



Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 396/10

di iniziativa della Giunta regionale recante:

"Integrazione alla deliberazione della Giunta regionale n. 604 del 3 dicembre 2018 (Collegato alla manovra di finanza regionale per l'anno 2019)"
relatore: M. MIRABELLO (Deliberazione di Giunta n. 618 del 07/12/2018);

DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	13/12/2018
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	14/12/2018
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 396/X pag. 3

"Integrazione alla deliberazione di Giunta regionale n. 604 del 3 dicembre 2018 (Collegato alla manovra di finanza regionale per l'anno 2019)"

Normativa nazionale

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 pag. 12

"Regolamento recante definizione degli standard, qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

Normativa regionale

DCA 2 aprile 2015, n. 9 pag. 42

Approvazione documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti

Documentazione correlata

Documento riorganizzazione rete ospedaliera pag. 46

"Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti"

PROPOSTA DI LEGGE

3^a COMM. CONSILIAREN.ro 396/10^a2^a COMM. CONSILIAREREGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE

Consiglio Regionale della Calabria

PROTOCOLLO GENERALE

Prot. n. 49069 del 13.12.2018Classificazione 01.15.04Deliberazione n. 618 della seduta del - 7 DIC. 2018.

OGGETTO: INTEGRAZIONE ALLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N.604 DEL 3 DICEMBRE 2018 (COLLEGATO ALLA MANOVRA DI FINANZA REGIONALE PER L'ANNO 2019). DISEGNO DI LEGGE.

Presidente o Assessore/i Proponente/i: _____ (timbro e firma) _____

TE PRESIDENTE

Relatore (se diverso dal proponente): _____ (timbro e firma) _____

Dirigente/i Generale/i: _____ (timbro e firma) _____
Il Dirigente Generale
Dott. Bruno Zito

Dirigente/i Settore/i: _____ (timbro e firma) _____

Alla trattazione dell'argomento in oggetto partecipano:

			Presente	Assente
1	Gerardo Mario OLIVERIO	Presidente	X	
2	Francesco RUSSO	Vice Presidente		X
3	Maria Francesca CORIGLIANO	Componente		X
4	Mariateresa FRAGOMENI	Componente	X	
5	Roberto MUSMANNO	Componente	X	
6	Antonietta RIZZO	Componente	X	
7	Savina Angela Antonietta ROBBE	Componente	X	
8	Francesco ROSSI	Componente	X	

Assiste il Segretario Generale della Giunta Regionale.

La delibera si compone di n. 3 pagine compreso il frontespizio e di n. 3 allegati.

Si conferma la compatibilità finanziaria del presente provvedimento.

Il Dirigente Generale del Dipartimento Bilancio

_____ timbro e firma _____

IL DIRIGENTE GENERALE REGGENTE
(Dott. Filippo De Cello)

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI gli articoli 34, lettera g), e 39 dello Statuto della Regione Calabria, in materia di iniziativa legislativa della Giunta regionale;

CONSIDERATA la necessità di attuare misure di razionalizzazione delle attività delle aziende del servizio sanitario regionale, per garantire un'integrazione più efficace dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali e a favorire la collaborazione multidisciplinare tra i professionisti finalizzata ad omogeneizzare i comportamenti clinici funzionali e a garantire un miglioramento complessivo in termini di efficienza, continuità assistenziale, sicurezza, qualità e sostenibilità economica dei servizi;

CONSIDERATO che la predetta finalità può raggiungersi mediante:

- a) la scorporazione dalle ASP di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria dei presidi ospedalieri territoriali per acuti (spoke) e la loro attribuzione, unitamente alle relative risorse umane, strumentali e finanziarie, alle Aziende Ospedaliere che operano nel rispettivo territorio;
- b) l'unificazione a livello regionale delle procedure concorsuali, per garantire maggiore trasparenza ed uniformità di azione, anche attraverso l'utilizzo degli stessi criteri di valutazione sull'intero territorio regionale, in relazione ai profili professionali richiesti;

RITENUTO, pertanto, necessario presentare al Consiglio regionale, al fine di procedere alle modifiche legislative sopra illustrate, il disegno di legge allegato *sub* <<A>> alla presente deliberazione, quale parte integrante della stessa, recante <<Misure di razionalizzazione delle attività delle aziende del servizio sanitario regionale>>;

EVIDENZIATO che la presente deliberazione è stata proposta dal Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della salute e politiche sanitarie;

VISTI gli allegati <<A>>, <> e <<C>>, che costituiscono parte integrante della deliberazione;

PRESO ATTO

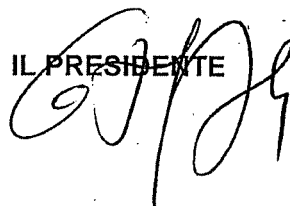
- che il Dirigente generale del Dipartimento proponente attesta che l'istruttoria è completa e che sono stati acquisiti tutti gli atti e i documenti previsti dalle disposizioni di legge e di regolamento che disciplinano la materia;
- che il Dirigente generale del Dipartimento proponente, ai sensi dell'articolo 28, comma 2, lett. a), e dell'articolo 30, comma 1, lett. a), della legge regionale 13 maggio 1996, n. 7, sulla scorta dell'istruttoria effettuata, attesta la regolarità amministrativa nonché la legittimità della deliberazione e la sua conformità alle disposizioni di legge e di regolamento comunitarie, nazionali e regionali, ai sensi della normativa vigente e del disciplinare dei lavori di Giunta approvato con DGR n. 336/2016;
- che il Dirigente generale Dipartimento proponente attesta che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio annuale e/o pluriennale regionale;

SU PROPOSTA del Presidente della Giunta regionale, On. Gerardo Mario Oliverio, a voti unanimi,

DELIBERA

per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

1. - di presentare al Consiglio regionale il disegno di legge recante <<Misure di razionalizzazione delle attività delle aziende del servizio sanitario regionale>>, di cui all'allegato *sub* <<A>>, unitamente alla relazione descrittiva di cui all'allegato *sub* <> e alla relazione tecnico-finanziaria di cui all'allegato *sub* <<C>>, allegati alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
2. - di trasmettere, avvalendosi della facoltà di iniziativa legislativa prevista dagli articoli 34, lettera g), e 39 dello Statuto della Regione Calabria, la presente deliberazione al Consiglio regionale, a cura del competente settore del Segretariato Generale;
3. - di disporre la pubblicazione in formato aperto del provvedimento sul BURC ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011 n. 11 e la contestuale pubblicazione in formato aperto sul sito istituzionale della Regione, ai sensi del d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33 e nel rispetto delle disposizioni di D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, a cura del Dirigente Generale del Dipartimento proponente.

IL SEGRETARIO GENERALE**IL PRESIDENTE**

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data **13 DIC. 2018** al Dipartimento/i interessato/i ☒ al Consiglio Regionale ☒

L'impiegato addetto

618 - 7 DIC. 2018**Disegno di legge: "Misure di razionalizzazione delle attività delle aziende del servizio sanitario regionale"****Articolo 1***(Razionalizzazione dell'offerta assistenziale per acuti)*

1. Al fine di migliorare l'offerta assistenziale, assicurare la razionalizzazione della spesa e l'ottimizzazione delle risorse, a decorrere dal 1° gennaio 2019 le funzioni relative all'assistenza ospedaliera per acuti erogate dai presidi ospedalieri spoke siti nelle province di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria sono attribuite alle Aziende Ospedaliere che operano nel rispettivo territorio.

2. Le risorse umane, strumentali e finanziarie che afferiscono ai presidi ospedalieri di cui al comma 1 sono trasferite alle Aziende Ospedaliere, che succedono nei relativi rapporti giuridici, attivi e passivi. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge i direttori generali delle Aziende interessate operano la ricognizione congiunta dei reciproci rapporti e l'imputazione di relativi oneri economici e le sottopongono ad approvazione della Giunta Regionale.

Articolo 2*(Razionalizzazione delle procedure concorsuali nelle Aziende del servizio sanitario)*

1. A decorrere dal 1° gennaio 2019 le procedure concorsuali per le assunzioni del personale delle Aziende del servizio sanitario regionale sono indette ed espletate su base regionale, fatti salvi profili di particolare specializzazione per i quali la Giunta Regionale può concedere apposite deroghe. La Giunta Regionale individua le Aziende alle quali affidare l'indizione e l'espletamento delle procedure su base regionale.

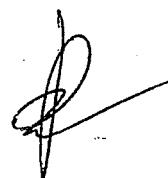
2. Le Aziende del servizio sanitario regionale sono obbligate ad utilizzare le graduatorie delle procedure concorsuali per l'assunzione svolte su base regionale, fatte salve le graduatorie delle procedure già espletate in corso di validità.

Articolo 3*(Clausola di invarianza finanziaria)*

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Articolo 4*(Entrata in vigore)*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.





REGIONE CALABRIA

Giunta RegionaleALLEGATO "B" ALLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 618 - 7 DIC. 2018
2018

Disegno di legge: <<**Misure di razionalizzazione delle attività delle aziende del servizio sanitario regionale**>>

RELAZIONE DESCRITTIVA

ai sensi dell'articolo 39 dello Statuto regionale

Il disegno di legge in oggetto attiene all'adozione delle misure di razionalizzazione delle attività delle aziende del servizio sanitario regionale.

Il testo normativo si sviluppa in quattro articoli.

Articolo 1: I presidi ospedalieri territoriali per acuti (spoke) vengono scorporati dalle Aziende sanitarie provinciali di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria e sono attribuiti alle Aziende Ospedaliere che operano nel rispettivo territorio. La razionalizzazione prospettata dalla norma è volta a garantire un'integrazione più efficace dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali e a favorire la collaborazione multidisciplinare tra i professionisti finalizzata ad omogeneizzare i comportamenti clinici funzionali e a garantire un miglioramento complessivo in termini di efficienza, continuità assistenziale, sicurezza, qualità e sostenibilità economica dei servizi.

