0	4	1	73	Terapia intensiva neonatale							
0	1	1	74	Radioterapia oncologica							
1	6	1	75	Neuroriabilitazione							
0	2	1	76	Neurochirurgia pediatrica							
0	1	1	77	Nefrologia pediatria							
0	2	1	78	Urologia pediatria							
0	7		82	Anestesia e rianimazione (Serv.Ambulatoriale, vedere 49)							
0	7		97	Detenuti							
0	7		98	Day surgery							
0	7		DS	Direzione sanitaria di presidio							
0	7		F	Farmacia ospedaliera							
0	7	3		Laboratorio d'analisi							
0	7			Fisica sanitaria							
0	7			Servizio trasfusionale							
0	7			Microbiologia e virologia							
				Totale generale							

gano prestazioni ambulatoriali che possono essere rilevanti, per esempio l'oculistica.

L'attivazione della rete ospedaliera

L'attivazione della rete ospedaliera deve essere gestita integrando le azioni delle altre due reti necessarie per la sanità regionale: la rete di emergenza-urgenza e la rete territoriale. È, di conseguenza, indispensabile deliberare tutte e tre le reti prima di proseguire con il percorso di cambiamento.

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

Come già evidenziato, è compito della Regione e/o dell'Azienda l'analisi della situazione specifica dei propri residenti, l'attivazione delle strutture territoriali in sostituzione del ricovero, il coordinamento dell'analisi congiunta con gli erogatori di prestazioni ospedaliere e la stipula di contratti con gli erogatori privati. È, di conseguenza, prevista l'analisi, per ciascun'Azienda, della produzione degli erogatori privati, di quella degli erogatori pubblici, nonché del fabbisogno soddisfatto in altra sede per ottenere una razionalizzazione dell'offerta complessiva all'interno di ogni azienda sanitaria provinciale.

Le singole Asl dovranno presentare una proposta in tale senso alla Regione entro una data stabilita. La Regione validerà i tetti per singole strutture erogatrici e, nel caso in cui l'Asl non formuli le proprie proposte entro il termine stabilito, la Regione vi provvederà in via

sostitutiva. La ripartizione del tetto fra le singole strutture (pubbliche e private) viene intesa non solo in termini di importo complessivo, ma anche di prestazioni. Ogni Regione, infine, è opportuno definisca procedure e format precisi con i quali svolgere quanto sopra descritto per emanare le indicazioni da fornire alle singole Asl.

È, alla fine, necessario rivedere il piano di investimento in tecnologie per adattarlo alla nuova rete ospedaliera in modo da concentrare le poche risorse a disposizione nei punti da sviluppare.

Criticità

Il confronto tra la situazione esistente e l'applicazione appropriata dei criteri sin qui indicati potrebbe evidenziare la necessità di una razionalizzazione di ampie dimensioni della rete ospedaliera in essere. L'applicazione totale potrebbe, però, richiedere dei cambiamenti strutturali non possibili a breve termine. È compito delle aziende sanitarie studiare la situazione reale per identificare le possibilità all'interno del periodo di applicazione del piano di rientro. Il metodo corretto è quello di un'analisi attenta di rete per specialità rispetto al proprio bacino di utenza. I gruppi di lavoro che sono da attivare hanno il compito di proporre delle indicazioni più specifiche da applicare.

La conferma della possibilità di un forte intervento di razionalizzazione risulta da diversi studi. Calcolando un indice tra la produzione ospedaliera erogata da ciascun presidio ospedaliero (espressa in pesi prodotti e includendo anche le prestazioni ambulatoriali) e il numero di medici, infermieri, Oss, personale tecnico e amministrativo relativi, è possibile creare degli indicatori di n. persone per peso prodotto. Si con-

siglia la creazione di un bench-mark composto dalle strutture più efficienti della Regione. Rispetto al bench-mark è normale evidenziare un surplus complessivo di personale delle regioni in Piano di rientro che supera il 10%. Tra i motivi della situazione in osservazione ci sono, di norma, una non razionale dislocazione delle specialità e dei reparti autonomi di dimensioni troppo piccoli.

L'analisi del rischio clinico in ospedale evidenzia che esiste una curva di apprendimento per tipologia di intervento; per cui, per erogare una buona qualità clinica, è necessario definire le quantità minime per gli interventi più critici e applicarli per tutte le strutture.

L'utilizzo delle sale operatorie nei presidi pubblici è, spesso, troppo basso con la conseguenza di un uso non efficiente del personale relativo. È opportuno, quindi, superare il 70% dell'utilizzo concentrando gli interventi per un uso migliore delle risorse.

Risvolti organizzativi ed economici

Sulla base dei criteri presentati nella parte metodologica, è possibile effettuare un confronto tra una situazione di dislocazione "ideale" e la situazione attuale. Tale confronto evidenzia in tutte le Regioni studiate una possibilità di riduzione di strutture complesse anche nell'ordine di 10%-20% e la possibilità di una produzione appropriata con diverse migliaia di dipendenti in meno. Si evidenzia, inoltre, la possibilità di razionalizzare fortemente la presenza degli erogatori privati in modo di indirizzare il

loro contributo al sistema sanitario in modo più coerente rispetto alle strutture pubbliche, eliminando le duplicazioni e gli eccessi di offerta, indirizzando l'attività alla riduzione dei tempi di attesa di quelle prestazioni/interventi a cui la Regione intende dare la priorità. Nel Patto per la Salute 2010-2012 è previsto che l'integrazione tra erogatori pubblici e privati sia ancorata all'esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coinvolgimento negli obiettivi programmatici, nelle politiche di qualità e appropriatezza e nel controllo della spesa.

È possibile emerga la necessità di riconvertire in Strutture territoriali alcuni Presidi ospedalieri pubblici, che non sono necessari per il sistema di emergenza-urgenza e che non possono rafforzare la capacità produttiva degli altri presidi.

L'organizzazione della rete programmata con le modalità descritte permetterà una forte razionalizzazione di tutte le principali risorse utilizzate (personale, beni e servizi e investimenti).

Fonti di verifica e indicatori

Per monitorare l'andamento del programma di razionalizzazione che ogni Regione adotterà bisogna utilizzare o creare dei flussi trimestrali che misurino l'andamento del personale e delle strutture complesse per i principali settori aziendali (ospedale, territorio, prevenzione, supporto tecnico/logistico/amministrativo e libera professione) insieme al confronto con l'anno precedente e con l'obiettivo da raggiungere.

La rete territoriale

OBIETTIVI

Razionalizzazione ed ottimizzazione della rete

Le tre reti (Emergenza, Ospedali, Territorio) sono da riorganizzare in una visione di insieme, che rispetti gli indirizzi generali normativi, le evidenze scientifiche, nonché i criteri adottati con successo in alcune realtà del Paese, rispettando le peculiarità specifiche del territorio dove vengono inserite. La situazione economica esistente a livello nazionale e di molte regioni richiede di mettere in atto 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, in cui è necessario un potenziamento attuabile solo con un incremento di risorse. Attraverso la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e ospedaliera si possono liberare importanti risorse umane e materiali da impiegare per un potenziamento della rete territoriale.

Miglioramento dell'appropriatezza

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

Gli obiettivi saranno mirati ad ottenere il miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso una concreta continuità assistenziale, la riduzione dei costi della spesa farmaceutica e di quella diagnostica, un appropriato livello di costo de-

gli altri sottolivelli assistenziali, con una corretta gestione dell'assistenza alla persona erogata nella "catena di cura".

I temi vanno affrontati congiuntamente con il coinvolgimento delle componenti professionali intra ed extra ospedaliere in appositi tavoli di discussione; vanno accuratamente evitati, in particolare per l'appropriatezza prescrittiva, approcci con impostazione solo economica, sia perché si sono dimostrati meno efficaci, sia per evitare nei sanitari delle posizioni di rifiuto. Di pari importanza è il miglioramento dell'"*appropriatezza di livello*", ottenibile attraverso interventi sui modelli organizzativi e di presa in carico dei pazienti cronici. Quando una prestazione è erogabile con pari appropriatezza clinica ad un livello "meno complesso", e questo non viene attuato, si parla di *inappropriatezza di livello* come caso particolare di *inappropriatezza organizzativa*. Anche in questo caso è fondamentale il lavoro di condivisione tra professionisti ospedalieri e territoriali, sia a livello medico sia a livello infermieristico, attraverso gruppi di lavoro misti, per pervenire a soluzioni condivise. Solo chi lavora sul campo può attuare in concreto il cambiamento e merita di partecipare alle decisioni anche per evitare di proporre soluzioni tecnicamente corrette, che però corrono il rischio di non ottenere risultati concreti.

L'appropriatezza di un intervento professionale

Nel documento finale del *Mattone 7* (Misura dell'appropriatezza) sono state indivi-

duate 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, ecc.);
- le caratteristiche della prestazione (efficacia, sicurezza, costo, accettabilità, continuità assistenziale, ecc.);
- 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 nella pratica corrente. Questa specifica dimensione dell'appropriatezza, che fa riferimento all'applicazione di interventi di efficacia dimostrata in contesti nei quali il profilo beneficio-rischio per i pazienti si mantiene favorevole, viene solitamente presentata come *appropriatezza clinica*.

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

o di errori medici, all'interno di una struttura sanitaria.

Ancora, rientrano nella dimensione dell'appropriatezza organizzativa azioni tese a individuare e rimuovere incentivi perversi, si pensi a tariffe di rimborso incongrue, che possono stimolare l'esecuzione di prestazioni anche quando i rischi individuali superano i benefici o quando modalità differenti di erogazione (per esempio, nella scelta fra ricovero ordinario, ricovero diurno, e prestazione ambulatoriale) sono disponibili.

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 a un danno per il paziente, uno spreco di risorse per la collettività.

I pazienti particolarmente interessati da tutte e due le definizioni di appropriatezza sono quelli fragili. La fragilità si identifica per la sussistenza di problemi di cronicità, di non autosufficienza, di condizioni sociali deprivanti le capacità di autogestione dello stato di malattia. Essa trova possibilità di individuazione in condizioni cliniche, fisiche, psicologiche e sociali, ma soprattutto in

una caratteristica funzionale che si esprime nel problema derivato da un bisogno di presa in carico e di un'assistenza più o meno intensiva ma costantemente continuativa.

In questo contesto, 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.).

Presa in carico territoriale

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

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 in cura del paziente fra i diversi erogatori di servizi, se non vogliamo che questi diventino elementi di criticità e frammentazione. È, di conseguenza, necessario im-

plementare 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. È 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; si dovranno, inoltre, inserire con elevata priorità fra gli obiettivi assegnati al Territorio azioni legate agli stili di vita e alla qualità dell'ambiente in senso esteso, che sono finalizzate ad impedire l'insorgenza o a ritardare l'aggravarsi delle malattie croniche;
- *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, che potrà consolidarsi in uno specifico registro, funzionerà come supporto di un'**unica centrale operativa territoriale**.

Tale Centrale operativa territoriale dovrebbe necessariamente essere interconnessa con quella del 118, condividendone le tecnologie pur nella rispettiva autonomia gestionale, e deve essere un reale strumento di integrazione fra i servizi territoriali, sulla base di accordi regionali e locali con l'area convenzionata (Mmg, Pls, Mca, Sai, ecc.) fornendo ai cittadini la percezione della capacità del territorio di prendersi carico del paziente con continuità, e di essere un'efficace alternativa all'ospedale.

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

1. l'accesso all'Assistenza Primaria, strettamente interconnesso con il sistema della Continuità Assistenziale che è attiva nei notturni e festivi e a sua volta integrata con la Centrale Operativa 118, le Cure Domiciliari e la Valutazione Multidimensionale;
2. la tracciabilità del percorso;
3. la gestione di un data base dei casi, condivisa e disponibile per tutti coloro che so-

no 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.

Al fine di chiarire come potrà essere 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 ad altri livelli assistenziali e quelli già ricoverati.

Per il primo gruppo di pazienti deve essere previsto il collegamento tra il sistema 118/PS e i mmg attraverso un'integrazione tra il sistema informatico 118/PS e un sistema da creare per i mmg.

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 3 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 residenziale 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, in stretto collegamento con i medici di medicina generale (Mmg).

Indicatori di esito/processo

Sarà definito 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 patologia di MDC;

AZIONI DA INTRAPRENDERE

Riconversione dei piccoli ospedali

La riconversione dei piccoli ospedali, come precedentemente dettagliato nel capitolo dedicato alla rete ospedaliera, si rileva necessaria so-

prattutto per garantire sicurezza e qualità delle cure alla popolazione. Fondamentale risulta quindi la modalità di riutilizzo delle strutture presso le quali verranno disattivate le attività di ricovero per acuti.

Tale patrimonio, edilizio e non solo, deve essere sfruttato nel modo migliore per implementare il livello di assistenza territoriale, come sopra indicato.

L'offerta residenziale e semiresidenziale presenta notevoli disomogeneità – e significative carenze – in molti territori regionali, sia per quanto riguarda gli accoglimenti a lungo termine di soggetti non autosufficienti (anziani, disabili, psichiatrici, ecc.) 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.

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 socio-sanitaria 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.

Nel contesto socio-sanitario delle regioni, si ritiene necessario pertanto dare priorità in questa fase agli interventi di sviluppo della residenzialità temporanea extraospedaliera.

Introduzione di strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria e a breve durata, "Strutture Intermedie"

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

Le Cure Intermedie vengono introdotte nel Regno Unito negli anni '90 con l'obiettivo di migliorare l'efficienza ed il controllo sul budget, riducendo i costi sanitari legati ad un'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 at-

traverso 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 (vedi anche sezione *L'appropriatezza della rete ospedaliera della post-acuzie*).

- 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 centrale, ecc..
- RRE1 Prestazioni di Riabilitazione Estensiva in Regime di Post-Acuzie per il completamento di programmi terapeutici già avviati in forma Intensiva o rivolti a persone che non sopportano programmi di tipo intensivo (Linee Guida: art. 2.2. comma a/1).

Una causa importante per la degenza media alta dei ricoveri ospedalieri in molti Regioni è la difficoltà di dimissione dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale di una struttura protetta. Le strutture residenziali 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.

