

Deliberazione della Giunta Regionale 7 aprile 2011, n. 17-1830

Attuazione del Piano di Rientro. Criteri regionali per l'individuazione delle Strutture e delle dotazioni dei relativi posti letto nell'ambito della rete ospedaliera.

A relazione dell'Assessore Ferrero:

Con D.G.R. n. 48 - 8609 del 14.4.2008 sono state approvate le linee guida per la revisione dei sistemi di emergenza – urgenza sanitaria quale direttiva alle Aziende Sanitarie regionali sull'attività dell'emergenza sanitaria al fine di fornire alle stesse indicazioni finalizzate al raggiungimento dell'omogeneità nell'erogazione delle attività e della massima efficacia su tutto il territorio regionale, stabilendo nel contempo che tali indicazioni sarebbero state base per la stesura definitiva dei P.R.R.

Con D.G.R. n. 62 - 896 del 25.10.2010 sono state approvate le linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle consistenze organiche del personale: nell'ambito di tale provvedimento è stato previsto che le Aziende Sanitarie dovranno rivedere, con la revisione della consistenza organica aziendale, la reale esigenza del mantenimento delle attuali strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale in linea con l'obiettivo del piano di rientro regionale di una pianificazione sistemica volta a cogliere gli elementi di integrazione reciproca nonché le interrelazioni tra i sistemi di erogazione.

Con D.G.R. n. 14 – 1440 del 28.1.2011, sono state impartite alle Aziende del S.S.R. disposizioni in merito al contenimento dei costi delle consistenze organiche.

Nel disegno della rete ospedaliera, occorrerà tener conto di una serie di requisiti determinanti per una buona sanità:

- l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dell'emergenza-urgenza che richiede che presso i presidi esista una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità delle prestazioni per i gravi infortunati e per il trattamento delle patologie mediche e chirurgiche in emergenza-urgenza anche a carattere specialistico;
- le caratteristiche dimensionali della rete ospedaliera esistente permettono soltanto ad alcuni presidi pubblici di raggiungere una dimensione ottimale per un ospedale generale che svolga un ruolo all'interno della rete di emergenza (maggiore di 120 posti letto);
- le rispettive riduzioni di posti letto dovranno essere concentrate nelle strutture minori affinché la riorganizzazione si accompagni a miglioramenti dell'efficienza e a riduzioni effettive della spesa.

La concreta realizzazione di un processo di appropriatezza, riducendo i ricoveri inappropriati, consente che si liberi presso gli ospedali una capacità produttiva che potrà essere utilizzata per ristrutturare la rete ospedaliera: in particolare, il numero di ricoveri appropriati degli ospedali, che dovranno essere prodotti dalla rete ospedaliera futura, si riduce complessivamente rispetto alla situazione esistente con la conseguenza che la realizzazione della nuova rete ospedaliera comporterà, quindi, l'erogazione di prestazioni presso ospedali in grado di garantire la sicurezza e la qualità di cura relativa nonché la riconversione effettiva di alcuni Presidi ospedalieri in strutture territoriali, anche al fine di permettere il proseguimento in queste strutture del percorso di dimissione protetta, nell'ottica di un ulteriore risparmio di giornate di degenza inappropriate negli ospedali per acuti.

Inoltre, la riduzione dei ricoveri a seguito delle indicazioni descritte al precedente punto comporta la possibilità di una redistribuzione delle discipline ospedaliere ed in tal senso potrà assumere

notevole rilevanza una rivisitazione dei rapporti tra Servizio Sanitario Regionale e Università laddove gli stessi possano presentare delle aree di criticità con una distribuzione di specialità e di erogazione di prestazioni di ricovero non in linea con le esigenze regionali: in tale ottica dovrà essere riservata particolare attenzione alla problematica al fine di non penalizzare l'attività didattica e la ricerca.