La revisione dell'assetto istituzionale e organizzativo proposto, quindi, tende a favorire la nascita di un sistema ospedaliero per acuti caratterizzato da una più efficace integrazione e ad una migliore regolazione dell'accesso iniziale del paziente, evitando così trasferimenti e spostamenti successivi. Inoltre tale assetto favorisce maggiore efficienza nell'approccio sistemico, agendo l'unificazione organizzativa quale veicolo di trasmissione di informazioni che possono aiutare il MMG, lo specialista o lo stesso paziente ad identificare la struttura più idonea per lo specifico problema clinico.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie relativi ai presidi ospedalieri per acuti sono trasferite alle Aziende Ospedaliere, che subentrano nei rapporti giuridici attivi e passivi. I direttori generali delle Aziende interessate alla riorganizzazione operano una ricognizione da sottoporre all'approvazione della Giunta Regionale.

Sempre in un'ottica di efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa il disegno di legge prevede all'**articolo 2**, anche al fine di evitare i fenomeni discorsivi attualmente presenti nel sistema, che la procedure concorsuali siano svolte su base regionale, affidando alla Giunta l'individuazione delle Aziende alle quali affidarne la gestione e la concessione di deroghe per la selezione dei profili professionali di particolare specializzazione. La previsione normativa è volta a garantire la razionalizzazione delle attività concorsuali che, oggi frammentate, sono spesso generatrici di inefficienza e ritardi.

Le graduatorie approvate all'esito delle procedure predette saranno utilizzate da tutte le aziende, fatte salve le graduatorie ancora in corso di validità, come per legge.

Lo svolgimento unitario delle procedure concorsuali si rivela, altresì, quale strumento atto a garantire maggiore trasparenza ed uniformità di azione, anche attraverso l'utilizzo degli stessi criteri di valutazione sull'intero territorio regionale, in relazione ai profili professionali richiesti.

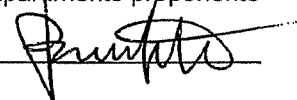
La proposta di legge, nel suo complesso, non implica alcun onere finanziario

per l'Amministrazione, così come previsto dall'**articolo 3** del disegno di legge medesimo.

Infine, l'**articolo 4** del disegno di legge regionale fissa la data di entrata in vigore della stessa.

Il Dirigente Generale del Dipartimento proponente

_____ timbro e firma



RELAZIONE TECNICA SULLE METODOLOGIE DI QUANTIFICAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

(Art. 38 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro Organismi, a norma degli articoli n. 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42")

Proposta di legge d'iniziativa della Giunta regionale: <<Misure di razionalizzazione delle attività delle aziende del servizio sanitario regionale>>

Tipologia della proposta di legge:

Il disegno di legge in oggetto scaturisce dall'esigenza di apportare modifiche a leggi regionali, al fine di adeguarle alle prescrizioni del Governo, in esecuzione degli impegni appositamente assunti, nel contesto del principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni.

Occorre, pertanto, presentare al Consiglio regionale il disegno di legge allegato *sub* <<A>> alla presente proposta deliberazione, quale parte integrante della stessa, recante <<Modifiche a leggi regionali a seguito di impegni assunti con il Governo in attuazione del principio di leale collaborazione>>.

Svolte tali premesse di carattere generale, si rinvia alla relazione di cui all'allegato <> per quanto concerne in dettaglio il contenuto dei singoli articoli che compongono il testo normativo in epigrafe.

Oneri finanziari:

Analisi quantitativa

(elementi e criteri adottati per la quantificazione degli oneri finanziari, anche con rappresentazione in una o più tabelle, eventuali oneri di gestione a carico della Regione indotti dagli interventi)

SCHEMA DI SINTESI

Articolo del progetto di legge	Oneri finanziari – Elementi e criteri
Articolo 1	€ 0,00 – La norma ha portata ordinamentale e non comporta, pertanto, spese a carico del bilancio regionale.
Articolo 2	€ 0,00 – La norma ha portata ordinamentale e non comporta, pertanto, spese a carico del bilancio regionale.
Articolo 3	€ 0,00 – l'articolo contiene la clausola di invarianza finanziaria
Articolo 4	€ 0,00 – l'articolo disciplina l'entrata in vigore della legge e non comporta, pertanto, spese a carico del bilancio regionale

Totale € 0,00

ARTICOLAZIONE PER ANNO, Missione, Programma e Titolo

Articolo del progetto di legge	Spesa corrente o in conto capitale	Oneri finanziari
Art.....		Euro
Art.....		Euro
Art.....		Euro
Art.....		Euro
Art.....		Euro

Missione	Programma	Titolo	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Note
			€	€	€	
			€	€	€	
		Totale	€	€	€	

- spesa annua a regime

- oneri di gestione

Aspetti procedurali ed organizzativi

(modalità e tempi di attuazione delle procedure e conseguenze dell'impatto sulla struttura organizzativa regionale della proposta di legge)

Copertura finanziaria:

Indicare con una crocetta la modalità di copertura finanziaria e compilare i relativi riferimenti contabili:

1 - ONERI A CARICO DELL'ESERCIZIO IN CORSO

1.1 Variazione al bilancio annuale vigente con riduzione dello stanziamento di altri Programmi:

- ☐ Utilizzo delle risorse stanziato nel fondo speciale per il finanziamento di provvedimenti legislativi in corso ☐
- Missione U.20 Fondi e accantonamenti - Programma U.20.03 Altri fondi – Macroaggregato 110
Altre spese correnti – Titolo 1 Spese correnti ☐
- Missione U.20 Fondi e accantonamenti - Programma U.20.03 Altri fondi – Macroaggregato 205
Altre spese in conto capitale – Titolo 2 Spese in conto capitale ☐
- ☐ Utilizzo di Programmi non relativi ai fondi speciali, ma concernenti interventi finanziari destinati ad altri settori di spesa ☐
- Programma n. _____

1.2 Variazione al bilancio annuale vigente con risorse reperite tramite nuove entrate o incremento di quelle previste in una determinata Tipologia:

- ☐ Titolo di Entrata _____, Tipologia _____ Categoria _____
- ☐ Incremento dello stanziamento di una Tipologia di entrata esistente ☐
- Tipologia n. _____

1.3 Copertura di minori entrate attraverso la riduzione di precedenti autorizzazioni di spesa:

- ☐ Programma n. _____ ☐

1.4 Imputazione esatta ad uno o più Programmi del bilancio pluriennale vigente:

- ☐ Programma n. _____ ☐

2. GLI ONERI SONO PREVISTI ANCHE (O SOLTANTO) A CARICO DEGLI ESERCIZI FUTURI e la copertura finanziaria si realizza attraverso:

2.1 Variazione al bilancio pluriennale vigente (annualità n+1 e n+2) con riduzione dello stanziamento di altri Programmi:

- ☐ Utilizzo delle risorse stanziato nel fondo speciale per il finanziamento di

provvedimenti legislativi in corso ☐

➤ Anno _____

➤ Missione U.20 Fondi e accantonamenti - Programma U.20.03 Altri fondi – Macroaggregato 110
Altre spese correnti – Titolo 1 Spese correnti ☐

➤ Missione U.20 Fondi e accantonamenti - Programma U.20.03 Altri fondi – Macroaggregato 205
Altre spese in conto capitale – Titolo 2 Spese in conto capitale ☐

☐ Utilizzo di Programmi non relativi ai fondi speciali, ma concernenti interventi finanziari destinati ad altri settori di spesa ☐

➤ Anno _____, Programma n. _____

2.2 Variazione al bilancio di previsione vigente (annualità n+1 e n+2) con risorse reperite tramite nuove entrate o incremento di quelle previste in una determinata Tipologie:

☐ Titolo di Entrata _____, Tipologia _____ Categoria _____

☐ Incremento dello stanziamento di una Tipologia di entrata esistente ☐

➤ Anno _____, Tipologia n. _____

2.3 Copertura di minori entrate attraverso la riduzione di precedenti autorizzazioni di spesa:

☐ Anno _____, Programma n. _____ ☐

2.4 Imputazione esatta ad uno o più Programmi del bilancio pluriennale vigente:

☐ Anno _____, Programma n. _____ ☐

3. RINVIO AI SUCCESSIVI BILANCI in quanto la proposta comporta oneri solo a partire dagli esercizi successivi e non contiene automatismi di spesa ☐

4. PRESENZA DELLA "CLAUSOLA DI NON ONEROSITA'" ☒

Il Dirigente del Settore _____

Il Dirigente Generale _____

IL DIRIGENTE GENERALE REGGENTE
(Dott. Filippa De Giallo)

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

(G.U. 4 giugno 2015, n. 127)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano", anziché "previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano";

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c), il quale dispone che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, secondo i parametri indicati dal medesimo articolo 15, comma 13, lettera c);

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (3), e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale;

Ritenuto necessario, per le finalità sopra individuate, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera;

Dato atto che il Ministero della salute si è avvalso, ai fini della redazione del documento tecnico, di cui all'allegato 1 al presente regolamento, della collaborazione della Commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, istituita con decreto del Ministro della salute 12 settembre 2012, e che la Commissione medesima ha discusso la tematica in questione nelle sedute del 2 e del 9 ottobre 2012;

Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 5 agosto 2014;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 15 gennaio 2015 che fa seguito al parere interlocutorio del 23 ottobre 2014;

Vista la nota prot. n. 919 del 9 febbraio 2015, con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento è stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

ADOTTA

il seguente regolamento:

(3) NDR: In G.U. è riportato il seguente riferimento normativo non corretto: «legge 23 agosto 1998, n. 400».

Art. 1. Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

1. Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera sono individuati nell'Allegato 1 che costituisce parte integrante del presente decreto.

2. Le regioni provvedono, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ad adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, nonché i relativi provvedimenti attuativi, garantendo, entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni.