È fattibile che una parte dei ricoveri non appropriati in strutture di riabilitazione ospedalie-

ra possano trovare una corretta applicazione in questo tipo di strutture, attraverso la conversione di una quota dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera. Rispetto ai ricoveri medici per acuti non appropriati è possibile che le Strutture di Ricoveri Intermedi possano fornire una risposta ai fabbisogni oggi soddisfatti solo a livello ospedaliero.

Nel contempo, la riflessione in ambito geriatrico suggerisce l'opportunità di creare queste strutture nella 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. Tali cure devono essere comprensive della riorganizzazione del contesto familiare e della progettazione dei supporti alla non auto-sufficienza, utili al ritorno nel contesto domestico, sia per le persone anziane sia per le persone fragili di ogni età;
- *cure della vulnerabilità* dei fragili e degli anziani non autosufficienti intese quali proseguimento della presa in cura oltre il ricovero ospedaliero dopo fasi di criticità di malattie croniche riacutizzate con elevato rischio di instabilità; oppure, nel caso di necessità, sono da intendersi anche come 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 correlate, 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 propria della struttura a valenza residenziale;
- *osservazione prolungata*, dopo la stabilizzazione di stati critici e terapie intensive, con prosecuzione di cure e 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 adeguata 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 alla qualità di vita in attesa di una riorganizzazione del domicilio e delle cure familiari o di una progettazione di lungassistenza domiciliare o residenziale dopo l'insorgenza o l'aggravamento di una condizione di grave non autosufficienza.

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 dall'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.

È **prerequisito 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 dopo 3 mesi);
- 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 le motivazioni 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. L'assistenza prevista è prevalentemente di tipo assistenziale e riabilitativo di mantenimento con conduzione medica ad orientamento geriatrico e degli specialisti delle patologie a lungo termine.

Lo sviluppo organizzativo delle SCI deve prevedere un collegamento con il sistema della Continuità Assistenziale e con l'ospedale di riferi-

mento 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.

La tariffazione deve essere prevista, con una o più soglie intermedie tra quella della lungodegenza ospedaliera (cod 60), oggi interamente a carico del Ssr, e quella delle strutture Residenziali (con una quota alberghiera 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. Il prolungamento oltre il termine stabilito deve comportare il pagamento del 50% della tariffa, e in ogni caso assestarsi su un livello non inferiore a quello della residenzialità extraospedaliera, al fine di evitare distorsioni nello svolgimento dei percorsi assistenziali. L'effetto progressivo dell'incremento della quota a carico dell'assistito deve essere un incentivo per una forte integrazione con il sistema sociale (comune e famiglia).

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).

Come già detto, va evidenziato che l'ingresso del paziente in questo tipo di struttura deve avvenire **a seguito** della valutazione multidimensionale e deve essere accompagnato da un progetto definito che deve assumere la presa in carico del percorso dal momento del ricovero ospedaliero. Per questo è da prospettare un processo sistematico di intese e integrazioni tra la rete ospedaliera e la Asl per la definizione delle comunicazioni e della pianificazione degli interventi e dei passaggi tra i diversi livelli assistenziali.

Le Strutture di Cure Intermedie avranno un importante ruolo nel percorso dei pazienti curati in modo inappropriato nelle strutture di acuzie e di post-acuzie (vedere queste sezioni) e si può prevedere una fase di sperimentazione con progressivo aumento di questo tipo di offerta (ad esempio, fino a 0,4 PL per mille abitanti). Una parte significativa di questi posti letto può essere ottenuta tramite la riconversione di posti letto di altri livelli assistenziali, in particolare quelli di piccoli ospedali per acuti oppure quelli di postacuzie non più appropriati.

I ricoveri in queste strutture saranno documentati dai nuovi flussi ministeriali sull'assistenza residenziale (FAR/SIAR).

La dotazione standard minima di una struttura è di due moduli da 30 PL circa per raggiungere il corretto livello di efficienza e con la possibilità di organizzazioni strutturali più ampie per economie di scala in aree di una forte densità di popolazione. In situazioni specifiche, ove la Struttura di Cure Intermedie sia inserita all'interno di un'organizzazione che includa anche altri li-

velli assistenziali (quali nuclei di assistenza residenziale a lungo termine), è possibile prevedere un solo modulo di 30 PL. All'interno di ciascuna struttura è prevista la presenza di pazienti con un fabbisogno individuale diverso e quindi con tariffe diverse sulla base del progetto individuale del paziente stesso. Di conseguenza, i criteri di accreditamento di queste strutture devono permettere un'eventuale 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 di malattie a lungo termine. All'ingresso nella struttura ogni paziente è, inoltre, classificato secondo il carico assistenziale richiesto in modo da garantire un corretto equilibrio tra le risorse assistenziali disponibili e le necessità dei pazienti ricoverati.

Il tipo di struttura sopra descritta si inserisce perfettamente nel ruolo definito dal *Mattoni 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”.

Ed in particolare può essere classificato, secondo la classificazione proposta dal *Mattoni 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 i quali il medico di medicina generale possa chiederne l'inserimento”.

Le SCI sono, di conseguenza, da considerare come strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria e a breve durata.

Indicatori di esito/processo

Sarà definito un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico che includerà i seguenti:

- il numero di pazienti presi in carico dalle strutture SCI rispetto al totale dei 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;
- la distribuzione percentuale della destinazione alla dimissione (domicilio, reparto per acuti, altra struttura residenziale extraospedaliera, decesso) da SCI;
- il luogo di dimora a 3 mesi dopo la dimissione da SCI;
- il numero di ricoveri ospedalieri ordinari non chirurgici di persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a 12 giorni;
- il numero di giornate di ricovero presso i reparti di postacuzie, per tipologia di MDC;

Le Strutture Residenziali e Semi-residenziali

Semiresidenzialità extraospedaliera

Definizione del fabbisogno

Nella generalità dei casi, il Piano di Rientro prevede di mantenere sostanzialmente invariata la spesa complessiva per quest’area, pertanto viene adottato quale standard il valore medio esistente (0,xx prestazioni/ab/aa) in ambito regionale.

Di seguito si riporta una tabella in cui si può riassumere la situazione esistente delle prestazioni totali annue, erogate presso strutture accreditate/autorizzate e il fabbisogno ipotizzato (v. tabella 1).

Indicazioni per le Aziende Sanitarie Locali

Avendo così definito il numero di prestazioni da erogare, il tetto di spesa/economico va ripartito fra le singole strutture erogatrici, pubbliche e private.

Considerando il fatto che sovente il numero di prestazioni erogate è alquanto eterogeneo fra le diverse Aziende Sanitarie si deve inoltre prevedere:

1. per le realtà ubicate nelle *Aree* in cui vi è carenza, di vincolare l’adeguamento al reperimento delle risorse che si rendano disponibili a seguito dell’analisi di appropria-

tezza delle tipologie di prestazioni erogate complessivamente dal Sistema;

2. per le realtà ubicate in *Aree* in cui l’erogato è superiore al fabbisogno, di rivedere, nel rispetto del budget complessivo, la contrattualizzazione con le varie strutture in modo tale che le stesse erogino prestazioni il più possibile aderenti alle categorie per le quali esiste una carenza relativa.

Si ricorda che affinché il Sistema tenda al miglioramento della qualità dell’offerta nel procedere al rinnovo dei contratti, devono essere privilegiate le strutture che presentino i requisiti strutturali richiesti dall’accreditamento, nonché i migliori standard erogativi.

Le singole Asl dovranno presentare una proposta in tale senso alla Regione entro una data stabilita. Quale ulteriore elemento correttivo si può consentire che in tale proposta venga altresì rivista la ripartizione dell’offerta tra la semiresidenzialità e la residenzialità extraospedaliera, fermo restando le risorse economiche a disposizione (tetto di spesa), nonché il fabbisogno complessivo di prestazioni, prevedendo ovviamente che ogni cambiamento in tal senso sia oggetto di specifici contratti, nell’ambito delle strutture accreditate.

Tabella 1 (modello) - Posti letto attuali nelle strutture residenziali extraospedaliere

CATEGORIE	PRESTAZIONI TOT ANNUE	
	erogate presso strutture accreditate/autorizzate	nuovo fabbisogno
Riab. Est. Extraospedaliera AMBULATORIALE INDIVIDUALE		
Riab. Est. extraospedaliera DOMICILIARE		
Riab. Est. extraospedaliera DIURNO		
TOTALE REGIONALE		

La Regione validerà i tetti per singole strutture erogatrici e nel caso in cui l'Asl non formuli le proprie proposte entro il termine stabilito la Regione vi provvederà in via sostitutiva.

La ripartizione del tetto fra le singole strutture (pubbliche e private) viene intesa non solo in termini di importo complessivo, ma anche di prestazioni.

Ogni Regione infine è opportuno definisca procedure e format precisi con i quali svolgere quanto sopra descritto, al fine di definire le indicazioni da fornire alle singole Asl.

Residenzialità extraospedaliera

Situazione esistente dei posti letto

Il passaggio preliminare nell'ambito della residenzialità extraospedaliera è quello di dettagliare quanto più precisamente possibile la reale distribuzione regionale dei posti letto.

I dati possono essere rappresentati in maniera analoga alla tabella 2 che riassume la distribuzione dei posti letto di residenzialità extraospedaliera (per tutte le Aree) autorizzati ed accreditati (definitivamente e provvisoriamente), suddivisi per Asl, eventualmente raggruppabili per Area.

In ogni contesto si dovrà individuare la mo-

dalità più opportuna per descrivere la realtà.

I posti letto censiti devono essere suddivisi in diverse tipologie e categorie che tengano in considerazione le singole realtà. Di seguito si esemplifica una possibile aggregazione:

Area residenzialità anziani:

- a. strutture residenziali sociosanitarie, che comprendono Rsa e Case protette anziani;
- b. strutture residenziali a maggior rilievo sanitario, che comprendono, le Sezioni Alta protezione Alzheimer – Sapa, identificate dal *Mattone 1*), i nuclei dedicati a Sla, gli Hospice, i nuclei per Stati Vegetativi Permanenti, il sottogruppo R1 identificato dal *Mattone 12*, “Prestazioni erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziali, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, pazienti terminali, ecc.)”.

Area residenzialità disabili:

- c. case protette per disabili;

Tabella 2 (modello) - Situazione attuale residenzialità

Azienda	Abitanti	Posti letto (autorizzati e accreditati definitivamente/provvisoriamente)
ASL 1		
ASL 2		
ASL 3		
ASL 4		
ASL ...		
totali		

d. Rsa per disabili.

Area residenzialità riabilitativa:

- e. riabilitazione estensiva ciclo continuativo;
- f. eventualmente: riabilitazione estensiva ciclo continuativo per problematiche specifiche (disturbi comportamento alimentare, autismo);
- h. tossicodipendenza;
- i. salute mentale (dal *Mattone 1*: comunità terapeutica residenziale protetta/comunità alloggio per malati psichiatrici).

I dati relativi ai posti letto esistenti vanno poi aggregati e rappresentati per ogni categoria, come nella tabella 3.

Definizione del fabbisogno complessivo di posti letto residenziali

In ogni realtà regionale sono presenti precedenti atti di programmazione che prevedono in tema di residenzialità extraospedaliera anziani e disabili standard assai variabili rispetto alla media nazionale; in particolare, eventuali sovradimensionamenti rispetto a ta-

le valore di riferimento vanno analizzati tenendo conto della situazione socioeconomica della Regione, con particolare riferimento alla composizione dei nuclei familiari, al tasso di occupazione, in particolare femminile, alla rilevanza del contributo fornito al reddito familiare dalla pensione e dalle provvidenze previste per l’assistenza alle persone anziane conviventi.

Gli standard adottati in un Piano di Rientro possono a pieno titolo sostituire quelli eventualmente indicati in precedenti atti di programmazione, in attesa che si provveda alla definizione di un nuovo Psr, in cui dovranno essere esplicitati gli obiettivi ed il relativo fabbisogno negli ambiti ospedaliero e territoriale.

A questo fine, si deve provvedere a definire gli obiettivi di breve e medio termine di copertura assistenziale, che generalmente possiamo prevedere comprendano:

1. perseguire il riallineamento degli standard con le medie nazionali, modulandoli se-

Tabella 3 (modello) - Posti letto attuali strutture residenziali extraospedaliere per categoria

Categoria	PL.
Strutture residenziali sociosanitarie (RSA e case protette anziani)	
Strutture residenziali a maggior rilievo sanitario (SAPA, SLA, Hospice, SVP ed R I-mattone 12)	
SUBTOTALE area residenzialità ANZIANI	
Case Protette Disabili	
RSA Disabili	
SUBTOTALE area residenzialità DISABILI	
Riabilitazione Estensiva Ciclo Continuativo	
Riabilitazione Estensiva Ciclo Continuativo per problematiche specifiche	
Tossicodipendenza	
Salute Mentale	
SUBTOTALE area residenzialità RIABILITATIVA	
TOTALE RESIDENZIALITA' REGIONALE	

condo i fattori socio-economici sopra ricordati;

2. soddisfare tali standard attraverso la riconversione delle strutture ospedaliere pubbliche e private, secondo quanto previsto dal piano per la rete ospedaliera.

Individuazione degli standard

Gli standard utilizzabili in Regioni soggette al Piano di rientro possono essere individuati dall'analisi delle fonti reperibili (in particolar modo l'analisi della situazione esistente nelle Regioni senza Piano di Rientro) e dalle prime indicazioni fornite dal tavolo nazionale sui Lea 2009.

Sono inoltre da tenere in debita considerazione alcuni fattori di carattere socio-demografico, come accennato nel paragrafo precedente.

Individuazione del nuovo fabbisogno tendenziale

Partendo da tali standard è necessario definire il fabbisogno tendenziale per ogni categoria e per ogni area, tenendo in considerazione quale unità minima di programmazione il numero minimo di posti letto da prevedere per ciascun "modulo", secondo quanto previsto tra gli standard di accreditamento regionali per la residenzialità e semiresidenzialità, o comunque secondo criteri di efficienza organizzativa (ad esempio, nuclei di almeno 30 posti letto).

Azioni di riconversione

Nel delineare le azioni di riconversione, tenendo conto dei vincoli imposti dal Piano di rientro, si rende necessario provvedere a coprire il fabbisogno così determinato innanzi tutto utilizzando le risorse re-

se disponibili dalla riconversione/chiusura degli Ospedali di piccole dimensioni.