Il confronto tra la situazione esistente e l'applicazione appropriata di nuovi criteri evidenzia una potenzialità di razionalizzazione del sistema ospedaliero attuale, realizzabile nel medio/lungo termine. Le aziende dovranno analizzare la situazione reale individuandone le possibilità all'interno del periodo di applicazione del piano di rientro, attraverso il corretto metodo dell'analisi attenta delle reti per specialità rispetto al proprio bacino di utenza: a tale fine, i gruppi di lavoro tecnici hanno il compito di proporre delle indicazioni più specifiche da applicare da parte delle aziende ospedaliere.

Inoltre, l'analisi del rischio clinico in ospedale evidenzia che esiste una curva di apprendimento per tipologia di intervento chirurgico: le strutture che non erogano un numero minimo di interventi programmati di una certa tipologia risultano poi penalizzate come qualità clinica della prestazione o come efficacia di esito.

Infine, il tasso di saturazione delle sale operatorie nei presidi pubblici risulta basso con conseguente uso non efficiente della struttura e del personale relativo: l'obiettivo è pertanto quello di concentrare gli interventi e le sale operatorie in modo da superare una soglia minima di capacità di utilizzazione tale da permettere un uso migliore corretto ed efficiente delle risorse.

Le strutture ospedaliere pubbliche sono articolate nelle seguenti tipologie secondo il ruolo da svolgere all'interno della rete dell'emergenza/urgenza:

- i presidi ospedalieri, sede di DEA di secondo livello e strutture di riferimento all'interno di ciascuna area geografica, che devono disporre di massima, tenendo conto di tutti i presidi facenti parte dei singoli HUB, di tutte le specialità e possono essere anche sedi delle specialità con una diffusione rara sul territorio secondo le necessità dettate dai relativi bacini di utenza;
- i presidi ospedalieri di base, sedi di DEA di primo livello che devono disporre delle specialità di media diffusione sul territorio;
- gli altri presidi ospedalieri che devono disporre unicamente di specialità diffuse.

Le strutture private, le case di cura e le strutture classificate, svolgono, secondo gli indirizzi del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, un ruolo complementare all'interno della rete ospedaliera: in tale ottica la Regione, sentite le Aziende Ospedaliere e le Aziende sanitarie locali, definisce gli accordi per l'appropriatezza della loro corretta integrazione nella rete ospedaliera.

Le discipline rare sono assegnate ad uno o due presidi ospedalieri della regione secondo le scelte di appropriatezza erogativa e di qualità delle prestazioni, mentre le altre discipline sono assegnate alle aree geografiche sulla base della produzione appropriata erogata ed il bacino d'utenza relativo.

All'interno di ciascuna area geografica si individua la quota di prestazioni appropriate in capo alle aziende per ogni disciplina e si completa il soddisfacimento del fabbisogno preventivato con l'attribuzione della relativa quota alle strutture private ed equiparate: eventuali aggiustamenti di prestazioni e relativi posti letto tra quota pubblica e privata dovranno essere risolti attraverso opportuni accordi regionali.

In coerenza con quanto sopra descritto, a seguito degli interventi per il recupero dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero, dell'efficienza produttiva ed al fine del conseguimento degli obiettivi

espressi al cap. 1.3.3 dell'Addendum al Piano di Rientro approvato con DGR. 44-1615 del 28/02/2011, è pertanto necessario prevedere una riduzione delle Strutture Complesse fuori parametro nell'ambito della medesima disciplina, con specifico provvedimento della Giunta Regionale. Tale riduzione deve avvenire secondo i vincoli imposti dal layout ed all'accorpamento in unità produttive comuni delle attività delle Strutture Complesse di specialità differenti, ma assimilabili per area (medica o 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.

La tabella seguente, con le precisazioni di seguito indicate, individua per ciascuna specialità l'intervallo di bacino d'utenza (minimo/massimo) per attivare una struttura complessa di degenza oppure una struttura complessa di un servizio diagnostico o di supporto. I criteri di individuazione di detti bacini devono comunque essere adattati alle particolari conformazioni del territorio in relazione alla dispersione della popolazione e ai problemi di mobilità connessi all'accesso ai servizi ospedalieri.