3. Ai fini del calcolo della dotazione dei posti letti di cui al comma 2, in ciascuna regione:

a) si fa riferimento alla popolazione residente in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro-livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale di cui all'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;

b) il numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alla lettera a), è incrementato o decrementato nel modo che segue per tenere conto della mobilità tra regioni:

1. si calcola il costo medio per posto letto a livello nazionale, dividendo il costo complessivo nazionale dell'assistenza ospedaliera, contabilizzato nel modello economico LA consolidato regionale relativo all'anno 2012, per il numero dei posti letto effettivi che risultino attivi nei reparti ospedalieri al 1° gennaio 2013 e rilevati nei modelli utilizzati per la verifica annuale dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'Intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

2. si divide il costo medio del posto letto a livello nazionale per il valore finanziario del saldo di mobilità attiva e passiva riferito al flusso dei ricoveri di ciascuna regione, come riportato nella matrice della mobilità utilizzata per la determinazione del fabbisogno sanitario regionale per l'ultimo anno disponibile al fine di individuare il numero dei posti letto equivalenti utilizzati per la mobilità dei pazienti tra le regioni;

3. il numero di posti letto equivalenti viene moltiplicato per un coefficiente di 0,80, ridotto a 0,65 a decorrere dall'anno 2016;

4. l'allineamento alla dotazione attesa, nelle regioni in piano di rientro, avverrà progressivamente entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, nei tempi e con le modalità definite nei vigenti programmi operativi 2013-2015 ovvero nei piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del Servizio sanitario regionale, così come ridefiniti ai sensi dell'articolo 12 del nuovo patto per la salute 2014-2016;

c) sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nella relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione dei posti presso: le strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale, le strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (repertorio 30/CSR-2011), nonché le strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011). A tal fine le regioni certificano, con riferimento ai posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, il numero dei posti con costo giornaliero inferiore al valore soglia, il numero di quelli con costo giornaliero superiore al valore soglia, il numero di quelli con specifica finalità assistenziale come definita dalla presente lettera;

d) con successivo provvedimento programmatico regionale saranno adottate disposizioni dirette ad assicurare, nell'ulteriore processo di riassetto delle reti ospedaliere, il raggiungimento di 3,7 posti letto per mille abitanti in ciascuna regione, fermo restando il rispetto di tale parametro a livello nazionale.

4. In relazione al numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alle previsioni del comma 3, l'allineamento è realizzato e diventa vincolante in incremento, solo se necessario al fine di realizzare l'obiettivo di rispettare il tasso di ospedalizzazione del 160/1000 abitanti.

5. Il provvedimento regionale generale di cui al comma 2 è adottato in modo da:

a) procedere alla classificazione delle strutture ospedaliere in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1, prevedendo, per le strutture ospedaliere private, la soglia indicata nel punto 2.5 del medesimo paragrafo, ai fini dell'accreditabilità e della sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali;

b) adottare, nell'ambito delle procedure di accreditamento, le opportune iniziative affinché gli erogatori privati accreditati, ivi compresi gli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e della legge 26 novembre 1973, n. 817, trasmettano alla regione stessa, annualmente, il proprio bilancio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. Tale adempimento è previsto negli accordi contrattuali e nei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni il quale dispone che, tra i requisiti di accreditamento sia ricompresa, altresì, l'applicazione delle norme di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;

c) perseguire gli standard per disciplina indicati nel paragrafo 3 dell'Allegato 1, tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline e fatto salvo quanto previsto dai protocolli d'intesa università-regione limitatamente alle regioni che, avendo una popolazione inferiore ai due milioni di abitanti, ospitano una sola azienda ospedaliero-universitaria, alla data di emanazione del presente decreto, fermo restando il rispetto dello standard di dotazione dei posti letto di cui ai commi 2 e 3;

d) assumere come riferimento quanto indicato nel paragrafo 4 dell'Allegato 1, in materia di rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico, provvedendo, altresì, ad assicurare modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero e dando specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza;

e) applicare gli standard generali di qualità di cui al paragrafo 5 dell'Allegato 1;

f) applicare gli standard di cui al paragrafo 6.3 dell'Allegato 1, tenendo presenti le indicazioni contenute nel decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189;

g) tener conto degli ulteriori standard indicati nei paragrafi 6 e 7 dell'Allegato 1 in materia di standard organizzativi, strutturali e tecnologici e di standard per le alte specialità;

h) assicurare forme di centralizzazione di livello sovra-aziendale per alcune attività caratterizzate da economia di scala e da diretto rapporto volumi/qualità dei servizi, tra le quali alcune specifiche linee di attività del sistema trasfusionale, come previsto dall'Accordo Stato-regioni del 25 luglio 2012;

- i) articolare la rete ospedaliera prevedendo reti per patologia in base a quanto indicato nel paragrafo 8 dell'Allegato 1; adottare il modello denominato hub and spoke, previsto espressamente per le reti per le quali risulta più appropriato, ovvero altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica;
- l) adeguare la rete dell'emergenza urgenza alle indicazioni contenute nel paragrafo 9 dell'Allegato 1, anche prevedendo specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso, comunque nel rispetto degli standard di cui al comma 2;
- m) definire un documento che, tenendo conto di quanto riportato nel paragrafo 10 dell'Allegato 1, individua le regole di integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati;
- n) assumere come riferimento, nelle more dell'adozione di uno specifico accordo da sancire in sede di Conferenza tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, quanto indicato in materia di strutture per la chirurgia ambulatoriale nell'Appendice 2 dell'Allegato 1.

Art. 2. Clausola di invarianza finanziaria

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano il presente decreto senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale.

Art. 3. Regioni a statuto speciale e province autonome

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le regioni e le province autonome, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale esclusivamente con fondi del proprio bilancio, compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.

Il presente decreto munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare.

Allegato 1

1. Premessa, obiettivi ed ambiti di applicazione

1.1. I significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare in quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione del governo clinico e la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, nonché gli impegni che discendono dall'appartenenza alla comunità europea, anche a seguito dell'adozione della Direttiva EU/24/2011 sulla mobilità transfrontaliera e la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate.

Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona. Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale - che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni. Un tale cambiamento strutturale e organizzativo determina una

inevitabile redistribuzione delle risorse che può essere oggettivamente ed equamente effettuata attraverso la valutazione dei volumi e della strategicità delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici.

1.2. In tal senso l'art. 15, comma 13, lettera c) del d.l. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012 ha previsto la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, al fine di rendere la rete ospedaliera in grado di rispondere in maniera adeguata ai nuovi bisogni e alle nuove modalità del loro estrinsecarsi.

In questa logica, per promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza. La conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media ed del tasso di ospedalizzazione, consentirà che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del S.S.N. nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro, con l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui la rete dell'offerta è inserita.

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post-acute e riabilitative. In ogni caso, l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare. Tale logica di rete deve includere l'individuazione di poli d'eccellenza a livello nazionale e deve essere considerata in una visione solidaristica tra regioni per la soddisfazione dei casi di particolare complessità (come già avviene in campo trapiantologico). La rete assistenziale ospedaliera deve essere formalmente definita e resa nota ai cittadini.

La gestione dei posti letto deve avvenire pertanto con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza. E' raccomandata anche l'informatizzazione delle disponibilità dei posti letto per aree geografiche.

L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Le regioni avviano programmi di telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche ove ciò sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete.

1.3 Il presente documento, fermi restando i criteri di accreditamento già fissati dalle singole regioni in riferimento alle singole strutture pubbliche e private, nonché quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, definisce le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità clinico - assistenziale della struttura ed alla sua

interazione sinergica nell'ambito della rete assistenziale territoriale, fissando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e promuovendo l'ampliamento degli ambiti dell'appropriatezza, efficacia, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure.

In materia di qualità e sicurezza strutturale si applicano i contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture.

Per quanto attiene alle strutture sanitarie pubbliche si richiamano gli standard sulle unità operative semplici e complesse, approvati nella seduta del 26 marzo 2012 dal Comitato ex art. 9 dell'Intesa Stato regioni del 23 marzo 2005, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, lettera b) del patto per la salute 2010-2012.

1.4 Per promuovere un uso appropriato dell'ospedale, ai fini di migliorare la qualità dell'assistenza offrendo al paziente la giusta intensità di cura per le sue condizioni cliniche, nel contesto assistenziale più rispondente ai suoi bisogni, è indispensabile che le regioni, nel recepire i contenuti del presente provvedimento, adottino anche un atto di indirizzo per le aziende ed enti del Servizio sanitario regionale nonché per le strutture private accreditate, relativo a specifici criteri per l'ammissione ai trattamenti ospedalieri sia di elezione che in condizioni di emergenza-urgenza.

I criteri dovranno essere definiti con Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto di linee guida elaborate da un tavolo tecnico che verrà istituito entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto presso il Ministero della salute, composto da rappresentanti del Ministero stesso, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.nas), regioni e province autonome.

Le linee guida dovranno fornire indicazioni, in modo che i criteri di ammissione ai trattamenti ospedalieri siano:

a) finalizzati a valutare e selezionare i pazienti ai fini dell'ammissione sotto il profilo di:

- severità della condizione clinica/evento morboso/trauma che ha portato il paziente in ospedale
- intensità/complessità dell'assistenza necessaria.

b) specificamente definiti per l'ammissione in:

- ricovero ordinario in strutture/UO ospedaliere per acuti
- ricoveri diurni in strutture/UO ospedaliere per acuti
- ricoveri ordinari in strutture/UO ospedaliere per lungodegenza
- ricoveri ordinari in strutture/UO ospedaliere per riabilitazione
- ricoveri diurni in strutture/UO ospedaliere per riabilitazione
- osservazione breve

1.5 Le regioni nell'adottare la riorganizzazione della rete ospedaliera nel rispetto della dotazione di posti letto (p.l.) previsti dalla citata legge 135/2012, assumono come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. In tal senso, ai fini del corretto calcolo del tasso di ospedalizzazione, per ogni trasferimento del paziente ad altro tipo di attività o regime di ricovero, si richiamano le indicazioni già operanti a livello nazionale in materia di compilazione di distinte schede di dimissione ospedaliera nel passaggio da un'attività/ regime di ricovero ad altro, ad es. da ricovero ordinario a ricovero diurno o da ricovero per acuti a ricovero in recupero e riabilitazione funzionale o lungodegenza.