La realizzazione di questi interventi comporta infatti la "liberazione" di risorse da reinvestire per potenziare la rete territoriale.

Di seguito si dettagliano i tre ambiti di investimento da adattare e modulare alle diverse realtà regionali:

- I. potenziamento della residenzialità, con particolare attenzione allo sviluppo di strutture residenziali a maggior rilievo sanitario, le quali prevedendo obbligatoriamente una quota di posti letto riservata esclusivamente a ricoveri temporanei (da 10 a 60 gg. a seconda della tipologia di accoglimenti prevista, con successiva dimissione a domicilio) svolgono un ruolo importante nel processo di continuità assistenziale che segue la dimissione ospedaliera, permettendo di offrire risposte adeguate alle diverse tipologie emergenti di bisogno;
- II. implementazione di Centri di Assistenza Primaria con creazione di centri attivi 12H/gg. e composti da team multiprofessionali fortemente integrati;
- III. potenziamento delle Cure Domiciliari, con sviluppo delle cure palliative domiciliari e dell'ospedalizzazione domiciliare.

Le azioni suddette, oltre ad essere necessarie ai fini del riequilibrio della spesa, rappresentano una grande opportunità per innovare il sistema assistenziale; infatti in questo modo:

- si offre una risposta anche a bisogni di nuova evidenza (es. autismo, SLA, demenza, disturbi del comportamento alimentare, ma anche cure palliative) che in alcune realtà regionali non trovavano un'adeguata offerta;

- si sperimentano i cosiddetti Centri di Assistenza Primaria (le Regioni in Piano di rientro, preferiscono utilizzare il termine “Ospedale distrettuale”, il cui uso appare tuttavia improprio), quali forme aggregative evolute, che vedono la collaborazione di mmg, medici C.A., Sai, infermieri ed amministrativi, e garantiscono la presa in carico dei problemi di salute con particolare riferimento alla cronicità;
- si potenziano le Cure Domiciliari, anche in forme a maggiore intensità che si avvicinano all’ospedalizzazione domiciliare, nell’ottica di avvicinare sempre più l’assistenza al paziente.

Critério territoriale

Nel momento di realizzare le riconversioni va rispettato il criterio della territorialità, individuando il fabbisogno per ciascuna Area (composta da una o più Asl dello stesso territorio) tenendo conto di eventuali motivazioni di natura politico-sociale che possono suggerire di procedere con gradualità, individuando con un primo atto gli obiettivi imposti dal piano di rientro, gli standard conseguenti e le necessità di riorganizzazione della rete, e successivamente procedere, fin dove possibile, con il contributo delle realtà locali e la programmazione specifica di ciascuna Area/Asl, rispettando il vincolo che la somma di quanto previsto per singolo territorio rispetti il dato della riconversione a livello regionale.

Numero di posti letto per categoria

Come risultato del processo fin qui descritto, si arriva a definire la programmazione regionale, valida per il piano di rientro e che può essere rappresentata con una tabella riportante i po-

sti letto per le varie categorie di residenzialità extraospedaliera.

Come evidenziato, le indicazioni relative alla riorganizzazione della rete territoriale (vincolate al Piano di rientro complessivo) prevedono la riconduzione a standard di alcune categorie che possono presentare una dotazione superiore al fabbisogno, mentre per altre categorie possono non compensare completamente la situazione di carenza rispetto al fabbisogno stesso.

Indicazioni per le Aziende Sanitarie

Avendo così definito il numero di prestazioni da erogare in ciascuna categoria, il tetto di spesa/economico va ripartito fra le singole strutture erogatrici, pubbliche e private.

Le singole Asl dovranno quindi presentare una proposta in tale senso alla Regione entro una data stabilita, comprendente anche gli eventuali accordi fra Asl.

La Regione validerà i tetti per singole strutture erogatrici e nel caso in cui l’Asl non formuli le proprie proposte entro il termine stabilito, la Regione provvederà in via sostitutiva.

La ripartizione del tetto fra le singole strutture (pubbliche e private) viene intesa non solo in termini di importo complessivo, ma anche di prestazioni.

La Regione infine può definire procedure e un format precisi con i quali svolgere quanto sopra descritto al fine di definire le indicazioni da fornire alle singole Asl.

Sperimentazione

*“Centri di Assistenza Primaria-CAP”
(o “UTAP” o “Ospedale Distrettuale”
o “Case della Salute” o altro)*

Tra le azioni da intraprendere per lo sviluppo della rete territoriale si ritiene centrale speri-

mentare il modello di “CAP”, che scaturisce dalla necessità di fornire un'adeguata risposta al fabbisogno di prestazioni sanitarie ed assistenziali di cure primarie esistente.

Attualmente infatti in molte Regioni l'offerta di tale assistenza risulta insufficiente o inappropriata qualora erogata tramite ricoveri ospedalieri. Non va trascurato, inoltre, che alcuni dei presidi presso i quali disattivare l'attività ospedaliera, pur non presentando tutti i requisiti necessari per espletare le attività di ricovero richieste previste nelle “Strutture di Cure Intermedie”, potrebbero essere riutilizzati come CAP fin da subito, oppure potrebbero richiedere di un'esigua spesa per la messa a norma. Inoltre, i tempi di conversione dall'attuale funzione a quella di una struttura gradevole e appropriata al fabbisogno dell'area in cui è collocata, possono essere misurati in mesi e non in anni. In questo modo si è in grado di fornire una testimonianza rapida della nuova sanità che viene proposta.

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

Definizione di CAP

Il CAP è un'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, con il pieno coinvolgimento dei Mmg, Pls, Mca;
- 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 CAP

- 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.
- VIII. Erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale e prestazioni specialistiche di medici della rete ospedaliera oppure di specialisti convenzionati.

I CAP costituiscono forme aggregate evolute che vedono il pieno coinvolgimento di Mmg, Mca, Sai, infermieri ed amministrativi e garantiscono 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 tutto o parte delle seguenti 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 aperti 12 ore al giorno e prevedono un lavoro di squadra fra specialisti convenzionati e dipendenti, Mmg, Pls, Mca, personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale.

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).

Presso i CAP derivanti da riconversione ospedaliera potrà inoltre essere mantenuta/potenziata l'eventuale attività dialitica preesistente, se la presenza di un Centro dialisi in tale sede, eventualmente ad "assistenza limitata" (secondo la definizione della Società Italiana di Nefrologia), rientra in un programma di razionale distribuzione nei punti dialisi, con la finalità di recuperare la mobilità extra regionale e razionalizzare la distribuzione dei punti dialisi, mediante una riorganizzazione.

Due proposte operative

Sono ipotizzabili due modelli principali:

- un modello per aree metropolitane ad elevata e media densità di popolazione, al quale fanno riferimento i mmg/pls singoli, in rete, gruppo o i Gruppi di cure primarie;
- un secondo modello per aree extra metropolitane a bassa densità di popolazione.

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

I parametri di riferimento per la diffusione dei CAP dipendono dalla possibilità di una reale conversione di attività esistenti del distretto in modo da concepire questo tipo di struttura come un elemento di maggiore efficacia dell'azione distrettuale e non come un incremento di costi.

I parametri a cui tendere potrebbero essere:

- 1 CAP ogni 20.000-50.000 residenti nelle aree metropolitane; per esempio, ogni Distretto Metropolitano di 100.000 abitanti avrà, di conseguenza, da cinque a due CAP in cui concentrare le proprie attività;
- 1 CAP ogni 15.000-20.000 residenti nelle

aree extra-metropolitane, con possibili deroghe per le aree montane e a densità di popolazione particolarmente bassa; per esempio, ogni Distretto extra-metropolitano di 60.000 abitanti avrà, di conseguenza, in media tre CAP in cui concentrare le proprie attività.

Nelle aree montane e a densità di popolazione particolarmente bassa, ove non vi sia la possibilità di concentrare almeno 8 medici di medicina generale, non venendo raggiunti i parametri minimi necessari per un efficace ed efficiente sviluppo di questa struttura, risulta più appropriato sviluppare il modello delle équipes territoriali.

Nel periodo iniziale, di messa a punto del modello, si potrebbe attivare sperimentalmente, anche a seguito di riconversioni di piccoli ospedali:

- 1 CAP ogni 100.000 residenti nelle aree metropolitane; per esempio, ogni Distretto Metropolitano di 100.000 abitanti avrà, di conseguenza, un CAP per iniziare la sperimentazione di modelli efficienti ed efficaci per concentrare le proprie attività;
- 1 CAP ogni 50.000 residenti nelle aree extra-metropolitane, con possibili deroghe per le aree montane e a densità di popolazione particolarmente bassa; per esempio, ogni Distretto extra-metropolitano di 60.000 abitanti avrà, di conseguenza, una CAP per iniziare la sperimentazione di modelli efficienti ed efficaci per concentrare le proprie attività.

Attività erogabili nei CAP (su progetti e percorsi Diagnostico-Terapeutici concordati, riferibili a grandi aree: cardiovascolare, oncologica, pneumologica, metabolica).

Le attività dei CAP possono essere organiz-

zate per aree funzionali, così come indicato in allegato. **L'articolazione di ciascun CAP deve, per necessità, essere flessibile con la possibilità che in alcuni il Distretto concentri attività che in altri non sono presenti.**

Gli infermieri assegnati ai CAP, 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 le attività cliniche. Le Cure Domiciliari attive e in regime di reperibilità assicurano l'assistenza H24 per i pazienti domiciliari più impegnativi (es. dimissioni protette in post-acuzie, cure palliative in fase terminale). Un obiettivo importante è quello di potenziare il servizio infermieristico e avere una massa critica di personale infermieristico in grado di garantire un servizio attivo.

I CAP rispetto alla situazione esistente

Nell'ambito del programma di riassetto proposto alle Regioni che devono adeguarsi ad un Piano di rientro è importante rispondere alla domanda sul ruolo del CAP rispetto alla situazione esistente. Come risulta dalle funzioni assegnate, è evidente che una parte importante delle attività ambulatoriali diagnostiche/terapeutiche dei presidi ospedalieri possa essere svolta presso questo tipo di strutture. L'integrazione con l'ospedale favorisce la programmazione di ricoveri d'elezione e diagnostica di maggior peso, attraverso una stretta collaborazione tra medici delle cure primarie e gli specialisti ospedalieri favorita dalla tecnologia.

Compatibilmente con i vincoli di bilancio, la

Regione definirà il ruolo dei mmg nei CAP nell'ambito di quanto previsto dagli accordi nazionali e da quelli integrativi regionali.

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

Gli effetti organizzativi saranno quindi:

- una concentrazione delle risorse del Distretto nei CAP;
- una dislocazione delle risorse dei piccoli presidi ospedalieri riconvertiti.

La Medicina Generale

I medici convenzionati (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 10:00 del sabato alle 8:00 del lunedì) l'assistenza primaria viene assicurata dai *medici di continuità assistenziale* (mca).

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 migliorare l'attività dei 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, revisione della qualità e dell'appropriatezza prescrittiva e il confronto fra pari) e continuità assistenziale.

L'équipe territoriale

È prevista dall'Acn del 2005 come scelta strategica e forma associativa obbligatoria, anche se operativamente condizionata dalle scelte regionali.

La maggior parte delle Regioni individua la concreta implementazione di tale modello come elemento centrale del processo di riorganizzazione del livello di assistenza territoriale: i Distretti dovranno essere considerati sotto questo profilo come l'insieme delle *équipe* territoriali che li compongono e dovranno essere gradualmente introdotti strumenti di *clinical governance*, centrati su sistemi informativi che raggruppino i dati di attività e di consumo di tutte le prestazioni sanitarie (specialistiche, ospedaliere, farmaceutiche, ecc.) per aggregazioni corrispondenti alle *équipe* territoriali.

L'*équipe* territoriale rappresenta una forma "organizzativa" della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto, in quanto si costituisce non solo come una libera associazione dei professionisti del territorio, ma come una scelta di programmazione sanitaria. Si tratta di 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 l'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.

Sperimentazione di forme di integrazione fra Continuità Assistenziale e sistema dell'emergenza (per i codici bianchi e verdi)

Al fine di contribuire a perseguire l'appropriatezza, è importante che all'interno delle Centrali Operative 118 (C.O.), il processo di valutazione sanitaria telefonica possa determinare l'attribuzione di un codice Bianco o Verde. Mentre nel secondo caso l'invio del mezzo di soccorso rientra nella routine operativa dei Sistemi di emergenza, nel caso dei codici bianchi si è da tempo consolidata l'idea, supportata dalla definizione del codice bianco stesso, che potrebbe essere giustificato il *non invio* del mezzo di soccorso.

Questa condizione porterebbe ad una netta riduzione dei servizi assegnati ai Mezzi di Soccorso di Base (MSB), con ovvio "risparmio" dei mezzi stessi che verrebbero meglio utilizzati sugli altri codici.

Le principali obiezioni a tale comportamento, da parte del valutatore telefonico infermiere, sono essenzialmente di natura medico legale e riferite soprattutto all'ambito della tutela sulla scelta effettuata in caso di contenzioso per aggravamento del paziente (ipotesi di errata valutazione telefonica) oppure per una generica rappresentazione di scarsa attenzione da parte del servizio 118 alle necessità degli utenti anche amplificate dagli organi di stampa.

Altra problematica legata al non invio è quel-

la dell'alternativa terapeutica offerta al paziente; se è vero che alcune patologie non possono che essere codici bianchi, è pur vero che per il paziente il problema esiste, e quindi un indirizzo di comportamento, almeno, dovrebbe essere fornito.

Rispetto ai codici bianchi e verdi con accesso diretto in PS, è necessario individuare strumenti informatici, di scambio dati e informazioni che possano reindirizzare i pazienti presso le forme associative delle Cure Primarie o verso le Centrali Operative Territoriali attraverso protocolli condivisi (vedere la sezione "Presenza in carico territoriale").

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, è quindi necessario *che la Regione* innanzitutto stimi se l'offerta in essere sia sostanzialmente adeguata, mentre vanno ipotizzati eventuali interventi correttivi e puntuali per migliorare l'omogeneità di offerta, in senso orizzontale (fra le diverse Aziende Sanitarie) ed in senso verticale (fra le diverse tipologie di prestazioni).