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

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

All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia in modo che integrino l'attività ospedaliera per acuti e quella di post-acuzie con quella territoriale (percorso nascita con ridefinizione degli standard operativi previsti dalle indicazioni nazionali in materia, emergenza cardiologica, ictus cerebrale, trauma grave, cure psichiatriche, oncologia, insufficienza renale ecc.).

In particolare:

- l'intervallo 0,15-0,30 milioni di abitanti (quindi da 150.000 abitanti a 300.000 abitanti) è applicato per specialità con la presenza prevista presso DEA di primo livello;
- la cardiologia è prevista presso i presidi sede di DEA di primo e secondo livello nonché a supporto della cardiocirurgia e deve ricomprendere al suo interno, se attive, anche le attività di Emodinamica ed Unità Coronarica che sono sempre ricomprese nella stessa UOC;

- sono previsti dei percorsi clinici che integrino le chirurgie specialistiche come l'ortopedia e la traumatologia con la medicina generale in modo da garantire la visione olistica della cura;
- la neonatologia è prevista come struttura complessa soltanto presso le strutture di riferimento della Rete Intensiva Neonatale, mentre le funzioni di neonatologia devono essere presenti nei punti nascita;
- la presenza di neuroradiologia e radiologia interventistica è prevista presso le radiologie con un bacino d'utenza da 0,5 a 1 milione di abitanti presso i DEA di secondo livello garantendo anche la reperibilità a supporto di più presidi o di più HUB nell'ambito metropolitano.
- come previsto nell'addendum al programma attuativo del Piano di Rientro regionale in un unico centro regionale (Trauma Center) o sovraregionale in accordo con Regioni limitrofe devono essere presenti alcune funzioni particolarmente specifiche unitamente ad altre che ne garantiscono l'attività multidisciplinare: Centro grandi ustionati, Unità Spinale Unipolare, Camera Iperbarica, Chirurgia Generale d'Urgenza, Trattamento delle Amputazioni, Microchirurgia, Chirurgia della mano, Centro Antiveneni. Analogamente, una serie di funzioni specialistiche mediche e chirurgiche, anche se non strettamente collegate all'emergenza (quali, a titolo di esempio, Centro Trapianti e Rete Oncologica, degenza di Medicina Nucleare) devono essere collocate presso un Centro HUB a valenza regionale o sovrazonale a seconda del tipo di attività.

DISCIPLINE					Bacino di Utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)				
A/P/A	A re a	Dif fu sione	Cod Disc .	Descrizione	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		P.L.
					Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo	P.L. per S.C. (1)
0	1	2	1	Allergologia			2	1	
0	1	3	8	Cardiologia	0,3	0,15			20
0	1	3	8	Emodinamica nell'ambito della Cardiologia			0,6	0,3	
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	Geriatra	0,8	0,4			20
0	1	2	24	Malattie infettive e tropicali	1	0,5			20
0	1	1	25	Medicina del lavoro	2	1			20
0	1	3	26	Medicina generale	0,15	0,075			32
0	1	3	29	Nefrologia	0,8	0,4			20
0	1	3	32	Neurologia	0,3	0,15			20
0	1	2	52	Dermatologia	1	0,5			10

DISCIPLINE					Bacino di Utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)				
A /P A	A re a	Dif fu sio ne	Cod Disc .	Descrizione	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		P.L.
					Bacino massimo	Bacino minim o	Bacino massimo	Bacino minimo	P.L. per S.C. (1)
0	1	2	58	Gastroenterologia	0,8	0,4			20
0	1	3	64	Oncologia	0,8	0,4	0,3	0,3	16
0	1	2	66	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)	0				20
0	1	1	65	Oncoematologia pediatrica	4	2			20
0	1	2	68	Pneumologia	0,8	0,4			20
0	1	2	70	Radioterapia (vedere codice 74)					0
0	1	1	71	Reumatologia	4	2			10
0	1	2	74	Radioterapia oncologica			1	0,5	0
0	1	1	77	Nefrologia pediatrica	6	4			20
0	2	1	6	Cardiochirurgia infantile	6	4			16
0	2	1	7	Cardiochirurgia	1	0,5			16
0	2	3	9	Chirurgia generale	0,2	0,1			28
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	2	2	30	Neurochirurgia	1	0,5			20
0	2	3	34	Oculistica	0,3	0,15			10
0	2	2	35	Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4			20
0	2	3	36	Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1			24
0	2	3	38	Otorinolaringoiatria	0,3	0,15			10
0	2	3	43	Urologia	0,3	0,15			20
0	2	1	48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2			20
0	2	1	76	Neurochirurgia pediatrica	6	4			20
0	2	1	78	Urologia pediatrica	6	4			20
0	3	3	31	Nido					0
0	3	2	33	Neuropsichiatria infantile			0,8	0,3	0
0	3	3	37	Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15			24
0	3	3	39	Pediatria	0,3	0,15			20
0	3	3	62	Neonatologia	1	0,5			20
0	4	1	46	Grandi ustioni pediatriche					8