2.1. La programmazione regionale provvede alla definizione delle rete dei posti letto ospedalieri per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni entro il limite di 3 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalità di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto ed in base alla classificazione di cui ai successivi punti 2.2 e seguenti, declinata secondo l'organizzazione per complessità e intensità di cura.

L'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti, tramite un modello in rete organizzato in base alle specificità di contesto, concorre a rispondere in maniera appropriata agli obiettivi individuati nel precedente paragrafo. Le strutture ospedaliere, comprese quelle in cui non tutte le specialità previste nei presidi sono dotate di posti letto dedicati, prevedono tre livelli a complessità crescente.

2.2 I presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto dal successivo punto 9.2.2, sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva".

2.3 I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

2.4 I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliere universitarie, a taluni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e a Presidi di grandi dimensioni della Azienda sanitaria locale (ASL). Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, quali a titolo indicativo, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza di cui al successivo punto 3.: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità; devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con almeno T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Nelle regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti, con uno scostamento del 6%, l'attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del bacino di utenza sopra indicato. Tale accordo interregionale va stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

2.5 Il provvedimento regionale generale di cui all'articolo 1, comma 2, del presente decreto, stabilisce che, fermo restando che l'attività assistenziale esercitata per conto del Servizio sanitario nazionale viene annualmente programmata dalla regione con la fissazione dei volumi di attività ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale, considerando la presenza delle specialità previste per i tre livelli a complessità crescente di cui ai punti 2.2, 2.3 e 2.4, e può prevedere, altresì, strutture con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera, stabilendo altresì che, a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle

strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti secondo le modalità di cui all'ultimo periodo del presente punto. Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera, per le strutture accreditate già esistenti alla data del 1° gennaio 2014, che non raggiungono la soglia dei 60 posti accreditati per acuti, anche se dislocate in siti diversi all'interno della stessa regione, sono favoriti i processi di riconversione e/o di fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento da realizzarsi entro il 30 settembre 2016 in modo da consentirne la piena operatività dal 1° gennaio 2017. In questi casi, con riferimento al nuovo soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento, la soglia dei p.l. complessivi non può essere inferiore a 80 p.l. per acuti e le preesistenti strutture sanitarie che lo compongono devono assicurare attività affini e complementari. Di norma, il processo di fusione delle suddette strutture deve privilegiare l'aggregazione delle stesse in unica sede e, preliminarmente, ciascuna struttura oggetto di aggregazione finalizzata alla costituzione del nuovo soggetto accreditato deve possedere una dotazione di p.l. autorizzati e accreditati non inferiore a 40 posti letto per acuti. Gli eventuali processi di rimodulazione delle specialità delle strutture accreditate verranno effettuati in base alle esigenze di programmazione regionale. Conseguentemente, dal 1° luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti. Dal 1° gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non sono state interessate dalle aggregazioni di cui al precedente periodo. Con specifica Intesa in Conferenza Stato-regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti.

2.6 La programmazione regionale provvede ad attribuire ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, anche monospecialistici, funzioni di lungodegenza e riabilitazione, entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalità di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto, di cui almeno 0,2 per la lungodegenza. Le funzioni della riabilitazione ospedaliera sono quelle indicate dal documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprensivi dei posti letto di neuro riabilitazione entro un limite di 0,02 p.l. per mille abitanti.

2.7 I processi di riconversione al trattamento dei pazienti post-acuti delle strutture per acuti da disattivare ai sensi del punto 2.5, sono attuati nel rispetto dello standard fissato dal presente provvedimento per la lungodegenza e la riabilitazione.

3 Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

3.1 Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.

Pertanto, sulla base del tasso di ospedalizzazione atteso (160/1000 abitanti) di ricoveri appropriati, facendo riferimento alle regioni con migliore performance sui tassi di ospedalizzazione, suddividendo per singola disciplina il tasso complessivo, si sono individuati i tassi di ospedalizzazione attesi per disciplina o specialità clinica ed i relativi bacini di utenza. Per i servizi senza posti letto si fa riferimento a volumi di prestazione attesi in appropriatezza ed efficienza dimensionale.

L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera pertanto deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di seguito indicati, laddove le regioni non dimostrino di avere già strutturato una rete, con caratteristiche di efficacia e appropriatezza, con un numero di strutture inferiore allo standard previsto.

Disciplina o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
Descrizione	Bacino max	Bacino min	Bacino max	Bacino min
Allergologia				

Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15
Cardiochirurgia infantile	6	4		
Cardiochirurgia	1,2	0,6		
Cardiologia	0,3	0,15		
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)			0,6	0,3
Chirurgia generale	0,2	0,1		
Chirurgia maxillo-facciale	2	1		
Chirurgia pediatrica	2,5	1,5		
Chirurgia plastica	2	1		
Chirurgia toracica	1,5	0,8		
Chirurgia vascolare	0,8	0,4		
Ematologia	1,2	0,6		
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	1,2	0,6		
Immunologia e centro trapianti			4	2
Geriatrics	0,8	0,4		
Malattie infettive e tropicali	1,2	0,6		
Medicina del lavoro	2	1		
Medicina generale	0,15	0,08		
Nefrologia	1,2	0,6		
Neurochirurgia	1,2	0,6		
Neurologia	0,3	0,15		
Neuropsichiatria infantile	4	2		
Oculistica	0,3	0,15		
Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4		
Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1		
Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15		
Otorinolaringoiatria	0,3	0,15		
Pediatria	0,3	0,15		
Psichiatria	0,3	0,15		
Tossicologia			6	4
Urologia	0,3	0,15		
Grandi ustionati	6	4		
Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2		
Terapia intensiva	0,3	0,15		
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	0,3	0,15		
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	0,3	0,15		
Dermatologia	1,2	0,6		
Emodialisi			0,6	0,3
Terapia del dolore	4	2,5	0,5	0,3
Farmacologia clinica			n/a	
Recupero e riabilitazione funzionale*				
Fisiopatologia della riproduzione umana	4	2		
nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia				
Gastroenterologia	0,8	0,4		
Lungodegenti	0,15	0,08		
Medicina nucleare**	4	2	1,2	0,6
Neonatologia	1,2	0,6		
Oncologia	0,6	0,3	0,3	0,15
Oncoematologia pediatrica	4	2		
Oncoematologia (vedere Ematologia)	0			
Pneumologia	0,8	0,4		
Radiologia			0,3	0,15
Radioterapia (vedere radioterapia oncologica)				
Reumatologia	1,2	0,6		
Terapia intensiva neonatale	1,2	0,6		
Radioterapia oncologica			1,2	0,6
Neuroriabilitazione	1,2	0,6		
Neurochirurgia pediatrica	6	4		

Nefrologia pediatrica	6	4
Urologia pediatrica	6	4
Anestesia e rianimazione (vedere terapia intensiva)		
Farmacia ospedaliera	0,3	0,15
Laboratorio d'analisi	0,3	0,15
Microbiologia e virologia	1,2	0,6
Fisica sanitaria	1,2	0,6
Servizio trasfusionale***	0,3	0,15
Neuroradiologia	2	1
Genetica medica	4	2
Dietetica/dietologia	1,2	0,6
Direzione sanitaria di presidio	0,3	0,15

*: le soglie minima e massima verranno definite con un documento elaborato da apposito tavolo Ministero/regioni

** : Vanno previsti p.l. protetti in base al d.Lgs. 187/2000

***: i bacini di utenza devono essere coerenti con le previsioni dell'Accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2010 e del 25 luglio 2012, con riferimento alle attività di preparazione e trattamento degli emocomponenti.

Nota: Alcune specialità cliniche possono essere gestite con una unica struttura organizzativa (a titolo di esempio, nefrologia e dialisi). Per alcune specialità (ad esempio geriatria e medicina generale, neuropsichiatria infantile pediatria e psichiatria) le regioni potranno rimodulare i posti letto, sulla base della domanda di salute, fermo restando il numero complessivo dei posti letto.

La tabella rappresenta un documento unico in cui si trattano l'organizzazione e il dimensionamento delle tre reti principali del sistema sanitario: Emergenza-urgenza, Ospedaliera e Territoriale.

Nell'ambito della rete ospedaliera è stata articolato il dimensionamento delle diverse discipline in dipendenza del bacino di utenza. Il bacino di utenza della singola disciplina è stato calcolato sulla base delle patologie normalmente trattate dalla disciplina, della frequenza delle patologie nella popolazione e della numerosità minima di casi per motivare un reparto ospedaliero con un Direttore di struttura complessa. Un altro parametro preso in considerazione è la necessità di una corretta articolazione dei presidi ospedalieri nella rete di Emergenza-urgenza, in particolare per i Dipartimenti di Emergenza-urgenza (DEA) di primo e di secondo livello che formano la "dorsale" di questa rete.

Il percorso per l'applicazione della tabella di cui sopra è il seguente:

1. identificazione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere di acuzie e lungodegenza e riabilitazione post-acuzie applicando criteri di appropriatezza sui ricoveri effettivamente erogati e con una eventuale correzione per la mobilità in considerazione dei volumi di attività dell'Emergenza-urgenza, in ambito Ospedaliero e Territoriale, fermo restando le attività di ricovero di alcune regioni virtuose;
2. calcolo del numero corrispondente di posti letto normalizzati (pubblico e privato) presupponendo un utilizzo efficiente di ciascun posto letto (tipicamente un utilizzo medio tra l' 80% e il 90% durante l'anno); il calcolo è effettuato per una sua applicazione sia per l'intera regione sia per le aree omogenee della regione ed è articolato anche per singola specialità;
3. disegno della rete ospedaliera (pubblica e privata), partendo dai presidi e dalle specialità necessarie a garantire la rete di Emergenza-urgenza e definendo il bacino di utenza di ciascuna specialità, il fabbisogno di prestazioni ospedaliere e di posti letto normalizzati relativi nonché le strutture pubbliche e private esistenti;
4. la regione, nel definire il modello organizzativo dei singoli presidi, provvederà ad assicurare modalità di integrazione aziendale e interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello per intensità di cure.