Una semplice tabella può aiutare a riassumere la situazione attuale dell'offerta a livello regionale e il confronto con lo standard nazionale (v. tabella 4). È necessario declinare anche questa tabella per Area ed Asl in quanto esistono delle variazioni, in alcuni casi notevoli, all'interno delle singole Regioni.

Gli obiettivi qualitativi e organizzativi che la

programmazione può prefiggersi relativamente a quest'area sono molteplici, tra questi:

- integrazione degli specialisti ambulatoriali interni (sai) con i servizi e gli operatori del territorio, mediante inserimento nei CAP e nelle Strutture intermedie (in raccordo stretto con i mmg e pls) più che in poliambulatori specialistici "isolati";
- condivisione di percorsi clinico-assistenziali con la componente ospedaliera, la medicina di assistenza primaria e la pediatria di libera scelta;
- attiva partecipazione della specialistica alle forme complesse di assistenza primaria;
- abbattimento delle liste d'attesa anche attraverso un miglioramento di appropriatezza della domanda;
- riorganizzazione strutturale e funzionale degli ambulatori al fine di garantire un miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta di prestazioni specialistiche in ambito distrettuale, in particolare 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 assicura-

no gli interventi di natura specialistica in ambito territoriale, in sede ambulatoriale, domiciliare ed anche ospedaliera, fornendo ai medici di assistenza primaria il consulto specialistico.

In particolare è importante che gli Specialisti Ambulatoriali Interni:

- assicurino, nel corso di un unico accesso del paziente, la consulenza plurispecialistica ai pazienti multiproblematici, in modo da ridurre le liste d'attesa e il disagio del malato;
- prevedano modalità organizzate di consulenza telefonica ai mmg;
- garantiscano la partecipazione alle attività distrettuali (VMD, ADI) e la consulenza specialistica presso le strutture residenziali extra-ospedaliere e gli ospedali di rete;
- partecipino ad attività di rilevamento epidemiologico, di farmacovigilanza, di sperimentazione clinica, di formazione aziendale;
- siano coinvolti nello sviluppo della telemedicina in particolare per l'ambito di Radiologia e Cardiologia.

Le Cure Domiciliari

Strategico è lo sviluppo delle Cure Domiciliari, intese come trattamenti medici, infer-

Tabella 4 (modello) - Confronto con lo standard nazionale e le prestazioni erogate

Tipologia	Prestazioni abitante anno	Prestazioni abitante anno totali EROGATE
Diagnostica per Immagini		
Diagnostica di Laboratorio		
Riabilitazione		
Specialistica ambulatoriale		
TOTALE		

mieristici, riabilitativi, talvolta associati ad attività di aiuto alla persona e governo della casa, erogati 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 delle stesse. 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 sanitarie locali, 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 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 assi-

stenza infermieristica):

- *Cure Domiciliari 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 set-

timane 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 predisporre 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, e agevolare 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.

La formazione

Il sistema di Educazione Continua in Medicina (Ecm) dovrà sempre più essere finalizzato al raggiungimento di obiettivi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità della programmazione regionale.

In particolare si individuano come aspetti strategici:

- la definizione di un Piano regionale per la formazione coerente con gli obiettivi innovativi introdotti dalla programmazione regionale;
- il coinvolgimento quali destinatari di tale piano non solo del personale dipendente del Servizio sanitario regionale, ma anche dei convenzionati esterni, sia medici di mmg e pls, che Specialisti Ambulatoriali Interni che medici di Continuità Assistenziale, che vanno considerati 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,

Tabella 5 (modello) - Percentuali di anziani trattati in Adi

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

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) 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 implementazione 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);
- 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.

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 venne indicata la strategia architetturale di riferimento per il si-

stema 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 modo 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.

In sostanza la Sanità elettronica si configura come un'architettura complessa dove 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). L'insieme dei servizi applicativi che realizzano tali obiettivi è denominato Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico. Il Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico è l'insieme dei servizi applicativi che consente l'inserimento ed il successivo recupero dei documenti socio-sanitari, al fine di rendere disponibile, in ogni momento ed in ogni luogo, la storia clinica e socio-assistenziale di ogni cittadino, agli operatori abilitati o ai cittadini stessi. Le Regioni dovranno implementare, con investimenti specifici, il Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico, in raccordo con il livello nazionale.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata al collegamento in rete dei medici/pediatrini di famiglia ed all'integrazione al sistema informativo aziendale, intesi come la partecipazione telematica di tali importanti attori al processo di diagnosi e cura, alimentando anche attraverso l'utilizzo dei loro software specifici

il Fascicolo con delle sintesi significative dello stato di salute dei pazienti (*patient summary*) eventualmente partendo proprio 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) rendono necessaria la completa informatizzazione della medicina di famiglia, pienamente integrata con il sistema informativo aziendale.

Infine una particolare attenzione dovrà essere data alla diffusione della telemedicina, della telediagnostica e del teleconsulto, in particolare in ambito radiologico, cardiologico e laboratoristico, perseguendo i seguenti obiettivi:

- consentire la risposta assistenziale e diagnostica, assicurando livelli di qualità, specie in situazioni di emergenza in aree geografiche particolari e/o in particolari condizioni;
- guidare il cambiamento organizzativo e gestionale della Sanità sulla base delle peculiarità geografiche e demografiche del territorio, per individuare soluzioni ad hoc rivolte a persone in condizioni di fragilità con difficoltà ad accedere ai servizi.

Quanto sopra descritto richiede la stesura di un piano regionale per la sanità elettronica che indichi un percorso a tappe, finalizzato al rag-

giungimento in tempi certi dei sopra citati obiettivi.

Eventuali resistenze del Territorio, in parte di tipo culturale, in parte legate al timore di non poter contare su supporto tecnico adeguato in caso di difficoltà, devono essere superate grazie ad azioni di formazione ed investimenti tecnologici idonei.

Definizione indicatori e monitoraggio delle azioni intraprese

Le azioni che si deciderà di mettere in atto richiedono di individuare indicatori per il monitoraggio degli interventi realizzati; tali indicatori devono essere semplici, sintetici e rilevabili da informazioni raccolte routinariamente, poiché la raccolta di dati per un monitoraggio ad hoc è costosa e non consente di verificare l'andamen-

to nel tempo.

Gli indicatori vanno proposti e condivisi con il mondo professionale.

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.

Allegato I

FUNZIONI DEL CENTRO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Nelle tabelle seguenti viene descritto un modello standard di riferimento enucleandone le caratteristiche funzionali per aree, fermo restan-

do che alcuni spazi sono da considerare “moduli”, che è possibile inserire o meno a seconda delle finalità e del modello organizzativo che la struttura intende perseguire (es. potrà essere o meno presente il Punto Prelievi, ecc.).

PROPOSTA PER L'AREA DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Studi medici per mmg e pls	<p>I mmg e i pls disporranno di ambulatori propri (anche in condivisione) con sale di attesa, servizi di segreteria e attrezzati con tecnologie informatiche. I medici, anche mantenendo il proprio ambulatorio, potranno 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>Fascia oraria indicativa: - 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 potranno 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>Fascia oraria indicativa: - feriale: h 4</p>	<p>L'ambulatorio infermieristico potrà anche fungere da Punto Unico di Accesso alle Cure Domiciliari. 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>Fascia oraria indicativa: - feriali: h 12 - prefestivi: h 4 + reperibilità notturna e festiva</p>	
Locali per Unità di Valutazione Multidimensionale	<p>Attività collegata alla rete dei servizi che individua le procedure di presa in carico del paziente portatore di patologie complesse.</p> <p>Fascia oraria indicativa: - feriali, a bisogno</p>	

AREA DELLA CONTINUITÀ 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. Fascia oraria indicativa: - notturna, prefestiva e festiva	Qualora necessario l'attività svolta potrà integrarsi con l'attività dell'annesso Punto della rete emergenza.

AREA DELLE ATTIVITÀ SOCIO SANITARIE

Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Locali per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie	Attività socio sanitarie e attività fortemente integrate con la rete dei servizi sociali territoriali Fascia oraria indicativa: - 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. Fascia oraria indicativa: - 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. Fascia oraria indicativa: - 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 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. Fascia oraria indicativa: - feriali: h 8 - prefestivi: h 4	Le attività potranno coinvolgere sia specialisti convenzionati che ospedalieri. Eventualmente nell'ambulatorio di ostetricia potrà essere effettuato lo screening del pap-test.
Locali dotati di tecnologie diagnostiche semplici	La dotazione potrebbe comprendere: - radiologia - ecografia di base - spirometria - ECG Fascia oraria indicativa: - feriali: h 8 - prefestivi: h 4	La strumentazione sarà utilizzata direttamente dagli specialisti afferenti alla struttura con orari programmati e sarà prevista anche un'attività di diagnosi radiologica domiciliare per le persone non trasportabili. In quest'area potrà essere effettuato lo screening mammografico.
Locali per tecnologie informatiche (teleconsulto, teleassistenza)	L'implementazione potrebbe riguardare: - la teleradiologia, - la telecardiologia, - i point of care per diagnostica urgente. Fascia oraria indicativa: - 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. Fascia oraria indicativa: - feriali: h 6	Possano 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. Fascia oraria indicativa: - feriali: h 6	

AREA ACCOGLIENZA/AMMINISTRAZIONE/SUPPORTO

Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Reception	È punto di informazione e comunicazione con i cittadini, nonché front office per prenotazione di prestazioni specialistiche e strumentali. Fascia oraria indicativa: - feriali: h 12 - prefestivi: h 4	Può svolgere funzioni di segreteria anche per la programmazione degli accessi al mmg/pls.
Punto Unico di Accesso	È in contiguità con il Cup, ma funge da centrale operativa per la ricezione delle istanze e la presa in carico socio-sanitaria. Fascia oraria indicativa: - feriali: h 12 - prefestivi: h 4	
Uffici amministrativi	Svolgono funzioni di front-office per le principali attività distrettuali (iscrizione al SSN, cambio/revoca del mmg, esenzione pagamento ticket, ecc.). Fascia oraria indicativa: - feriali: h 12 - prefestivi: h 4	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	È ufficio preposto all'autorizzazione e fornitura degli ausili agli aventi diritto. Fascia oraria indicativa: - feriali: h 6 - prefestivi: h 4	Può essere contiguo agli uffici amministrativi ma necessita di propri spazi e sportello.
Sale polifunzionali	Aree da dedicare alla formazione, agli incontri di aggiornamento del personale, alle conferenze e agli eventi pubblici. Fascia oraria indicativa: - a bisogno	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 2

84

monitor

Proposta di “Struttura di Cure Intermedie”

Posti letto	modulo da 30 posti letto
Standard di personale	la dotazione di personale deve rispettare i seguenti parametri minimi: <ul style="list-style-type: none"> - 1 coordinatore infermieristico e personale di assistenza, quantificabile in 0,5 - 0,625 n. per ogni ospite, per esempio: - 1 infermiere ogni 8 ospiti - 1 O.S.S. ogni 2 ospiti - il corrispondente di un specialista ogni 20 ospiti secondo le esigenze degli ospiti per esempio terapeuta/logopedista.
Assistenza medica	L'assistenza medica durante la settimana è garantita dalla presenza di un medico curante (preferenzialmente con specializzazione in Geriatria o Medicina Interna, o esperienza almeno triennale equivalente) almeno corrispondente a quella di un tempo pieno equivalente Devono poter essere assicurate le principali consulenze specialistiche "on-site", fra cui quella del geriatra, del palliativista e del fisiatra. È preferibile che geriatra e fisiatra si occupino della selezione degli ospiti nei reparti ospedalieri. La continuità assistenziale è assicurata dalla convenzione con i medici del servizio di Continuità Assistenziale, che possono effettuare anche accessi programmati nei giorni di sabato e domenica per garantire una maggiore integrazione con l'équipe assistenziale.
Modalità di remunerazione	Il costo giornaliero ha un valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera (cod 60) e quello delle strutture Residenziali. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera la quale può essere o meno a carico dell'utente
Durata del ricovero	Il tempo massimo di permanenza 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) Il tempo di permanenza minimo è di 20 giorni La permanenza media è di circa 20-25 giorni
Possibili “nodi” invianti	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio
Strumenti di valutazione in ingresso/dimissione	L'ingresso è regolato attraverso Unità di Valutazione Multidimensionale, attivata dal medico selettore cui partecipano Medico Curante, Caposala, Responsabile UV MD, infermiere delle Cure Primarie titolari del percorso Dimissioni Protette, Assistente Sociale del Comune di residenza del paziente, eventualmente la Famiglia. L'ingresso è subordinato alla compilazione: <ul style="list-style-type: none"> - della scheda di Valutazione Multidimensionale - della scheda di sintesi delle problematiche rilevate, completa della 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. Alternativi al rientro a domicilio, sono l'inserimento temporaneo in RSA di cura o 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) 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. Alla dimissione viene nuovamente compilata la scheda di Valutazione Multidimensionale per valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati in ingresso
Lavoro multidisciplinare e multidimensionale	Presso la struttura vengono usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale. 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
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

Mattone I - Classificazione delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie

ID	Tipo Punto	Vettore del descrittore	Descrizione
8.1.	Comunità educativo-riabilitative per minori/adolescenti	(L.2.A.2.B.6.1.C.1.10.D.1.1.D.2.1.Z?)	Servizio educativo-assistenziale con il compito di accogliere temporaneamente il minore, qualora il nucleo familiare sia impossibilitato o incapace di assolvere al proprio compito. Ha finalità educative e assistenziali volte alla supplenza temporanea del nucleo familiare.
8.3.	Servizi semiresidenziali per terapia riabilitativa dipendenze	(L.2.A.2.B.7.2.?C.1.10.D.1.1.D.2.2.Z.2.8.2.)	Ha finalità di accoglienza semiresidenziale, trattamento socio-riabilitativo. Accoglie persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, anche in presenza di problematiche psichiche, che abbisognano di una gestione intensiva e, in caso di bisogno, anche specialistica e psico-terapeutica.
8.4.	Servizi residenziali per terapia riabilitativa dipendenze	(L.2.A.2.B.7.2.?C.1.10.D.1.1.D.2.1.Z.2.8.2.)	Ha finalità di accoglienza, trattamento terapeutico-riabilitativo. Accoglie persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, anche in presenza di problematiche psichiche, che abbisognano di una gestione intensiva e, in caso di bisogno, anche specialistica e psico-terapeutica.
8.5.	Residenze sanitarie distrettuali / ospedali di comunità / Country Hospital (RSD/CH)	(L.2.A.2.B.6.2.C.1.1.C.1.2.D.1.1.D.2.1.Z.2.8.)	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 generale possa chiderne l'inserimento.
8.6.	HRSA Residenza sanitaria assistenza comprensiva di NRSA	(L.2.A.2.B.6.C.1.10.D.1.1.D.2.1.D.3.?Z.2.8.1.)	Nucleo di intensità media.
8.7.	RSA Casa per anziani non autosufficienti	(L.2.A.2.B.6.2.1.C.1.10.D.1.1.D.2.1.D.3.?Z.2.8.1.)	Struttura residenziale per anziani con ridotta autonomia. Ha come finalità l'accoglienza, il supporto alla vita quotidiana, orientata alla tutela dell'autonomia della persona. Accoglie anziani con ridotta autonomia residua caratterizzati da un bisogno sanitario prevalente.
8.8.	Sezione Stati Vegetativi Permanenti (SVP)	(L.2.A.2.B.7.6.7.C.1.10.D.1.1.D.2.1.D.3.1.Z.2.8.4.)	Punto di erogazione che accoglie pazienti in Stato Vegetativo Permanente (post anossico, post traumatico) o a minima responsabilità, clinicamente stabilizzati con rischio di complicanze.
8.9.	Sezione Alta Protezione Alzheimer (SAPA)	(L.2.A.2.B.7.6.3.C.1.10.D.1.1.D.2.1.D.3.2.Z.2.8.1.)	Punto di erogazione che accoglie persone a elevato livello di assistenza sanitaria e infermieristica per trattamenti specifici e limitati nel tempo di pazienti affetti da demenze degenerative.
8.11.	Centri diurni per anziani non autosufficienti	(L.2.A.2.B.6.2.1.B.7.1.2.C.1.10.D.1.1.D.2.2.D.3.2.Z.2.8.1.)	È un servizio complesso a ciclo diurno che fornisce interventi a carattere socio-sanitario agli anziani. Ha la finalità di prevenire l'istituzionalizzazione e il decadimento psico-fisico dell'anziano, di fornire sostegno e sollievo agli anziani e/o alle loro famiglie. È rivolto ad anziani con diversi profili di autonomia, in stato di disagio socio-sanitario, residenti presso il proprio domicilio.
8.12.	Hospice extraospedaliero (per malati terminali)	(L.2.A.2.B.7.6.5.C.1.5.D.1.1.D.2.1.D.3.1.Z.2.8.5.)	Struttura extraospedaliera per malati terminali.
8.13.	Residenza assistita (RASS)	(L.2.A.2.B.6.2.1.B.7.1.2.C.1.10.D.1.1.D.2.1.D.3.2.Z.2.8.1.)	Intensità: bassa.

segue da pag. 85

Mattone I - Classificazione delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie

ID	Tipo Punto	Vettore del descrittore	Descrizione
8.14.	Residenza sanitaria assistita per disabili	(L.2.A.2.B.7.3.?C.1.10.D.1.1.D.2.1.D.3.2.Z.2.8.4.)	È un servizio residenziale per disabili con limitazioni di autonomia sia fisiche che mentali che sociali, nella cui valutazione multidimensionale (SVAMA / RUG'S / SO-SIA...) risulti comunque inequivocabile l'impossibilità dell'assistenza domiciliare o dell'inserimento in altra struttura per disabili. La struttura è finalizzata a fornire accogliimento, prestazione sanitaria, assistenza, recupero funzionale a persone prevalentemente non autosufficienti, nonché a perseguire una migliore capacità di gestione della vita quotidiana e un miglioramento/mantenimento delle abilità residue della persona accolta. È rivolta a soggetti adulti con gravi limitazioni di autonomia, caratterizzati da un bisogno sanitario prevalente.
8.15.	Centro diurno per persone con disabilità	(L.2.A.2.B.7.3.C.1.10.D.1.1.D.2.2.D.3.2.Z.2.8.4.)	È un servizio territoriale a carattere diurno rivolto a persone con disabilità con diversi profili di autosufficienza, che fornisce interventi a carattere educativo-riabilitativo-assistenziale. Ha finalità riabilitativa, educativa, di socializzazione, di aumento e/o mantenimento delle abilità residue.
8.17.	Centro e presidio di riabilitazione funzionali di disabili fisici, psichici e sensoriali	(L.2.A.2.B.7.3.?C.1.10.D.1.1.D.2.1.D.3.?Z.2.8.4.)	Struttura territoriale specialistica complessa, con presa in carico globale della persona a fini di riabilitazione funzionale intensiva ed estensiva extra ospedaliera, con interventi pluridisciplinari.
8.18.	Comunità alloggio per persone con disabilità	(L.2.A.2.B.7.3.C.1.10.D.1.1.D.2.1.D.3.2.Z.2.8.4.)	È un servizio che accoglie persone adulte con disabilità prive di nucleo familiare o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o permanentemente impossibilitata. Ha finalità di accoglienza e gestione della vita quotidiana, orientata alla tutela della persona e allo sviluppo delle abilità residue, o anche alla realizzazione di esperienze di vita autonoma dalla famiglia. È rivolta a persone disabili adulte.
8.19.	Centro diurno per malati psichiatrici	(L.2.A.2.B.7.4.C.1.10.D.1.1.D.2.2.D.3.2.Z.2.8.3.)	Struttura territoriale (semiresidenziale) per trattamenti terapeutici, riabilitativi occupazionali e di gruppo della malattia mentale (normalmente ubicato in CSM o CeSaM).
8.20.	Comunità terapeutica residenziale protetta (CTRP)	(L.2.A.2.B.7.4.C.1.10.D.1.1.D.2.1.D.3.1.Z.2.8.3.)	Strutture territoriali specialistiche residenziali con assistenza continuativa per trattamenti terapeutici/riabilitativi prolungati e personalizzati della malattia mentale con un ciclo di erogazione intensivo.
8.22.	Day hospital territoriale di salute mentale (DHT salute mentale)	(L.2.A.2.B.7.4.C.1.10.D.1.1.D.2.2.D.3.1.Z.2.8.3.)	Struttura territoriale specialistica (semiresidenziale) per trattamenti farmacologici e psicoterapeutici della malattia mentale (normalmente ubicato in CSM).
8.23.	Comunità alloggio AIDS (post-conclamato)	(L.2.A.2.B.7.6.6.C.1.10.D.1.1.D.2.1.D.3.2.Z.2.8.6.)	È una struttura territoriale, semiresidenziale e residenziale, per la prosecuzione di assistenza sanitaria e sociale di persone affette da Aids e patologie correlate, che presentano rilevanti limitazioni dell'autosufficienza.
8.24.	Comunità alloggio per malati psichiatrici	(L.2.A.2.B.7.4.C.1.10.D.1.1.D.2.1.D.3.2.Z.2.8.3.)	È una struttura territoriale, semiresidenziale e residenziale, per la prosecuzione di assistenza sanitaria e sociale di persone con problematiche psichiatriche che, terminato il percorso riabilitativo protetto, presentano parziali livelli di autonomia, e necessitano di sostegno per la gestione della propria autosufficienza, oppure sono prive di nucleo familiare o sono temporaneamente o permanentemente impossibilitate a permanere nel nucleo familiare.
8.25.	Assistenza domiciliare		Punto sede operativa di equipe infermieristica, supportata o meno da centrale operativa, che svolge attività di assistenza domiciliare.
9.	Ospedalieri		

Fonte: Programma nazionale "I Mattoni del Ssn" del Ministero della Salute

La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro nella logica della programmazione

di **Francesco Bevere**

Direttore Generale della programmazione sanitaria, dei Livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, Ministero della salute

87

monitor

Sono molteplici gli impegni assunti dal Ministero, e, in modo specifico, dal Dipartimento per la Qualità - Direzione generale per la programmazione sanitaria, nei confronti delle Regioni impegnate nei Piani di rientro. Primo tra tutti, direi, l'impegno costante di offrire un'opportunità per realizzare le azioni di coordinamento necessarie all'implementazione di procedure che, nell'ambito della struttura amministrativa di ciascuna Regione, possano garantire (in sinergia con gli obiettivi individuati nei singoli Piani di rientro) una completa realizzazione degli adempimenti in materia di Livelli essenziali di assistenza.

Lo strumento principe che il Ministero utilizza per quanto attiene alla verifica che i finanziamenti erogati siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza e appropriatezza, è sicuramente il Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria (Siveas), istituito con la legge 23/12/2005 n. 266 (legge finanziaria 2006).

Le azioni che il Ministero svolge, nell'ambito del Siveas, sono principalmente quelle relative alla verifica e all'analisi delle modalità regionali di programmazione, erogazione e/o valutazione delle prestazioni incluse nei Lea - con particolare riguardo agli aspetti dell'appropriatezza e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse - e l'implementazione di approcci e modelli individuati come "buone pratiche" di programmazione, gestione e/o valutazione dei servizi inclusi nei Lea.

Le attività di monitoraggio svolte dal Siveas possono essere suddivise in tre aspetti.

Monitoraggio di attuazione, che verifica il rispetto dei programmi di riorganizzazione della rete dei laboratori, dei Punti unici di accesso (Pua), dei flussi informativi. Attraverso tale monitoraggio, viene valutato lo stato di avanzamento

dell'attuazione dei provvedimenti adottati, in ottemperanza agli obiettivi del Piano, verificando che, a ciascuno di essi, siano associate le opportune evidenze documentali, che ne attestino lo stato di avvio e di realizzazione (atti aziendali, circolari, altri provvedimenti a livello regionale-locale, ecc.).

Monitoraggio formale, che attua la sintesi delle verifiche annuali ponendo in evidenza i provvedimenti adottati e il risultato di bilancio. Tale monitoraggio consiste nella verifica dell'avvenuta adozione dei provvedimenti e del raggiungimento degli obiettivi intermedi, definiti nei singoli Piani. Il monitoraggio formale si esplica nella preventiva approvazione degli atti predisposti dalle Regioni, in attuazione degli obiettivi intermedi previsti nel Piano di rientro, e nella verifica del raggiungimento di tali obiettivi, effettuata nel corso delle riunioni di verifica trimestrali e annuali.

Monitoraggio di sistema, ovvero la predisposizione della sintesi e la raccolta della documentazione integrale ricavata dall'analisi del Sistema sanitario regionale, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera (posti letto, tasso di ospedalizzazione), al personale (numero di unità, costi), all'assistenza territoriale (Rsa, Adi, Hospice). Con queste azioni ci si propone di analizzare l'evoluzione dei Sistemi sanitari regionali nel loro complesso, al fine di verificare gli effetti che l'attuazione delle azioni, previste nei Piani di rientro, ha determinato sia sui Livelli essenziali di assistenza sia sul contenimento dei costi, nei singoli Sistemi sanitari regionali. Nello specifico, vengono analizzati: assistenza ospedaliera, extra-ospedaliera, personale, ed emergenza-urgenza.

Nel dettaglio, le attività del Siveas si incentrano, principalmente, nei settori sotto elencati.

- *Promozione e valutazione efficienza gestionale*: governo del personale, governo degli acquisti di beni e servizi, controllo interno.
- *Promozione e valutazione appropriatezza*: per il raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza organizzativa e clinica.
- *Accessibilità*: analisi delle caratteristiche dell'offerta e della domanda di attività assistenziale in regime di libera professione intramoenia.
- *Confronti internazionali e integrazione delle Basi - Dati*: produzione di strumenti che consentano di migliorare i confronti tra il nostro sistema sanitario e i sistemi esteri.
- *Monitoraggio Lea*: monitoraggio dei Lea attraverso una misurazione quantitativa dell'assistenza sanitaria fornita dagli erogatori, in termini di qualità, appropriatezza e costo, attraverso la definizione e l'utilizzo di una serie di appositi strumenti e metodologie.
- *Promozione e valutazione efficacia e qualità*: valutazione degli esiti dei trattamenti e valutazione della qualità percepita.
- *Accreditamento e organizzazione dell'offerta*: per ridefinire i criteri e le modalità di riorganizzazione della rete d'offerta, allo scopo di renderla più efficace e rispondente ai bisogni del cittadino.
- *Assistenza socio-sanitaria*: analisi dell'organizzazione e il finanziamento dell'assistenza socio sanitaria sia per quanto concerne l'area delle garanzie sia per quanto concerne l'area dell'affiancamento.

Per assicurare la massima trasparenza e accessibilità, i risultati delle verifiche e dei monitoraggi effettuati dal Siveas sulle Regioni in deficit sono, da pochi giorni, consultabili nella nuova

area tematica dedicata ai Piani di rientro, sul sito del Ministero della salute <http://www.salute.gov.it>

Con questo nuovo servizio offerto al pubblico ci proponiamo di consentire l'accesso trasparente a un quadro generale, sempre aggiornato, che raccolga le azioni intraprese e i risultati ottenuti nell'ambito dei Piani di rientro, facilmente consultabile da decisori politici, operatori e stakeholder dell'azione di governo.

Inoltre, la Direzione Generale della Programmazione ha avviato degli incontri ad hoc con i rappresentanti delle Regioni che hanno sottoscritto gli accordi contenenti un Piano di rientro, coinvolgendo soprattutto l'Agenas e anche l'Aifa e il Ministero dell'Economia. Questi incontri, che si sono immediatamente rivelati uno strumento di confronto veramente efficace, li abbiamo denominati *Incontri tecnici di affiancamento* (ITA). Gli incontri sono organizzati dal Siveas anche su richiesta delle stesse Regioni e si realizzano attraverso giornate di lavoro dedicate, che coinvolgono spesso anche uffici di altre Direzioni Generali del Ministero della Salute. Tale nuovo strumento di affiancamento viene attivato ogni qualvolta si ritenga necessario approfondire questioni di carattere prettamente sanitario prima delle riunioni congiunte del Tavolo

di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei Lea, così facilitando un approccio diretto ai problemi e un confronto tecnico multidisciplinare, entrambi indispensabili per la soluzione concreta delle problematiche esaminate.