DISCIPLINE					Bacino di Utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)				
A /P A	A re a	Dif fu sio ne	Cod Disc .	Descrizione	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		P.L.
					Bacino massimo	Bacino minim o	Bacino massimo	Bacino minimo	P.L. per S.C. (1)
0	4	1	47	Grandi ustionati	6	4			8
0	4	3	49	Terapia intensiva	0,3	0,15			8
0	4	3	50	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	0,3	0,15			8
0	4	3	51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza (6)	0,3	0,15			8
0	4	2	73	Terapia intensiva neonatale	1	0,5			8
0	5	3	40	Psichiatria (2)	0,3	0,15			16
0	7			Laboratorio d'analisi			0,3	0,15	0
0	7			Microbiologia e virologia			1	0,5	
0	7		3	Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15	0
0	7		5	Angiologia					0
0	7		54	Emodialisi (vedere nefrologia cod 29)	0,5	0,3			0
0	7		61	Medicina nucleare			1	0,5	0
0	7		69	Radiologia			0,3	0,15	0
0	7		82	Anestesia e rianimazione (Serv. ambulatoriale vedere 49)			In rapporto all'articola zione della rete dei pronto soccorso		0
0	8		DS	Direzione sanitaria di presidio (3)			1 SC per HUB e per ciascun spoke, SS nei presidi di base inferiori ai 120 pl non inseriti rete emergenza		
0	8		F	Farmacia ospedaliera			1 SC per HUB e per		

DISCIPLINE					Bacino di Utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)				
A /P A	A re a	Dif fu sio ne	Cod Disc .	Descrizione	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		P.L.
					Bacino massimo	Bacino minim o	Bacino massimo	Bacino minimo	P.L. per S.C. (1)
							ciascun spoke.		
0	8			Servizio trasfusionale			0,3	0,15	
0	8		2	Day hospital (multispecialistico)					0
0	8		55	Farmacologia clinica			n/a		0
0	8		67	Pensionanti (multispecialistico)			n/a		0
0	8		97	Detenuti (4)					0
0	8		98	Day surgery					0
1	6	1	28	Unità spinale	Una funzione sovrazonale per pazienti spinali a valenza Regionale, per la gestione interdisciplinare della fase dell'acuzie e della postacuzie, costituita dall'unità spinale unipolare (CTO) e da due unità riabilitative per medullosemi con una organizzazione funzionale specifica a carattere dipartimentale interaziendale (DGR n 10-5605 del 2 aprile 2007)				20
1	6	3	56	Recupero e riabilitazione funzionale	0,07	0,04	(nota 5)	(nota 5)	24
1	6	3	60	Lungodegenti	0,15	0,10			24
1	6	1	75	Neuroriabilitazione	Soltanto presso i presidi HUB.				20

Note

(1) il numero di posti letto, ordinari e di day hospital, è indicativo per il pubblico e per le strutture equiparate e deve comunque essere adattato alle effettive esigenze strutturali e organizzative dei presidi; per le Case di Cura si farà riferimento ai corrispondenti volumi di attività.