L'applicazione del percorso sopra definito prevede dati in riduzione rispetto ai parametri relativi ai posti letto esistenti al momento (4,0 p.l. per mille abitanti di cui 0,7 p.l. per le discipline di lungodegenza e riabilitazione post-acuzie) per rendere i medesimi dati coerenti con la riduzione al 3,7. La riduzione del fabbisogno di posti

letto deriva sia dal percorso di appropriatezza che prevede una conversione di ricoveri ordinari in day hospital e prestazioni territoriali e la conversione di ricoveri in day hospital in prestazioni territoriali, sia dal calcolo dei posti letti normalizzati nel caso di scarso utilizzo dei posti letti esistenti. Il numero di strutture complesse ospedaliere risultanti è anche perfettamente compatibile con l'orientamento del Ministero della salute (17,5 p.l. per Struttura Complessa previsto dal Comitato LEA) ed è riferibile ad ogni singola disciplina.

Inoltre, l'introduzione di soglie di volume minime comporterà un'ulteriore riduzione di posti letto, in particolare per le strutture complesse delle discipline chirurgiche, che nelle regioni in piano di rientro si aggira sul 25% mentre nelle restanti regioni è di circa il 10%. Per l'area medica la riduzione è minore, ma comunque significativa per la rete Cardiologica.

Per quanto concerne le strutture complesse senza posti letto (laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, centro trasfusionale, direzione sanitaria, farmacia ospedaliera, ecc.) si è identificato, sulla base delle prestazioni attese, nonché della necessità della presenza di tali discipline nei Dea di I livello, un bacino di utenza tra 150.000/300.000 abitanti.

La variabilità dei bacini di utenza tiene conto dei tempi di percorrenza dei cittadini, calcolata anche con la metodologia di analisi e di rappresentazione grafica (c.d. georeferenziazione) e quindi, le regioni dovranno utilizzare i bacini minimi in presenza di territori a bassa densità abitativa e quelli massimi in caso opposto.

3.2 I parametri sopra indicati tengono conto della necessità, per l'alta specialità, di offrire una buona qualità di prestazioni, attraverso una concentrazione in un numero limitato di presidi con un ampio bacino d'utenza per ciascuna struttura organizzativa. Esempi di queste discipline sono i grandi ustionati, la cardiocirurgia, alcune specifiche attività di analisi e di preparazione del sistema trasfusionale. Normalmente esse trovano posto in una o più strutture, oppure possono essere dislocate nell'ottica di un'area di utenza maggiore della regione ed essere oggetto di contrattazione tra regioni confinanti, da definirsi secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014 - 2016. Altre discipline sono di media diffusione e sono presenti presso una o più strutture nell'ambito di ciascuna area geografica. Le discipline ad alta ed altissima diffusione sono quelle che rappresentano l'offerta base di ogni presidio ospedaliero pubblico.

Nella determinazione del numero di posti letto per disciplina, la programmazione regionale può seguire il seguente percorso:

1. identificare, partendo dai ricoveri appropriati per ciascuna disciplina, il tasso di ospedalizzazione che, prendendo in considerazione la composizione 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. determinare, sulla base dei ricoveri appropriati e della programmazione regionale, la quota dei ricoveri fornita dagli erogatori pubblici;
6. calcolare il numero di posti letto atteso nelle strutture pubbliche e nelle strutture private.

Nelle regioni con popolazione inferiore ai valori soglia del bacino di utenza per specifica disciplina sopra indicati, l'attivazione o la conferma, nei propri presidi ospedalieri pubblici o privati accreditati, di strutture operative della specifica disciplina è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del relativo bacino di utenza, secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014 - 2016.

4.1. La necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, comporta necessariamente una riconversione di servizi, strutture ed ospedali, per far fronte ai mutati bisogni sociali, demografici ed epidemiologici, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere. In tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti.

L'unità di riferimento per valutare opzioni di razionalizzazione della rete ospedaliera è rappresentata dai volumi di attività specifici per processi assistenziali (percorsi diagnostico-terapeutici) e l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, a cui deve fare seguito un coerente numero di posti letto, nel contesto di un efficace sistema di governo dell'offerta.

4.2 Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per:

a) Chirurgia del Cancro Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica

b) Procedure chirurgiche: Colectomia; Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, By pass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori, Artroplastica ginocchio e anca, frattura femore

c) Processi e percorsi diagnostico-terapeutici: Terapia intensiva neonatale (TIN) e Maternità; Infarto del miocardio

4.3 Per queste e per altre attività cliniche, procedure e percorsi diagnostico terapeutici, la revisione sistematica continua della letteratura scientifica consentirà di identificare ed aggiornare continuamente le conoscenze disponibili sulla associazione tra volumi di attività e qualità delle cure. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.nas), avvalendosi di specifiche competenze scientifiche, ha la funzione di aggiornare costantemente le conoscenze disponibili sul rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure.

4.4 Per le attività cliniche di cui alle lettere a) e b) del punto 4.2, le unità di riferimento dei volumi di attività sono attualmente le unità operative complesse e, quando saranno disponibili i dati della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) opportunamente modificata, i singoli operatori. Per le attività di cui alla lettera c) dello stesso punto, le unità di riferimento sono gli istituti di cura ospedalieri.

4.5 Per numerosi percorsi diagnostico-terapeutici, procedure ed attività cliniche, sono misurabili sistematicamente gli esiti e possono essere identificati valori di rischio di esito, al di sotto (per gli esiti positivi) o al di sopra (per gli esiti negativi) dei quali, alle strutture (Unità operative complesse-UOC o ospedali, ove applicabile) non possono essere riconosciuti i requisiti di accreditamento specifici. Per le attività ospedaliere per le quali è definita l'associazione volumi-esiti, ma la letteratura scientifica non consente di identificare in modo univoco soglie di volume al di sotto delle quali non possono aversi sufficienti garanzie di efficacia e sicurezza, le soglie minime possono essere, tuttavia, scelte sulla base di criteri di costo-efficacia e in rapporto con i fabbisogni specifici.

Il rapporto osservato tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità specifica di strutture per ciascun valore del rapporto tra volumi ed esiti, consente di effettuare valutazioni di impatto per la scelta di soglie di volume e soglie di esiti.

4.6 Sia per volumi che per esiti, le soglie minime identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche, possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, verranno definiti i valori soglia per volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori, e soglie per rischi di esito. A tal fine si prevede di istituire, presso Age.nas, un tavolo tecnico composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome, che provvederà anche a formulare proposte per l'aggiornamento periodico delle soglie di volume e di esito sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, da recepire come integrazione del presente decreto.

Le soglie identificate si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati. Nelle more di tali definizioni anche di tipo qualitativo, tenuto conto altresì degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture, si definiscono valide le seguenti soglie minime di volume di attività:

Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMA-STEMI)
Maternità	si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010

e le seguenti soglie di rischio di esito:

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età >= 65 anni	minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti	massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%
Intervento di By pass aorto-coronarico isolato, mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%;
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%

4.7 Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, nella attuazione delle procedure di riconversione e di accreditamento della rete ospedaliera in applicazione dei criteri di cui sopra, le regioni e le province autonome dovranno:

- identificare, in relazione alle risorse disponibili, le strutture (Ospedali ed Unità Operative in relazione allo specifico requisito) che possono svolgere le funzioni assistenziali identificate, per garantire le soglie di volume e di esito stabilite;
- definire modalità e tempi di attuazione degli interventi di riconversione;
- identificare strutture (Ospedali ed Unità Operative in relazione allo specifico requisito) per le quali, in relazione alle risorse disponibili, non sono determinabili condizioni ed interventi che consentano il rispetto dei requisiti di volume ed esito rispetto al volume complessivo e di attività e per le quali pertanto si determinano le condizioni per la disattivazione;
- adottare procedure di controllo e audit clinici ed organizzativi per prevenire i fenomeni opportunistici di selezione dei pazienti e/o di inappropriately, prevedendo le relative misure sanzionatorie;
- adottare misure per regolare l'ingresso nel sistema di nuove strutture erogatrici, in particolare per quanto riguarda i tempi per la verifica dei requisiti di volume e di esito.

Le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma nazionale esiti (PNE) di Age.nas ai sensi del comma 25 bis dell'art. 15 della legge 135/2012.

5.1 I requisiti di autorizzazione e di accreditamento definiti dalle regioni in attuazione del DPR 14.01.1997 e delle successive disposizioni regionali in materia, nonché in attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, sono applicati ed eventualmente integrati, per le finalità del presente provvedimento, tenendo conto delle indicazioni che seguono.

5.2 E' necessario promuovere ed attivare standard organizzativi secondo il modello di governo clinico (Clinical Governance), per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile, centrato sui bisogni della persona. Le strutture ospedaliere applicano le dimensioni del governo clinico, secondo linee di indirizzo e profili organizzativi. Tali linee di indirizzo, adottate con Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, verranno-elaborate, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da un tavolo tecnico istituito presso il Ministro della salute, composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome; le linee di indirizzo dovranno comprendere almeno gli ambiti di seguito specificati, ordinati per livelli organizzativi e assicurando un programma di valutazione sistematico.

5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello

Lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di:

Gestione del rischio clinico

- Sistema di segnalazione degli eventi avversi
- Identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (c.d. Checklist operatoria) e Scheda unica di terapia
- Sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani
- Programmi di formazione specifica.

Medicina basata sulle evidenze e Valutazione delle tecnologie Sanitarie

- Implementazione di linee guida e definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici
- Acquisizione delle valutazioni delle tecnologie sanitarie prodotte a livello nazionale ed internazionale
- Partecipazione a reti di valutazione delle tecnologie sanitarie, facenti capo alla rete nazionale di valutazione delle tecnologie sanitarie, coordinata dalla Age.nas.

Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche

- Misurazione della performance clinica e degli esiti
- Audit Clinico
- Valutazione della qualità percepita dell'assistenza dai cittadini/pazienti

Documentazione sanitaria, Comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente

- Integrazione dei sistemi informativi relativi alla trasmissione di informazioni sia di carattere gestionale che sanitario

- Disponibilità delle informazioni da rendere ai cittadini via web o con altri metodi di comunicazione
- Procedure di comunicazione con i pazienti per il coinvolgimento attivo nel processo di cura

Formazione continua del personale

- Rilevazione e valutazione sistematica dei bisogni formativi, con particolare attenzione alla introduzione di innovazioni tecnologiche ed organizzative nonché all'inserimento di nuovo personale
- Valutazione dell'efficacia dei programmi formativi attuati

5.4. Standard per le strutture di II Livello

Le strutture di II livello, oltre a garantire quanto previsto per le strutture di I livello, svolgono ruolo di promozione e sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili ad altre strutture di I/II livello in ambito regionale e nazionale.

Gli standard individuati devono essere periodicamente aggiornati in base alle conoscenze e alle evidenze scientifiche che si renderanno disponibili.

6. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali

6.1 I requisiti di autorizzazione e di accreditamento definiti dalle regioni in attuazione del DPR 14.01.1997 e delle successive disposizioni regionali in materia sono applicati ed eventualmente integrati, per le finalità del presente provvedimento, nonché in attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, tenendo conto delle indicazioni che seguono.

6.2 Nei presidi ospedalieri il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale non può superare il valore del 7 per cento.

6.3 Ogni struttura, tenendo anche conto del suo interfacciamento con la componente impiantistica e con le attrezzature, ha l'obbligo del rispetto, assicurato con controlli periodici, dei contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture con riferimento a:

- protezione antisismica;
- antincendio;
- radioprotezione
- sicurezza per i pazienti, degli operatori e soggetti ad essi equiparati;
- rispetto della privacy sia per gli aspetti amministrativi che sanitari;
- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza delle attrezzature biomedicali;
- graduale sostenibilità energetico-ambientale in termini di riduzione dei consumi energetici;
- smaltimento dei rifiuti;
- controlli periodici per gli ambienti che ospitano aree di emergenza, sale operatorie, rianimazione e terapie intensive e medicina nucleare;

- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza degli impianti tecnici e delle attrezzature biomedicali;
- controllo periodico della rispondenza delle opere edilizie alle normative vigenti.

6.4 Va promossa una completa informatizzazione delle procedure e dei servizi, compresa la gestione dei rapporti con il pazienti e prestatori di assistenza (c.d. caregiver) informali per il monitoraggio e consulenza on-line.

7. Standard specifici per l'alta specialità

Per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero per acuti per le attività assistenziali contemplate nel decreto ministeriale 29 gennaio 1992, si fa riferimento a quanto indicato nell'Allegato C dello stesso decreto, ovvero alle intervenute disposizioni nazionali o regionali in materia, nelle more della definizione di standard specifici da parte di un tavolo tecnico, da costituire presso il Ministro della salute, composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome, con il compito di elaborare un documento contenente una proposta di aggiornamento del predetto decreto ministeriale, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

8. Reti ospedaliere

8.1. Aspetti generali

8.1.1. 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 acuti con l'attività territoriale:

- rete infarto
- rete ictus
- rete traumatologica
- rete neonatologica e punti nascita
- rete medicine specialistiche
- rete oncologica
- rete pediatria
- rete trapiantologica
- rete terapia del dolore
- rete malattie rare

Per la definizione delle reti sopra elencate le regioni adottano specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-regioni sulle rispettive materie. Relativamente alle reti sopra elencate, per le quali non siano disponibili linee guida e raccomandazioni, è istituito uno specifico tavolo tecnico presso Age.nas composto da rappresentanti del Ministero della salute, di Age.nas, regioni e province autonome, con il compito di definire entro un anno dalla data di approvazione del presente decreto le relative linee guida e raccomandazioni, nonché di aggiornare quelle già esistenti, da sancire tramite Accordi in sede di Conferenza Stato-regioni.

Le regioni considerano, altresì, le indicazioni provenienti dall'Unione europea finalizzate a sollecitare specifici percorsi di integrazione terapeutico-assistenziali quali ad es. quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso le unità mammarie interdisciplinari (breast unit), nonché di quelle di cui al documento di indirizzo nazionale avente ad oggetto la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia, elaborato dal gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della salute, regioni e province autonome, esperti di Age.nas e di società scientifiche. Nell'ambito dell'implementazione delle reti oncologiche, le regioni considerano la necessità di migliorare la qualità della vita delle persone malate di cancro, assicurando loro cure riabilitative e cure palliative anche in ambito pediatrico. In coerenza con gli atti di indirizzo dell'Unione europea, presso i centri di oncologia deve essere assicurato adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato.

Nel presente documento vengono fornite direttamente indicazioni solo per le reti tempo-dipendenti.

8.2 Indicazioni per le reti ospedaliere per le patologie complesse tempo-dipendenti

Sulla base dell'impatto sanitario della patologie tempo-dipendenti, in questa prima fase, si fa riferimento alla rete per le emergenze cardiologiche, alla rete per il trauma ed identificati gli standard dei Centri per il trattamento di pazienti con politrauma, alla rete per l'ictus.

8.2.1 Rete per le emergenze cardiologiche

I documenti di consenso delle Società scientifiche e la Società Europea di Cardiologia sottolineano come, per la gestione ottimale del paziente con infarto miocardico acuto (IMA), sia necessario un modello organizzativo coordinato di assistenza territoriale in rete. La rete per l'infarto miocardico acuto (IMA) rappresenta, pertanto, l'attuale standard di cura per l'infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI).

La rete rappresenta il sistema organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA, che integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza con il territorio e con ospedali a diversa complessità assistenziale, la cui interconnessione è assicurata da un adeguato sistema di trasporto.

La rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con STEMI pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Le principali finalità sono:

- ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;
- assicurare al paziente il sistema di riperfusione più efficace, disponibile su tutto il territorio regionale;
- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione elettrocardiografica a distanza, in primis, da parte del 118;
- migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il modello organizzativo adottato è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 cui si affianca una rete inter-ospedaliera coordinata, di tipo hub and spoke, con adeguamento agli standard previsti, ovvero una unità di emodinamica per un bacino di utenza di 300.000 - 600.000 abitanti (vedi tabella delle strutture complesse, capitolo 3).

Questo modello è già consolidato in numerose realtà italiane ed è suggerito dal documento di consenso delle Società scientifiche italiane di Cardiologia. Si tratta di una rete di intervento che parte dal territorio e si coniuga efficacemente con un'organizzazione inter-ospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati (diretti, intra- ed inter-ospedalieri) concordati, utilizzando servizi ed ospedali con funzioni differenziate per livelli di competenza e di risorse e valorizzando l'importanza e la "pari dignità" di ogni ruolo e di ogni intervento.

8.2.2 Rete per il Trauma

Al fine di ridurre i decessi evitabili è necessario attivare un Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in: Presidi di pronto soccorso per traumi (PST), Centri traumi di zona (CTZ), Centri traumi di alta specializzazione (CTS). Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata "hub and spoke", che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub), fortemente integrati con i centri periferici (spoke).

Sono integrati, inoltre, con centri che svolgono funzioni particolarmente specifiche, concentrate in un unico Centro regionale o in centri sovra-regionali: Centro Grandi Ustionati, Unità Spinali Unipolari e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Centro per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni.

8.2.2.1 Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST): si colloca in un ospedale con pronto soccorso generale e garantisce, prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria.

8.2.2.2 Centro traumi di zona (CTZ): si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Personale addestrato alla gestione del trauma
- Area attrezzata di accettazione per il trauma (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie
- Chirurgia generale
- Anestesia e Rianimazione
- Medicina d'urgenza
- Ortopedia
- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT
- Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale
- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato

8.2.2.3 Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS): ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000-4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono più Regioni. Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata.

Afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di DEA di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza-urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST).

Identifica e tratta sulle 24 ore, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche, svolte in centri regionali/sovra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni).

Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici
- T.A.C., angiografia interventistica nelle immediate adiacenze
- Sale operatorie h.24
- Attivazione sulle 24 ore della Chirurgia di controllo del danno, c.d. Damage Control Surgery Medicina d'Urgenza
- Chirurgia Generale e d'Urgenza
- Anestesia-Rianimazione
- Rianimazione pediatrica, laddove prevista l'accettazione pediatrica
- Ortopedia
- Neurochirurgia
- Radiologia con possibilità interventistica
- Laboratorio e Centro trasfusionale

Inoltre devono essere presenti specialità quali cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia.

8.2.3 Rete per l'ictus

Per garantire il miglior approccio alle problematiche dell'ictus e pervenire ad una presa in carico complessiva del paziente, si individua un percorso che prevede 3 fasi:

- fase pre-ospedaliera
- fase ospedaliera
- fase post-ospedaliera

Vengono in questo decreto definiti gli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus (Stroke unit) e le strutture dedicate alla gestione dei pazienti con ictus cerebrale acuto, prevedendo 2 livelli.

8.2.3.1 Unità ospedaliera per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d.Stroke Unit(SU) di I livello o areastroke

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura della maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, dei seguenti standard:

- Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura
- Un neurologo dedicato e Personale infermieristico dedicato
- Almeno un posto letto con monitoraggio continuo
- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale)
- Terapia fibrinolitica endovenosa
- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico)
- Disponibilità h.24 di Tomografia computerizzata (TC) cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati e/o Risonanza magnetica (RM) encefalo, Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), angio-RM
- Diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, ecodoppler dei tronchi sovra-aortici (TSA) ed ecocardiografia
- Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o più strutture riabilitative.

8.2.3.2 Unità ospedaliera per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d.Stroke Unitdi II livello

La Stroke Unit di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per le Stroke Unit di I livello, deve garantire i seguenti standard:

- Personale dedicato h.24
- Neuroradiologia h.24 con TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale. Apparecchio da 1,5 Tesla per Risonanza magnetica (RM), Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), Risonanza magnetica con immagini pesate in perfusione (RM-PWI) e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione
- Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel h.24
- Neurochirurgia h.24
- Chirurgia vascolare h.24
- Angiografia cerebrale
- Fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza), trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- e intracranico,
- Embolizzazione di malformazioni artero-venose, aneurismi, endoarteriectomia (urgenza)
- Craniotomia decompressiva

- Clipping degli aneurismi

9. Rete dell'emergenza urgenza

Il sistema dell'emergenza urgenza opera attraverso le centrali Operative 118, la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera.