Nelle azioni di affiancamento e di programmazione, che hanno attinenza con i Piani di rientro, il Ministero della Salute si avvale anche della collaborazione dell'Agenas da diverso tempo con ottimi risultati. Il metodo individuato, che consiste principalmente nell'offrire alle Regioni coinvolte il supporto di risorse umane esperte, attraverso attività di collegamento e di confronto di esperienze e di misure adottate, costituisce, a detta di tutti gli attori coinvolti, un'opportunità e un valido supporto al tempo stesso.

Ne è prova l'elaborazione del *Piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro*, che viene presentato in questo numero della rivista dell'Agenas. Un Piano che non intende essere un modello, ma piuttosto uno strumento di *empowerment* per le Regioni, per lo sviluppo del necessario controllo delle risorse e delle opportunità, ognuna nel rispetto delle proprie prerogative e di quanto stabilito nei rispettivi Piani di rientro.

Dalla “proposta Agenas” al “modello Sardegna”

intervista a **Massimo Temussi**

Direttore Generale Assessorato Igiene Sanità e Assistenza Sociale - Regione Sardegna

di **Chiara Micali**

90

monitor

Dottor Temussi, condivide il rationale del percorso individuato da Agenas che imposta il Piano per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria per le Regioni in Piano di rientro secondo tre direttrici: la rete dell'emergenza-urgenza, la rete ospedaliera e la rete territoriale?

Il percorso individuato da Agenas è condiviso in modo assoluto e convinto dalla Regione Sardegna: l'approccio metodologico, basato sul sistema *Hub and Spoke*, è apparso calzante, flessibile e dunque facilmente adattabile alla situazione in atto in Sardegna. Per ottenere una corretta e funzionale riconfigurazione della **rete di emergenza-urgenza** si è partiti dai dati (e dai problemi) già messi in evidenza nell'analisi condotta dalla struttura tecnica dell'Assessorato, integrandoli in maniera armonica con il “modello Agenas”. Si è tenuto conto anche di fattori e dinamiche che rendono la nostra Regione decisamente differente dalla media nazionale: rilevanti flussi turistici stagionali, assenza di autostrade, rete ferroviaria obsoleta, assenza di servizio di elisoccorso, tutti fattori che condizionano la definizione della rete dell'emergenza-urgenza. Da questo, la necessità di individuare, anche e soprattutto a livello regionale, riferimenti che operino per il corretto utilizzo delle reti. Tutte le risorse dedicate all'emergenza ospedaliera devono costituire una vera e propria rete di risorse professionali, funzionale alle caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, in grado di operare efficacemente utilizzando l'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza.

La configurazione della rete di emergenza-urgenza ci ha inoltre indotto a modificare e riconsiderare gli assetti della **rete ospedaliera**, che fino ad oggi, nella nostra Regione, non ha certo funzionato come tale. Le strutture ospedaliere non sono cresciute in logiche di reti e di servizi, ma sono state fortemente condizionate dalle gestioni, non coordinate, quasi isolazioniste, delle singole Asl. Inoltre, hanno influito negativamente l'assenza, per le note vicende, di un piano sanitario regionale e sistemi informativi carenti, inadatti a supportare le scelte operative, non essendo in grado di evidenziare tempestivamente le inefficienze ge-

stionali delle strutture ospedaliere, come un inaccettabile tasso di inappropriata nei ricoveri, un importante esubero di posti letto per acuti, accompagnato, peraltro, da una carenza di posti letto per post-acuti e per cure intermedie.

Infine, la *rete territoriale* assume un ruolo decisivo e ancora più rilevante. Vista a torto, come ultimo anello della catena (e attualmente lo è per inadeguatezza di strutture e servizi) sarà invece il focus, in applicazione del “modello Agenas”, su cui rivolgere la maggiore attenzione in termini di investimenti, per consentire ai cittadini di ottenere risposte efficienti e invertire la disarmonia, unica per le Regioni italiane, di un peso della spesa per la medicina del territorio inferiore a quello della spesa ospedaliera. Si è rivista sostanzialmente la programmazione, badando alla sinergia e all’armonia tra le tre reti; insomma, si è disegnato un “Modello Sardegna” di sanità, moderno, efficiente, umano e solidale con la necessaria, indispensabile, attenzione all’accoglienza e al supporto della persona sofferente, centro e core business del Ssr, nella sua doppia qualità di datrice di lavoro e fruitrice di servizi. Va da sé che questo modello tecnico, ma non solo, sarà sottoposto agli organi politici per la valutazione, la verifica della congruenza con la programmazione complessiva regionale, le eventuali modifiche e l’approvazione.

Per quanto attiene alla sua Regione, quali sono, in ordine di grandezza, le maggiori criticità nelle tre reti di servizi prese in considerazione?

Le criticità, ancor di più dopo lo studio effettuato sono molto ben individuate e rispecchiano in gran parte quanto evidenziato in altre Regioni.

Andando per ordine, la rete di emergenza ha

la necessità, oltre che di una riconfigurazione complessiva, di cui abbiamo già parlato, di un’infrastrutturazione organizzativa maggiore, di un ruolo guida da parte della Regione nella conduzione del Servizio, che consenta di migliorare l’efficienza, ottimizzando le risorse umane e strumentali. La Regione deve dunque assumere compiti di coordinamento operativo dell’attività delle centrali operative del 118, che devono lavorare in sinergia con i presidi ospedalieri della rete e con gli altri operatori sanitari territoriali, e definire procedure tecnico-operative univoche.

È evidente che la rete ospedaliera debba intraprendere un percorso di deospedalizzazione importante, reso indifferibile dal rilevante esubero di posti letto per acuti e da un’elevata percentuale di inappropriata nelle prestazioni ospedaliere, che devono obbligatoriamente trovare risposta nella rete territoriale. Ciò comporterà la mobilitazione di risorse professionali mediche e non, che necessiteranno di una riconversione formativa, che non appare di facilissima e rapida attuazione, perché possano essere utilizzate nella rete territoriale. Inoltre, lo spostamento del *setting* assistenziale deve essere valutato avendo cura dell’appropriatezza organizzativa ed economica, e in termini di indicatori di esito.

Infine la rete territoriale, la grande assente nel sistema Sardegna, è fortemente sottodimensionata rispetto sia ai parametri del Patto per la salute sia alle reali esigenze del territorio, che, non trovando risposte adeguate, provocano il sovraffollamento delle strutture ospedaliere. Se si pensa che il 65% circa delle persone che accedono ai servizi di pronto soccorso ha problemi di salute “minori”, che potrebbero e dovrebbero essere risolti dai servizi ter-

ritoriali con i conseguenti risvolti benefici in termini di risparmio di risorse finanziarie e umane, è evidente che la prima tra le “cose da fare” nella nostra agenda è la realizzazione di nuove strutture territoriali. Attraverso un triage di primo livello, tali strutture potrebbero risolvere l'eccessivo afflusso ai pronto soccorso principali (per i quali stiamo anche studiando la possibilità di attivare un pre-triage psicologico, che potrebbe ulteriormente abbattere gli accessi del 10% circa) nonché evitare la mobilità verso i centri più grossi.

Data la peculiarità della sua Regione, quali sono state le difficoltà nella stesura del Piano di rientro e nell'attivazione delle azioni per la sua realizzazione?

Il Piano di Rientro della Regione Sardegna è stato più blando rispetto a quelli applicati in altre Regioni. Infatti, era prescritta una relazione programmatica annuale e un controllo ex post sempre su base annua, ma non controlli preventivi sugli atti della Giunta. I risultati sono stati estremamente negativi: nel triennio 2007-2009 il deficit è più che raddoppiato, caso veramente singolare per una Regione sottoposta a Piano di rientro. In realtà, il deficit non aveva particolare coerenza nei confronti delle aziende del sistema sanitario, ma era gestito centralmente dalla Regione, con scarsa comunicazione verso l'esterno. Questo ha fatto sì che gli amministratori delle Aziende non avessero piena consapevolezza degli adempimenti tipici delle Regioni sottoposte a Piano di rientro e si è tradotto in evidente inefficacia nei risultati: il deficit è passato da 112 a 265 milioni di euro in soli tre anni. Attualmente, si sta cercando di “uscire” dal Piano di rientro, invertendo la tendenza del disavanzo con una serie di provvedimenti delibe-

rativi, pur nell'assenza di punti di riferimento tecnico-amministrativi stabili: la legge di riforma attualmente in discussione potrebbe infatti cambiare radicalmente gli assetti attuali delle aziende sanitarie. Tuttavia, cerchiamo di sfruttare al meglio le indicazioni fornite nei “tavoli adempimenti”, attuando interventi che recepiscano gli input fondamentali del Ministero delle finanze e della salute e che ci guidino nel nostro percorso.

Le azioni più complesse riguardano: il contenimento della spesa farmaceutica (davvero eccessiva) e, per ridurla, è stato attivato un protocollo d'intesa con Aifa per l'elaborazione di un piano di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia, che prevede azioni ad hoc per la nostra Regione; il costo del personale, che non è in linea con il tetto stabilito dal Ministero; il costo per l'acquisto di beni e servizi, che “paga” l'eccessiva parcellizzazione degli acquisti e, per ovviare a questo, sono previsti istituti di aggregazione della domanda nella legge di riforma attualmente in discussione.

Quali sono, a suo parere, i risvolti di carattere organizzativo ed economico che prevedete di affrontare, nel medio e lungo periodo?

Dal punto di vista economico-finanziario, la situazione della Regione Sardegna non è preoccupante: non ha stock di debiti accumulati, infatti ha sempre fatto fronte con risorse proprie alla copertura del disavanzo. Gli sforzi sono tesi alla diminuzione dell'incidenza del deficit, che risulta in una parte importante derivante da *inefficienza gestionale* e, in un'altra parte, alla luce dei dati degli ultimi dieci anni, causato da chiara *inefficienza strutturale* ovvero derivante da un'edilizia sanitaria obsoleta e da livelli di tecnolo-

gia non adeguati, che, per essere riassorbiti, necessitano di investimenti in conto capitale programmati sul lungo periodo, e non di interventi spot, che hanno efficienza residuale e settoriale.

L'inefficienza gestionale può essere migliorata con l'aggregazione strutturata della domanda, che possa sfruttare tutte le potenzialità delle economie di scala, e con una politica di gestione delle risorse umane, orientata sempre più alla logica di rete e ad azioni di riconversione di professionalità (ad es. dall'ospedale al territorio) tenendo conto di una formazione continua e co-

stante, anche nella comunicazione con la persona sofferente.

Dal punto di vista organizzativo l'attuale disegno di legge prevede una riconfigurazione, anche numerica, delle aziende sanitarie e ospedaliere, suddividendo fra azienda ospedaliera e territoriale anche le *mission*, consentendo di focalizzare sul *core business* aziendale la programmazione, le azioni e gli interventi: le aziende ospedaliere si occuperanno di ospedali e quelle sanitarie locali di territorio, in sinergia all'interno delle tre reti e con l'ovvia supervisione e il coordinamento della Regione.



La mediazione civile in tema di responsabilità medica

di **Salvatore Calabretta**

Avvocato, Esperto di organizzazione sanitaria, Mediatore Professionista - Consulente Gutenberg srl

A decorrere dal 20 marzo 2011 il decreto legislativo n. 28 del 4.3.2010 entrerà completamente in vigore, aprendo nuovi scenari nella giustizia civile. Da questa data, infatti, l'articolato meccanismo della mediazione, che tale norma disegna, costituirà passaggio obbligato per la soluzione delle controversie in un ampio numero di materie civilistiche. In altre parole, dal 20 marzo di quest'anno, sarà obbligatorio esperire un tentativo di conciliazione prima di poter adire il giudice ordinario, qualora tra due o più soggetti insorga una controversia in materie quali, ad esempio, diritti reali, locazione, comodato, successioni ereditarie, risarcimento del danno, derivante da circolazione di veicoli e natanti o da **responsabilità medica** ecc..

L'avvio di questo meccanismo – che rientra nella categoria delle ADR (Alternative Dispute Resolution) – porta a compimento un percorso che nasce dall'emanazione della Direttiva Comunitaria 2008/52 del 21.5.2008, cui ha fatto seguito l'adozione della delega contenuta nell'art. 60 della L. 18.6.2009 n. 69, dal quale scaturisce, appunto, il D.Lgs. 28/2010.

L'obiettivo dichiarato del Legislatore europeo e nazionale, nell'adottare l'impianto normativo appena ricordato, è quello di concorrere a ridurre i tempi di attesa del giudizio civile. Secondo le più recenti stime del Ministero della giustizia in Italia per ottenere una sentenza definitiva occorrono in

media dieci anni; da qui l'esigenza di dare impulso a uno strumento strutturato e definito di risoluzione alternativa dei conflitti, rendendolo obbligatorio e consentendo in tal modo, non solo di dare risposte ai bisogni di definizione sollecita dei conflitti in materie ad alta "densità" di contenzioso, ma di sgravare, altresì, le strutture giudiziarie ordinarie di un carico rilevante di lavoro.

LE PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELL'ISTITUTO

La mediazione è l'attività professionale svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa.

Il mediatore è, quindi, la persona o le persone fisiche che, individualmente o collegialmente, svolgono la mediazione rimanendo prive, in ogni caso, del potere di rendere giudizi o decisioni vincolanti per i destinatari del servizio medesimo.

La mediazione può svolgersi presso enti pubblici o privati, che sono iscritti nel registro tenuto presso il Ministero della giustizia e che erogano il servizio di mediazione nel rispetto della legge, del regolamento ministeriale e del regolamento interno di cui sono dotati, approvato dal Ministero della giustizia.

Il mediatore è un professionista con requisiti

di terzietà, che consegue tale abilitazione a seguito della frequenza di specifici corsi di formazione – erogati da soggetti autorizzati e vigilati dal Ministero della giustizia – e soggetto ad aggiornamento periodico; il mediatore inoltre non può svolgere autonomamente tale professione, ma è obbligato a iscriversi a uno degli enti di mediazione autorizzati; l'organismo a cui il professionista presta la sua opera è sottoposto a vigilanza da parte del Ministero della giustizia.

La mediazione può essere distinta in:

- facoltativa, e cioè scelta dalle parti;
- demandata, quando il giudice, cui le parti si siano già rivolte, invita le stesse a tentare la mediazione;
- obbligatoria, quando per procedere davanti al giudice, le parti devono aver tentato senza successo la mediazione.