(2) Il servizio SPDC è parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale dal punto di vista sia clinico che organizzativo

(3) per l'area metropolitana di Torino è prevedibile, nel caso di strutture multipresidio, un posto da Direttore Sanitario di Presidio aggiuntivo per ciascun presidio nel caso il presidio superi i 300 posti letto

(4) in attesa della completa messa a regime della nuova organizzazione dell'attività di assistenza sanitaria penitenziaria, si rimanda la definizione dei parametri per l'individuazione dei posti letto

della disciplina 97.

(5) Presso gli ospedali per acuti, in alternativa a reparti con posti letto, è possibile attivare una struttura di R.R.F. senza posti letto.

(6) I posti letto di Medicina e chirurgia di urgenza vanno calibrati in relazione ai passaggi in pronto soccorso e all'attivazione dell'Osservazione breve intensiva.

I criteri per l'individuazione delle Strutture di Fisica Sanitaria ed altri servizi di supporto saranno definiti con successivi provvedimenti.

Le strutture complesse attivabili in relazione al bacino d'utenza indicato nella tabella comprendono anche le strutture complesse a direzione universitaria, da individuare secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 517 del 21.12.1999 e dal D.P.C.M. 24.5.2001, sulla base dei principi e dei criteri stabiliti nei protocolli d'intesa tra Regione e Università.

Nel caso siano presenti posti letto nell'area privata od equiparata il numero di U.O.C. dovrà essere ridotto in relazione alle quantità e alle tipologie di attività prodotte per la medesima disciplina.

La definizione di dettaglio dell'organizzazione della rete ospedaliera e quindi del numero e tipologia di UOC per presidio dovrà essere definita attraverso il confronto con le Aziende sanitarie sulla base degli indirizzi regionali in materia. La definizione di tali caratteristiche della rete ospedaliera costituiranno vincolo per l'attività di programmazione ed organizzazione dell'attività delle Aziende e quindi per la definizione degli atti aziendali.

Pertanto è necessario che tutte le Aziende Sanitarie e tutti i soggetti erogatori di prestazioni di ricovero fino all'approvazione dei provvedimenti regionali che definiscono la tipologia di UOC e di attività specialistiche da svolgere non aumentino le UOC attualmente esistenti e la dotazione dei posti letto e tipologia di discipline presenti alla data del 1 gennaio 2011 salvo specifiche disposizioni regionali.

Tutto ciò premesso, il relatore propone alla Giunta Regionale di approvare in attuazione del Piano di Rientro Regionale, i criteri per l'individuazione di Strutture Organizzative di dimensioni appropriate per bacino d'utenza e dei relativi posti letto nell'ambito della rete ospedaliera.

Vista la D.G.R. n. 48 - 8609 del 14.4.2008;

Vista la D.G.R. n. 62 - 896 del 25.10.2010,

Vista la D.G.R. n. 14 - 1440 del 28.1.2011,

Visto l'addendum al programma attuativo del Piano di Rientro regionale;

Visto il D.Lgs. n. 517 del 21.12.1999;

Visto il D.P.C.M. 24.5.2001,

La Giunta Regionale, a voti unanimi,

delibera

- di approvare, nell'ambito delle iniziative per la realizzazione del Piano di Rientro Regionale, la nuova individuazione dei criteri per la definizione della distribuzione delle Strutture ospedaliere e delle dotazioni dei relativi posti letto nell'ambito della rete ospedaliera come indicato in premessa;
- di determinare che tali criteri costituiscono indirizzo e vincolo per l'attuazione dei programmi di

organizzazione delle reti specialistiche,

- che, fino all'approvazione dei provvedimenti regionali di definizione di dettaglio delle caratteristiche della rete ospedaliera che costituiranno vincolo per l'attività di programmazione ed organizzazione dell'attività delle Aziende e quindi per la definizione degli atti aziendali., le Aziende Sanitarie Regionali e gli altri soggetti erogatori di prestazioni di ricovero non possono aumentare la dotazione dei posti letto e la tipologia di discipline attive alla data del 1 gennaio 2011, salvo specifiche disposizioni regionali.

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

(omissis)