9.1 Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso.

9.1.1 Centrale operativa

La CO effettua la valutazione del grado di complessità dell'intervento necessario, definendo il grado di criticità dell'evento e, conseguentemente, attiva l'intervento più idoneo, utilizzando i codici colore gravità.

Le centrali operative gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate con medico ed infermiere a bordo, le automediche (i mezzi avanzati di base con infermiere e medico, le ambulanze di base con personale soccorritore certificato), in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non, che in forma continuativa o estemporanea intervengono nel soccorso sanitario. Tra i mezzi di soccorso l'eliambulanza, che rappresenta un mezzo integrativo e non alternativo delle altre forme di soccorso, deve essere usata in quelle situazioni tempo-dipendenti o legate a particolari condizioni assistenziali o a realtà territoriali disagiate (isole, zone montane).

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard che verranno indicati, per le tipologie dei mezzi non ancora identificati nel presente documento, in sede di Conferenza Stato-regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali, entro sei mesi dalla data di approvazione del presente decreto.

Sulla base dell'esperienza organizzativa e gestionale maturata, nonché degli investimenti informatici, nelle tecnologie di supporto con importanti contributi di modernità ed efficienza, si ritiene percorribile una revisione organizzativa che preveda una centrale operativa con un bacino di riferimento orientativamente non inferiore a 0,6 milioni ed oltre di abitanti o almeno una per regione /provincia autonoma.

La regione stabilisce quali Centrali operative mantengono funzioni operative sovrazionali per l'elisoccorso, trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie, considerando la organizzazione comune con regioni viciniori per funzioni a basso volume di attività.

La configurazione dei dati raccolti deve necessariamente adeguarsi al percorso ministeriale EMUR, che permette anche la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale.

Alle regioni che hanno un bacino di popolazione inferiore a quello minimo indicato nel presente punto è fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle regioni confinanti tramite apposite convenzioni.

9.1.2 Rete territoriale di soccorso

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, deve prevedere la presenza di uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera garantendo, in tal modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati.

9.1.3 Le postazioni territoriali

La definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti

con la copertura di un territorio non superiore a 350 Km²., applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali.

Nel calcolo delle postazioni territoriali occorre tener conto della peculiare risposta organizzativa del 118 scelta, ad es. con l'affidare o meno al 118 la totalità dei trasporti non solo secondari urgenti ma anche dei trasporti ordinari, in alcune Regioni attualmente a carico dei presidi ospedalieri ed in altre a carico del servizio 118.

Nel caso in cui i trasporti secondari programmati vengano affidati al 118, la gestione degli stessi deve essere assolutamente separata dalla gestione dei servizi di soccorso sanitario urgente.

Pertanto, nel calcolo del totale di mezzi di soccorso riorganizzati vanno considerati i trasporti primari e secondari urgenti, in particolare per l'implementazione delle reti delle patologie complesse tempo-dipendenti, nonché i trasporti ordinari.

9.1.4 Elisoccorso sanitario ed elisuperfici a servizio delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

L'analisi condotta sul numero degli interventi di soccorso effettuati nelle regioni e nelle provincie autonome di Trento e di Bolzano in particolare sugli eventi con codice di gravità giallo e rosso, permette di calcolare l'adeguato fabbisogno di basi operative di elisoccorso. Alla luce dei dati di attività del servizio negli ultimi cinque anni, nonché dei dati relativi al servizio territoriale con mezzi a terra, si propone un servizio di elisoccorso regionale, integrato con il sistema di soccorso a terra, che impieghi un numero di mezzi diurno pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 400 e 600 anno per ogni base operativa in relazione, motivata, alla numerosità dei mezzi a terra ed alla definizione della rete ospedaliera.

Per i mezzi notturni, si propone un servizio di elisoccorso integrato con il sistema di soccorso a terra tramite adeguata rete di elisuperfici notturne a servizio delle destinazioni sanitarie, ed elisuperfici a servizio di comunità isolate o aree disagiate, che impieghi un numero di mezzi notturni pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 350 e 550 anno per ogni base operativa in relazione, motivata, alla numerosità dei mezzi a terra, alla definizione della rete ospedaliera ed alla rete di elisuperfici notturne.

Le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano potranno definire riduzioni dei parametri sopra descritti in relazione alla necessità di erogare il servizio per situazioni peculiari, quali l'assistenza alle isole minori o a comunità isolate, dove l'integrazione con il soccorso ordinario presenti difficoltà non altrimenti superabili anche esperite le possibili sinergie interregionali.

Data la peculiarità del servizio e dei mezzi sono fortemente auspiccate sinergie di intervento a copertura delle aree di confine tra le diverse regioni. In caso di particolari emergenze o comunque quando se ne ravvisino necessità organizzative in relazione alla rete di emergenza, dovrà essere possibile la gestione flessibile delle basi operative con trasferimenti temporanei o definitivi delle stesse negli ambiti regionali.

La complessità degli adempimenti richiesti dalla vigente normativa aeronautica richiede che le regioni e provincie autonome di Trento e di Bolzano individuino, anche a fini di ottimizzazione del servizio, un piano complessivo di interventi che possa trovare graduale applicazione nel tempo, relativamente ad una rete integrata di siti collegati all'attività di elisoccorso, individuati a diversi livelli. In adesione a quanto già previsto nelle JAR-OPS 3 (normativa internazionale di riferimento), anche la normativa italiana recepisce in proposito la seguente distinzione:

Basi operative Servizio Medico in Elicottero di Emergenza (c.d. HEMS);

- 1) Destinazioni sanitarie;
- 2) Elisuperfici a servizio di strutture sanitarie;
- 3) Elisuperfici a servizio di comunità isolate;

4) Siti per il Servizio Medico in Elicottero di Emergenza (c.d. HEMS).

Alle regioni per le quali si preveda un numero di interventi annui inferiori a quelli minimi indicati nel presente punto è fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle regioni confinanti tramite apposite convenzioni.

9.1.5 Punti di Primo Intervento (PPI)

Esclusivamente a seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post-acuzie oppure in una struttura territoriale, potrebbe rendersi necessario prevedere, per un periodo di tempo limitato, il mantenimento nella località interessata di un Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 ore diurne e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne. Qualora gli accessi superino le 6.000 unità anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura.

La funzione dei Punti di Primo Intervento è la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito, implementando l'attività territoriale al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra 118, DEA, hub o spoke di riferimento e Distretto, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell'assistenza primaria. Nei punti di primo intervento non è prevista l'osservazione breve del paziente.

Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale.

Possono essere organizzati Punti di Primo Intervento anche per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa, gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema 118.

Nella fase di transizione verso la gestione del 118, la loro funzione per le urgenze si limita unicamente ad ambienti e dotazioni tecnologiche atte 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.

9.2 Rete ospedaliera dell'emergenza

La rete ospedaliera dell'emergenza è costituita da strutture di diversa complessità assistenziale che si relazionano secondo il modello hub and spoke integrato dalle strutture sotto indicate. Tali strutture sono in grado di rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla loro complessità, alle competenze del personale nonché alle risorse disponibili.

La rete si articola su quattro livelli di operatività:

9.2.1 Ospedale sede di Pronto Soccorso

E' la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità). Devono essere presenti le discipline di Medicina interna, Chirurgia generale, Anestesia, Ortopedia e Servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H/24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, coordinati come previsto al capitolo 2.

La funzione di pronto soccorso è prevista per:

- un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti
- un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento

- un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità

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

Può essere prevista la funzione di Pronto soccorso, come descritta, in presidi ospedalieri di aree disagiate (zone montane, isole) anche con un numero di abitanti di riferimento inferiore ad 80.000.

9.2.2 Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate, distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. I tempi devono essere definiti sulla base di oggettive tecniche di misurazione o di formale documentazione tecnica disponibile. Per centri hub and spoke si intendono anche quelli di regioni confinanti sulla base di accordi interregionali da sottoscrivere secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014-2016.

Tali situazioni esistono in molte regioni italiane per presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi, oppure in ambiente insulare.

Nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate.

In tali presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta. Essi sono strutture a basso volume di attività, con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza e con un numero di casi insufficiente per garantire la sicurezza delle prestazioni, il mantenimento delle competenze professionali e gli investimenti richiesti da una sanità moderna.

Tali strutture devono essere integrate nella rete ospedaliera di area disagiata e devono essere dotate indicativamente di:

- un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e 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 (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità dei casi imprevisti) per i casi che non possono essere dimessi in giornata; la copertura 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 prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo.

E' organizzata in particolare la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub o spoke più vicino, indagini laboratoristiche in pronto soccorso. E' predisposto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale di zona particolarmente disagiata al centro spoke o hub. E' prevista la presenza di una emoteca. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino.

9.2.3 Ospedale sede di D.E.A. di I Livello (spoke)

La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello (spoke) esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di Pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore

complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza, al DEA di II Livello (hub), superiore per livello di cura.

La struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000 e deve essere dotato delle strutture di cui al capitolo 2, punto 2.3.

9.2.4 Ospedale D.E.A. di II Livello (hub)

La struttura ospedaliera sede di DEA di II livello esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse; effettua oltre agli interventi previsti per il DEA di I livello, le funzioni di accettazione in emergenza-urgenza per il trattamento delle patologie acute ad elevata complessità, in particolare per quanto attiene alle alte specialità o alle specialità che fanno riferimento a centri regionali o sovra regionali (Centro ustioni, Centro trapianti, Unità spinali, Cardiocirurgia, Neurochirurgia).

La struttura sede di DEA di II Livello serve un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000 e deve essere dotato delle strutture di cui al capitolo 2, punto 2.4. E' inoltre prevista, qualora i volumi di attività consentano di garantire le competenze richieste, una struttura complessa di Chirurgia d'Urgenza, che assolva a compiti di trattamento specialistico di patologie urgenti.