Quest'ultima tipologia è quella disciplinata in maniera innovativa dal D.Lgs. 28/2010 e si applica nei casi di una controversia in materia di: condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, da responsabilità medica, da diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari.

La mediazione s'introduce con una semplice domanda all'organismo, contenente l'indicazio-

ne dell'organismo investito, delle parti, dell'oggetto della pretesa e delle relative ragioni. Le parti possono scegliere liberamente l'organismo.

In caso di più domande, la mediazione si svolgerà davanti all'organismo presso il quale è stata presentata e comunicata alla controparte la prima domanda.

Il procedimento di mediazione ha in ogni caso una durata massima di 4 mesi.

Nel caso le parti non raggiungano autonomamente un accordo, il mediatore, autonomamente o su richiesta delle parti, può fare una proposta di risoluzione della lite, che le parti restano libere di accettare o meno.

Se la proposta non viene accettata e il processo davanti al giudice viene iniziato, qualora la sentenza corrisponda alla proposta, le spese del processo saranno a carico della parte che ha rifiutato ingiustificatamente la soluzione conciliativa.

L'accordo raggiunto con la collaborazione del mediatore è omologato dal giudice e diventa esecutivo.

Nessuna dichiarazione o informazione data dalle parti nel procedimento di mediazione può essere utilizzata nel processo, così come nessuna dichiarazione o informazione data da una parte solo al mediatore, può essere rivelata alla controparte, e ogni violazione viene sanzionata; inoltre tutte le informazioni riservate sono in ogni caso inutilizzabili in ogni successivo ed eventuale processo.

Le indennità dovute al mediatore sono stabilite dal decreto del Ministro della giustizia per gli organismi di mediazione pubblici, mentre quelli privati possono stabilire liberamente gli importi, ma le tariffe devono essere approvate dal Ministro della giustizia.

La procedura di mediazione presenta infine

una serie di agevolazioni fiscali che sono state poste proprio al fine di rendere conveniente il ricorso alla mediazione.

L'APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA NEL CONTESTO SANITARIO

Entrando nel vivo dell'argomento, tenteremo di analizzare – in forma inevitabilmente succinta, stante il contesto nel quale il presente articolo si pone – quale possa essere l'impatto dell'applicazione del nuovo istituto nell'ambito delle strutture del Servizio sanitario nazionale, ovviamente, con riferimento alla materia della responsabilità medica. Vi sono alcune questioni che appaiono più rilevanti in questa fase e che sintetizziamo di seguito.

- *Responsabilità medica e responsabilità sanitaria.* È opportuno partire da un chiarimento proprio sull'aspetto terminologico, apparentemente poco rilevante ma che, di fatto, pone una prima significativa questione, quella cioè dell'estensione nella portata applicativa del nuovo sistema, che può inficiare non poco le sue concrete possibilità di essere strumento reale di risoluzione dei conflitti. Il legislatore, infatti, nel fissare l'ambito delle controversie, per le quali si rende obbligatorio il ricorso alla mediazione prima di poter adire il giudice ordinario, ha scelto una descrizione sintetica della materia (controversie in tema di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica), che sembra limitare il terreno di applicazione della norma, rendendo possibile il ricorso alla mediazione esclusivamente nel caso in cui il presunto responsabile di una condotta dannosa per i terzi sia solo un professionista medico. Sebbene tal evenienza sia certamente quel-

la più rilevante, è innegabile che nell'attuale complessità e diversità dei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie compaiano, sempre più spesso, situazioni nelle quali vi siano altri professionisti teoricamente responsabili di comportamenti potenzialmente o presumibilmente dannosi che, nel caso si accettasse l'interpretazione più restrittiva, si vedrebbero privati di una possibilità concreta di comporre la controversia seguendo il regime della mediazione. La lettura della relazione di accompagnamento alla Camera della proposta di decreto legislativo (poi divenuta il D.Lgs. 28/2010), molto stringata sul punto, fornisce però elementi che, se correttamente interpretati, possono indicare una chiave interpretativa, giacché richiama quali riferimenti normativi gli artt. 1176, comma 2 e 2236 del Codice Civile che vertono, rispettivamente, il primo sulla diligenza nell'adempimento di un'obbligazione per chi eserciti un'attività professionale e il secondo, nella limitazione di responsabilità del prestatore d'opera quando la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà.

Da un lato si tratta, indubbiamente, di un richiamo a norme che sono regolarmente invocate in caso di richiesta di risarcimenti nei confronti di medici, ma, dall'altro, è innegabile come esse si attagino anche ad altri professionisti, sia perché tale qualificazione raccoglie nell'odierno sistema delle professioni sanitarie altri operatori pienamente qualificabili in tal senso – vuoi per i percorsi formali, che la loro formazione e abilitazione ormai prevede, vuoi per l'ampia sfera di autonomia professionale, che

anche formalmente tali figure hanno acquisito nella pratica operativa dell'erogazione dei servizi sanitari – sia perché evocabili in causa, in quanto prestatori d'opera, tutte le volte che l'Amministrazione di appartenenza viene chiamata a rispondere dei danni.

Per fare qualche semplice esempio basterà ricordare i casi di infermieri che sbagliano l'esecuzione del *triage*, ovvero dei tecnici di laboratorio o dei biologi che errano nella compilazione del referto relativo all'atto professionale cui sono abilitati.

Siamo dell'opinione, quindi, che alla dizione "responsabilità medica" debba essere sostituita (o comunque in tal senso intesa) la più complessiva e corretta dizione di "responsabilità sanitaria", intendendo in essa tutti gli eventi potenzialmente dannosi prodotti nell'ambito dello svolgimento di attività sanitarie.

D'altro canto in tal senso vanno le iniziative già intraprese dalle Regioni e dal Governo sin dal 2008, da quando cioè venne sancita l'intesa nella Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008, con la quale si definiva, tra l'altro, l'obiettivo di promuovere iniziative atte a garantire la definizione stragiudiziale delle vertenze aventi ad oggetto danni derivanti da prestazioni fornite da operatori del Servizio sanitario nazionale. A seguito dell'Intesa è noto che venne costituito un Gruppo di Lavoro interregionale, dal quale scaturì un documento (ormai in parte superato dal percorso tracciato dal D.Lgs. 28) le cui conclusioni, in merito alla questione che qui viene analizzata, andavano nella direzione sostenuta poco sopra. A conclusione delle

riflessioni su questo tema, si può rammentare che nella classificazione utilizzata dalle compagnie di assicurazione per responsabilità civile medica, si intende l'insieme delle coperture dirette dei professionisti medici con quelle effettuate a favore delle strutture sanitarie.

- *Lo stato dell'arte del sistema assicurativo in sanità.* La seconda questione è una riflessione, nuovamente di necessità sintetica, su quello che è lo stato dell'arte del sistema assicurativo in sanità. È di comune consapevolezza come negli ultimi otto/dieci anni le compagnie di assicurazione abbiano avviato due azioni in parte congiunte e complessivamente portatrici di effetti estremamente negativi per le aziende sanitarie. Da un lato, i premi si sono andati progressivamente elevando, in parte per effetto del lievitare del costo dei sinistri, in parte per una sempre più "percepita eccessiva rischiosità" del mercato sanitario e, dall'altro riducendo realmente la loro presenza in tale mercato o uscendone tout-court ovvero limitando la natura dei rischi posti in garanzia, anche attraverso una politica delle franchigie sempre più rilevante e pervasiva.

Vi è, di converso, da osservare come solo da pochi anni le aziende sanitarie e l'intero Sistema sanitario nazionale, abbiano posto reale attenzione in processi di risk-management, avviando quindi percorsi tesi a incidere sull'insorgenza o sulla limitazione degli effetti di eventi e comportamenti potenzialmente dannosi, così come avanzando proposte per una diversa e più incisiva regolamentazione della materia; inoltre, sempre da pochi anni, si è sviluppata

una maggiore competenza nell'analisi dei rischi all'interno delle singole aziende, mettendo a fuoco con più attenzione clausole e procedure dei contratti assicurativi per la responsabilità civile. Quasi ovunque, quindi, le aziende si trovano ad avere coperture assicurative pensate per coprire solo pochi rischi (di natura catastrofica o poco meno) e a gestire una consistente fetta delle richieste di risarcimento con mezzi propri, con tutte le complessità e rischiosità organizzative e amministrative intuibili. Il risultato combinato di questi diversi fattori è quello di un sistema sanitario in sofferenza, schiacciato tra richieste di risarcimento che aumentano progressivamente di anno in anno, tanto per quantità e quanto per valore, coperture assicurative sempre più onerose e incomplete, meccanismi di "autodifesa" ancora deboli e incerti, procedure di tutela costose e inevitabilmente non governate all'interno delle aziende.

- *Gli scenari del percorso di accesso alla mediazione in sanità.* Se questi scenari corrispondono a realtà, allora l'avvio del tentativo obbligatorio di conciliazione in tema di risarcimento del danno in materia di responsabilità sanitaria apre un capitolo di sicuro interesse, per cercare di ottimizzare al meglio le opportunità che la norma prevede. Anche qui si fornirà qualche spunto per indurre una riflessione, tenendo conto che l'avvio del tentativo obbligatorio non elimina la possibilità di praticare forme di conciliazione volontaria, sulle quali però verranno a incidere, inevitabilmente, gli effetti della nascita della nuova procedura di mediazione. Il mec-

canismo di quest'ultima, infatti, prevede che uno dei soggetti interessati, in accordo con l'altra o le altre parti del conflitto, ovvero in autonomia, incardini, ove ritiene più utile e conveniente, la domanda che apre la procedura di mediazione, depositandola presso un Organismo di Mediazione a sua scelta. In materia di responsabilità sanitaria è quindi molto probabile che le aziende si trovino ad essere nella maggioranza dei casi soggetti passivi di una scelta che farà il supposto danneggiato. Si potrà anche decidere di non "entrare" nel processo di mediazione o non presentandosi presso l'Organismo ovvero assumendo nel corso della procedura una posizione resistente e non conciliante. Tale comportamento espone a gravi rischi giacché la normativa prevede che il mediatore possa concludere la mediazione, anche in assenza di una delle parti, con una propria proposta di mediazione che, a quel punto, diverrà un macigno sul futuro procedimento dinanzi al giudice.

Il messaggio è "non tentare una conciliazione può costare di più". È vero che sino ad oggi l'atteggiamento resistente è stato la normalità, anche in quelle situazioni in cui l'azienda sanitaria, non avendo una copertura assicurativa ha dovuto affrontare in forma diretta l'impatto con la richiesta di risarcimento, preferendo (nella gran parte delle evenienze) far scivolare l'istanza di risarcimento verso il percorso giudiziario affidandosi all'esito del dibattimento. Tuttavia, dal 20 di marzo (salvo slittamenti ancora possibili dell'entrata a regime), questa strada appare impercorribile ed è allora necessario valutare il percorso da compiere.

- *La questione della responsabilità contabile nella procedura di mediazione.* Sul disegno del percorso si pone, peraltro, un rilevante ostacolo, quello della possibile responsabilità contabile per il dirigente o il funzionario dell'azienda sanitaria che, materialmente, parteciperà alla procedura di mediazione e al quale, in ultima analisi, andrà a essere conferito il potere/dovere di procedere alla conciliazione. Non v'è dubbio che il tema sia delicato e che la questione presenti una sua criticità in assenza di un'esimente dalla responsabilità, che il D.Lgs. 28/2010 non ha introdotto in tale situazione. Sarebbero naturalmente auspicabili interventi legislativi, similmente a quanto era stato fatto in materia giuslavoristica con l'art. 65 del D.Lgs. 165/2001 (norma peraltro abrogata dalla recente L. 4.11.2010 n. 183, ma riprodotta nel novellato art.410 del c.p.c.). In assenza di essi, non si può che far ricorso all'adozione di meccanismi di tutela procedurale e valutativa all'interno delle aziende, senza dimenticare quanto evidenziato più sopra circa la "necessità" di confrontarsi con il tentativo obbligatorio di conciliazione e circa i potenziali esiti negativi che la mancata conciliazione può determinare nel successivo giudizio ordinario. Non v'è dubbio che le aziende debbano arrivare al momento della mediazione dopo aver analizzato e valutato in maniera strutturata gli elementi specifici della singola richiesta di risarcimento, ma che poi, in conformità con tale valutazione, debbano osservare con attenzione e lungimiranza lo svolgimento della fase mediativa, poiché in caso di mancata accettazione della proposta di mediazione, che dovesse rive-

larsi poi confermata in sede di successivo giudizio, potrebbe, infatti, configurarsi come un'ipotesi di responsabilità contabile. Da qui ecco la necessità per le aziende di attrezzarsi a "gestire" l'impatto delle innovazioni recate dal D.Lgs. 28.

Inoltre, non può sfuggire il fatto che, indipendentemente dalla mediazione, col meccanismo della franchigia nelle polizze RCT in ogni caso le Aziende debbano assumersi la responsabilità di autorizzare le composizioni stragiudiziali proposte dalle compagnie e che tale aspetto richieda piena "consapevolezza" e un'adeguata preparazione. Si tende, inoltre, a trascurare il fatto che la franchigia non sia una parte del premio (perché altrimenti ci si pagherebbero sopra le tasse) e che quindi costituisca una massa di risorse a tutti gli effetti "erariali", di cui l'Azienda dispone ogni volta che autorizza la compagnia a transare.

- *Le necessità organizzative e di formazione.* L'ultimo punto che, quindi, sembra opportuno trattare sinteticamente è quello concernente le azioni che le aziende dovrebbero avviare per affrontare questa nuova sfida. In modo semplificato, possiamo dire che le azioni dovrebbero riguardare tanto gli aspetti organizzativi quanto quelli formativi. Sotto il primo profilo, occorrerebbe rafforzare (o avviare, laddove le aziende non abbiano già assunto iniziative in tal senso) i processi di risk-management aggiungendo ad essi un altro tassello attraverso il quale sia possibile effettuare la valutazione finale dell'evento correlato alla richiesta di risarcimento, fornendo quel "materiale" strutturato che possa costitui-

re la base di confronto di cui disporrà il funzionario dell'azienda che parteciperà alla mediazione. In questo è possibile certamente attingere a esperienze già avviate in alcune realtà regionali, ove percorsi di conciliazione volontaria sono stati approntati e per i quali quindi le aziende si sono attrezzate.

C'è poi l'altrettanto fondamentale esigenza di rafforzare, in termini di competenze specifiche, la struttura professionale delle aziende. La funzione di rappresentare l'amministrazione nella procedura di mediazione richiede l'acquisizione di competenze specifiche che non possono essere improvvisate. Naturalmente si può fare ricorso a legali, tanto interni all'azienda, quanto a professionisti del libero foro, ma è altrettanto vero che non è possibile farlo a prescindere da una valutazione di appropriatezza delle competenze dei professionisti e non è un caso, che in questa fase vi sia un numero sempre più consistente di avvocati che si stanno aggiornando per acquisire quelle specifiche competenze che il ricorso a un'ADR richiede.

Deve poi essere considerata anche valida – stante, alla data in cui è redatta questa nota, la non obbligatorietà del patrocinio da parte di un legale nella procedura di mediazione – l'opzione di formare personale dell'azienda che, nell'ambito della funzione affari generali e legale o in quella di risk-management, possa adeguatamente assicurare la rappresentanza competente dell'amministrazione. Naturalmente tale personale dell'azienda deve avere il potere di "disporre" dei diritti in questione e

di conciliare, anche tenendo conto del valore puramente economico del contenzioso. Opzione questa che consente di contenere ulteriormente i costi di una procedura, quale quella prevista dal D.Lgs. 28, già di per sé improntata da una particolare attenzione a mantenere bassi e accessibili gli oneri per affrontare il percorso di

mediazione.

In conclusione, la procedura di mediazione in tema di responsabilità sanitaria apre nuove prospettive. Saperle cogliere per migliorare la capacità di dare servizi a tutela della salute, anche in un'occasione sicuramente delicata quale quella di un momento di conflitto con un proprio utente, è una sfida da non perdere.

Campagna informativa nazionale “Il corretto uso dei servizi di emergenza-urgenza”

102

monitor

Il Ministero della salute, negli ultimi anni, ha rilevato un incremento del ricorso ai servizi di emergenza-urgenza. Una delle principali cause di tale situazione è attribuita alla carenza di informazioni a disposizione del cittadino circa la natura e l'utilizzo del sistema di emergenza-urgenza. Anche per tale motivo il Ministero ha ritenuto opportuno stipulare un Accordo di collaborazione con l'Agenas finalizzato a realizzare una campagna informativa nazionale diretta a tutta la popolazione, con particolare riferimento ai giovani e agli stranieri.

L'accesso all'informazione, difatti, favorisce una maggiore capacità del cittadino nella gestione delle risorse/servizi, nel *decision-making* e nella risoluzione dei problemi; è uno degli elementi indispensabili per promuovere una partecipazione responsabile della popolazione alla gestione del sistema sanitario. Cittadini più informati sono cittadini più consapevoli e competenti nel riconoscere il proprio bisogno assistenziale e, in base a questo, nell'individuare la struttura più adeguata a rispondervi. Promuovere la conoscenza dei servizi sanitari disponibili, le modalità di accesso e il loro corretto utilizzo significa, quindi, lavorare per incrementare l'*empowerment* del cittadino e per favorire, di conseguenza, l'efficacia e l'efficienza dei servizi stessi.

Il progetto per la realizzazione della campagna informativa, della durata complessiva di 24 mesi, è iniziato nel febbraio 2010 ed è volto al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- diffondere a livello nazionale la cultura dell'emergenza-urgenza;
- sensibilizzare ed informare i cittadini sul corretto utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza attraverso una Campagna informativa ad hoc;
- illustrare alla popolazione le caratteristiche e le modalità d'accesso ai servizi di emergenza-urgenza;

- informare su cosa fare e non fare in attesa dei soccorsi.

Tale progetto si sviluppa in accordo con i principi dell'empowerment, seguendo una metodologia basata sull'intersettorialità e sul coinvolgimento più ampio possibile di tutti i portatori di interesse per la definizione di un messaggio comune e per l'individuazione delle modalità di diffusione più efficaci.

Di seguito vengono sinteticamente riportate le azioni e i prodotti sinora realizzati, al fine di promuovere l'interesse dei professionisti dei sistemi sanitari regionali nei confronti della campagna informativa, intesa come azione collaborativa.

ANALISI DELLA LETTERATURA E DELLE ESPERIENZE

Il primo passo per la realizzazione del progetto è stato l'analisi della letteratura e delle esperienze, una tappa preliminare per identificare quali fossero le strategie migliori per pianificare e realizzare una campagna informativa efficace.

L'analisi della letteratura scientifica sull'argomento ha avuto come focus le campagne informative sui servizi di emergenza-urgenza realizzate a livello nazionale e internazionale. Gli obiettivi conoscitivi dell'analisi sono stati:

- analizzare i tipi di intervento realizzati per migliorare il corretto uso dei servizi di emergenza-urgenza;
- identificare le caratteristiche di una campagna informativa efficace in sanità;
- reperire le esperienze, realizzate o in corso, in Italia (disponibili sui siti istituzionali).

Oltre alla ricognizione delle revisioni sistematiche e narrative sul tema, è stata realizzata, attraverso una ricerca web, una mappatura delle

esperienze di informazione sui servizi di emergenza-urgenza attuate ai diversi livelli del Sistema sanitario nazionale (Regione, Aziende 118, Asl, IRCCS, APU, AO).

Da quanto emerso dall'analisi della letteratura è stato possibile individuare un set minimo di elementi utili alla pianificazione della campagna informativa nazionale, tra i quali se ne possono citare alcuni particolarmente rilevanti quali:

1. usare strategie di intervento integrate;
2. il supporto della comunità dei medici di medicina d'urgenza, medici di famiglia, pediatri e l'impegno dei leader civili, politici e professionali della comunità, appaiono una condizione fondamentale;
3. l'impostazione generale metodologica deve seguire la teoria del marketing sociale con forte orientamento alla comunicazione di massa;
4. la campagna deve tener conto dei determinanti del comportamento (teorie del comportamento);
5. le campagne informative vanno ripetute e affiancate da interventi educativi di comunità (sul territorio);
6. è importante avviare strategie di mobilitazione di comunità con *community leaders*, formazione di gruppi consultivi di comunità e distribuzione di materiale attraverso scuole ed eventi/convegni/congressi sanitari;
7. segmentare il target di riferimento in opportuni sottogruppi.

ATTIVAZIONE DELLA RETE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Sulla base delle indicazioni emerse dalla letteratura e nel rispetto dei principi metodologici sopra riportati, il Gruppo di Coordina-

mento del progetto, costituito da Ministero della salute e Agenas, ha invitato tutte le Regioni e Province Autonome (PA) a supportare l'implementazione della campagna informativa, attuando quelle azioni di diffusione dei contenuti ritenute più utili ed efficaci per lo specifico contesto regionale. Tutte le Regioni/PA hanno dato la loro disponibilità a partecipare attivamente alla campagna, costituendo il Gruppo di Pilotaggio della stessa. È stato, quindi, condiviso tra il gruppo di Coordinamento e Pilotaggio uno specifico piano attuativo che prevede la *diffusione di contenuti informativi in tre ambiti*, riconosciuti come “privilegiati” sulla base delle indicazioni emerse dall'analisi della letteratura e delle esperienze:

1. “Tecnico-professionale”: professionisti che operano nell'emergenza-urgenza (PS, 118), Medicina Generale, Pediatria, Continuità Assistenziale;
2. “Scuola”: Scuola Primaria, Scuola Secondaria di I grado e Scuola Secondaria di II grado;
3. “Cittadinanza”: rete dell'associazionismo civico.

Per ciascuno dei tre ambiti si è ritenuto fondamentale rendere partecipi i principali *stakeholder* nella definizione dei contenuti e delle modalità di diffusione, attuando una strategia di progressivo coinvolgimento di tutti i possibili interlocutori. È stata, quindi, promossa la costituzione di un gruppo di lavoro in ambito tecnico professionale a cui partecipano Ordini e Collegi, Associazioni Professionali e Società Scientifiche Nazionali di settore. È in corso di definizione, inoltre, una collaborazione interistituzionale tra Ministero della salute e Ministero dell'università e della ricerca al fine della buona realizzazione del progetto in ambito scolastico. So-

no state attivate le comunicazioni con le Ambasciate dell'Albania, della Cina, del Marocco, della Romania e dell'Ucraina, ovvero con gli organismi di rappresentanza delle comunità straniere più presenti sul territorio nazionale (dati Istat e Dossier Caritas Migrantes 2009). Sono state, infine, invitate ad aderire alla campagna informativa le principali Associazioni nazionali di volontariato impegnate nel sistema territoriale di soccorso.

LA BASE INFORMATIVA COMUNE

Nella convinzione che sia fondamentale la diffusione di un messaggio alla cittadinanza che sia univoco, condiviso da istituzioni e professionisti, basato sulle indicazioni della letteratura e delle esperienze già realizzate, sono stati formulati una serie di contenuti informativi, organizzati nelle seguenti schede:

- Che cos'è il numero 118
- Chiamare il numero 118
- In attesa dei soccorsi
- Il pronto soccorso
- L'accesso al pronto soccorso
- Il servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica).

Tali schede sono state proposte dal Ministero della salute e rielaborate con il Gruppo di Pilotaggio, con i professionisti della sanità e con il mondo del volontariato impegnato nel sistema di emergenza-urgenza. Il processo appena descritto ha permesso la definizione di una base informativa comune (Figura 1), condivisa a livello nazionale sia dalle Regioni e PA, sia dagli Ordini e Collegi, Associazioni Professionali e Società Scientifiche dei professionisti che operano nell'emergenza-urgenza, Medicina Generale, Pediatria e Continuità Assistenziale (Riquadro 1).

Le sei schede informative rappresentano la ba-

se che i diversi attori potranno arricchire e adattare ai propri contesti locali. Per raggiungere efficacemente il target della campagna, le schede sono state tradotte in lingua inglese, francese, spagnola e tedesca e sono state rese disponibili sul sito dell'Agenas all'indirizzo http://www.agenas.it/Emergenza_Urgenza.html, dal quale chiunque sia interessato a partecipare alla diffusione dei contenuti potrà scaricarle.

BANDI PER CONCORSO DELLE IDEE

L'Agenzia per realizzare la Campagna informativa ha ritenuto opportuno coinvolgere da subito i cittadini. Ha così bandito quattro concorsi di idee, rivolti ai giovani fino ai trenta anni di età, per l'ideazione di un logo, di uno slogan, di un poster e di un video/spot. La Campagna informativa sarà quindi realizzata utilizzando i prodotti che vinceranno il concorso di idee. I bandi sono stati pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, su due principali quotidiani a tiratura nazionale, nonché sul sito istituzionale dell'Agenzia (<http://www.agenas.it/gareempowerment.html>). Sulla medesima pagina del sito è stata inoltre realizzata una specifica rubrica faq che si è andata gradualmente autoalimentando con i quesiti posti dai candidati e le risposte date dall'Ente. A tale pro-

posito si deve evidenziare come intorno all'argomento si siano da subito registrate grande vivacità e interesse. Le opere vincitrici saranno premiate in occasione di un evento dedicato e verranno utilizzate dall'Agenzia per realizzare la Campagna Informativa.

Nell'arco del primo anno di attività, si è esaurita la fase di pianificazione della campagna informativa, sono stati costituiti i gruppi di lavoro, condivisi gli obiettivi, i metodi e gli strumenti, e il progetto è attualmente in piena attuazione. Sono in fase di avvio le diverse attività informative che le Regioni/PA hanno ritenuto più utile organizzare sul proprio territorio e che potranno implementare in collaborazione con le Istituzioni scolastiche, con i professionisti della sanità, con i cittadini, le comunità straniere, le organizzazioni di volontariato. Per la realizzazione della campagna informativa potranno essere scelti diversi strumenti, differenziati per tipologia e destinatari come, ad esempio, conferenze e comunicati stampa, incontri con le scuole e i professionisti, pubblicazioni su siti web istituzionali, spot televisivi e/o radiofonici, campagna stampa-quotidiani, campagna affissioni, opuscoli informativi distribuiti presso scuole, farmacie, presidi sanitari, stazioni ferroviarie, me-

GRUPPO DI COORDINAMENTO



Ministero della Salute



Dipartimento della Qualità

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria,
dei Livelli Essenziali di
Assistenza e dei Principi etici di Sistema

Massimo Giannone
Paolina Caputo
Angela Rita Panuccio

Sezione Qualità
e Accreditamento

Giovanni Caracci
Sara Carzaniga
Beatrice Cerilli
Micaela Cerilli
Carmen Mantuano

Sezione Affari Generali
e Personale

Laura Conti
Maria Albergo
Alessandra De Blasis
Tiziana Maola
Manuela Pardi

tropolitane e aeroportuali, ecc..

Gli strumenti sopra elencati saranno utilizzati calibrandoli sulle caratteristiche del contesto e del target, tenendo conto delle esperienze e

dei risultati ottenuti da iniziative analoghe realizzate a livello locale e garantendo contemporaneamente l'unicità del messaggio informativo che è stato condiviso a livello nazionale.

Figura I - Contenuti informativi condivisi all'indirizzo http://www.agenas.it/Emergenza_Urgenza.html



Riquadro I - Ordini e Collegi, Associazioni Professionali e Società Scientifiche Nazionali di settore

AISACE - Associazione Infermieri Specializzati in Area Critica ed Emergenza

ANIARTI - Associazione Nazionale Infermieri di Area critica

C.A.R.D. - Confederazione Associazioni Regionali di Distretto

FIMMG - Federazione Italiana Medici di Famiglia

FIMEUC - Federazione Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza e Catastrofi

FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri

FNOMCeO - Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri

IPASVI - Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia

Metis - Società Scientifica dei Medici di Medicina Generale

NOE - Nurses of Emergency - Associazione Scientifica Italiana Infermieri di emergenza

SIMEU - Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza

SIMEUP - Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica

SIMG - Società Italiana di Medicina Generale

SIP - Società Italiana di Pediatria

SIS 118 - Società Italiana Sistema 118 – Consulta dei Dirigenti Responsabili delle Centrali Operative 118