La rete di teleconsulto rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle Centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in Ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto. Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, negli hub di personale sanitario formato, con specifica programmazione regionale, alla gestione delle richieste di consulenza.

9.2.5 Rapporti con il Servizio di Continuità Assistenziale

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale.

Dovranno essere messe a disposizione della continuità assistenziale le dotazioni tecnologiche delle centrali operative e l'integrazione con i medici di medicina generale, con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza. Altri elementi di razionalizzazione provengono da una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale che dovrà essere definita a livello regionale con adeguato dimensionamento in rapporto all'attività attesa e alla distribuzione territoriale.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite dal sistema di acquisizione dei dati, previsto dal D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza".

Il servizio di continuità assistenziale viene organizzato anche tenendo conto di quanto previsto dall'art. 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

10. Continuità ospedale-territorio

La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale. L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita

dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale ad una centrale della continuità o altra strutture equivalente posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero, nonché la promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità, così come previsto dal nuovo patto per la salute 2014-2016. In attuazione della legge n. 38/2010 e per il completamento della legge n. 39/1999, al fine di assicurare lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica, le Regioni completano l'attivazione degli hospice, di cui alla lett. c) dell'art. 2, comma 1, legge 15 marzo 2010, n. 38 e assicurano sul territorio l'accesso alle cure palliative domiciliari specialistiche.

Le iniziative di continuità ospedale territorio possono, pertanto, identificarsi nei programmi di dimissione protetta e/o assistita, in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta, nelle disponibilità di strutture intermedie con varie funzioni, nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, nei centri di comunità/poliambulatori, nelle strutture di ricovero nel territorio gestite dai Medici di Medicina Generale (MMG).

Per struttura Intermedia, omnicomprensiva della qualsivoglia tipologia o "provenienza" del paziente, si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare:

- pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:
- consolidare le condizioni fisiche
- continuare il processo di recupero funzionale
- accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero
- pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera

Per lo sviluppo di questi percorsi è necessario favorire l'implementazione di forme di lavoro multidisciplinare, attraverso la predisposizione di specifici strumenti (quali i sistemi informativi), l'organizzazione di gruppi di lavoro o l'attivazione di progetti per consolidare il circuito locale di relazione tra professionisti.

Le regioni, al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera devono procedere contestualmente al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale, in coerenza con quanto previsto dal vigente quadro normativo in materia di livelli essenziali di assistenza e con gli obiettivi economico finanziari nazionali fissati per il Servizio sanitario nazionale.

In questa sede ci si limita a fornire indicazioni solo relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità.

10.1 Ospedale di comunità

E' una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Prende in carico pazienti che necessitano:

-di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)

-di sorveglianza infermieristica continuativa

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale.

La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

APPENDICI

Appendice 1

DEFINIZIONE DEI POSTI LETTO ORDINARI OSPEDALIERI - CRITERI

Posto letto ordinario: Posto letto per ricovero H24

Posto letto autorizzato: posto letto fisico previsto negli atti autorizzativi; si distinguono in:

- fisicamente disponibile
- fisicamente indisponibile, per ragioni strutturali temporanee quali manutenzione, ristrutturazione, o altre contingenze.

Posto letto fisicamente disponibile:

-organizzativamente disponibili: occupabili in qualsiasi momento per pazienti urgenti o elettivi (esistenti ed utilizzabili)

-organizzativamente indisponibili, per ragioni contingenti quali insufficienza di personale, procedure di disinfezione

Posti letto organizzativamente disponibili:

- posto letto libero
- posto letto occupato

Appendice 2

Chirurgia ambulatoriale

I trattamenti chirurgici, che l'evoluzione delle procedure tecniche e delle tecnologie ha reso possibile effettuare in ambito ambulatoriale in alternativa al ricovero ordinario o diurno in day surgery, hanno una crescente rilevanza sotto il profilo terapeutico assistenziale ed organizzativo. Contestualmente sono cresciute le connesse esigenze di garantire per questa tipologia di trattamenti uniformi ed omogenei criteri di sicurezza

e qualità, in campo nazionale. Con le presente appendice si forniscono specifiche indicazioni. Con il termine chirurgia ambulatoriale si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia, (fino al II grado della scala di sedazione) su pazienti accuratamente selezionati comprese le prestazioni di chirurgia odontoiatrica in anestesia loco-regionale e troncature effettuabili negli ambulatori/studi odontoiatrici, in quanto comportanti trascurabile probabilità di complicanze.

Per la selezione pre-operatoria dei pazienti, si propone l'utilizzo della classificazione della American Society of Anesthesiology che consente di definire le categorie dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali. Si individuano i pazienti afferenti alle classi ASA 1 e ASA 2 come possibili candidati alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale e alle prestazioni effettuabili nei presidi extraospedalieri di day surgery.

Le regioni classificano le strutture che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale in base a:

- complessità tecnica/invasività delle prestazioni,
- tecniche e grado di anestesia e sedazione praticabili,
- possibili insorgenze di complicanze cliniche nel paziente,
- gradiente di sicurezza igienico ambientale dell'area operatoria

e definiscono in tal senso classi diverse di standard strutturali, tecnologici- impiantistici, qualitativi e di sicurezza e quantitativi.

Standard strutturali

Le regioni definiscono le caratteristiche generali degli edifici e dei locali sede dell'ambulatorio ed i loro rapporti con attività non sanitarie prevedendo che le strutture di chirurgia ambulatoriale complessa siano ubicate al piano terra o comunque dotati di ascensori atti al trasporto di pazienti in lettiga.

Le regioni disciplinano espressamente, differenziandoli per la complessità della struttura, tra l'altro, gli standard relativi:

-ai locali e spazi per l'attività sanitaria e per le attività ad essa correlate (attività amministrative, attesa pazienti, servizi igienici, stoccaggio farmaci e materiali).

Devono essere disciplinati, differenziandoli per la complessità della struttura, espressamente gli standard relativi:

- alla zona di spogliatoio e preparazione del personale sanitario;
- alla zona spogliatoio e preparazione paziente;
- al locale chirurgico;
- allo spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento;
- al deposito materiali sterili e dello strumentario chirurgico;
- al locale per visite e medicazioni;
- allo spazio per la disinfezione e la sterilizzazione (pur mantenendo la possibilità, in alternativa, di avvalersi di servizi di sterilizzazione esterni);

- al pavimento e alle superfici in generale.

Standard organizzativi

Le regioni definiscono adeguati standard organizzativi comprensivi dei riferimenti alle figure professionali ed alla numerosità del personale addetto, nel rispetto, per quanto attiene alle strutture pubbliche, degli obiettivi di contenimento dei relativi costi fissati dalla normativa vigente in materia di personale del SSN .

Standard tecnologici-impiantistici

Le regioni definiscono, differenziandoli per la complessità della struttura, gli standard relativi alle caratteristiche termiche e igrometriche, illuminotecniche e impiantistiche, nonché le caratteristiche tecniche delle attrezzature e degli arredi dei singoli locali o spazi in funzione dell'attività svolta.

Le Regioni definiscono differenziandolo per la complessità della struttura, il contenuto minimo del carrello per la gestione dell'emergenza, comprendente attrezzature e farmaci essenziali per la rianimazione cardiaca e polmonare di base (inclusi aspiratore e attrezzature per la ventilazione) e di frigorifero a temperatura controllata per la conservazione di materiali e farmaci.

La dotazione tecnologica, in relazione alla complessità degli interventi e alla casistica trattata, deve comprendere il defibrillatore semiautomatico.

Standard qualitativi e di sicurezza

Ai fini della sicurezza del paziente e della continuità assistenziale le regioni definiscono, tra l'altro, il contenuto minimo delle indicazioni che dovranno essere riportate:

- nella scheda clinica che deve essere redatta per ciascun paziente;
- nel registro ambulatoriale dove deve essere registrata tutta l'attività sanitaria erogata dalla struttura;
- nella relazione finale, comprese le informazioni per la gestione delle complicanze.

I provvedimenti regionali, tra l'altro, prevedono:

- l'adozione di procedure per la selezione del paziente, per l'informazione sulle modalità e il decorso dell'intervento e il consenso informato, per la richiesta dei necessari accertamenti, per la preparazione all'intervento e per l'immediato periodo post operatorio;
- la sorveglianza continua del paziente ed il monitoraggio dei parametri vitali adeguato alle procedure cui viene sottoposto il paziente e per tutta la durata della prestazione, compresa la fase preoperatoria e postoperatoria, nonché delle possibili complicanze cliniche (anestesiologiche ed operatorie) dei pazienti;
- la compilazione e la conservazione del registro operatorio e della documentazione clinica, compresa copia della relazione di cui al punto precedente, secondo i tempi stabiliti per le attività di ricovero ordinario;
- un sistema atto ad assicurare la reperibilità dei sanitari 24 ore su 24, definendo le modalità secondo le quali è organizzata e le procedure attraverso cui sono rese note al paziente le modalità per attivare il servizio di pronta disponibilità;
- la continuità assistenziale con il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta, anche tramite una relazione scritta che indichi i nominativi degli operatori, la procedura eseguita, l'ora dell'inizio e della fine della procedura, le eventuali tecniche sedative del dolore o il tipo di anestesia praticata e i consigli terapeutici proposti;

- la prima gestione in loco delle complicanze. Nel caso di complicanze non gestibili in loco, o di impossibilità al trasferimento del paziente al proprio domicilio, le strutture garantiscono il trasporto del paziente ad una struttura ospedaliera di riferimento, con possibilità di ricovero, situato ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze. A tal fine è stato adottato, precedentemente all'inizio dell'attività chirurgica dell'ambulatorio/struttura, un protocollo formalizzato per il raccordo con la struttura ospedaliera di riferimento.

- la gestione delle emergenze cliniche nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza. In ogni caso, per fronteggiare in loco e in modo efficace la prima fase di eventuali emergenze, la struttura deve avvalersi di professionisti adeguatamente formati e possedere le necessarie dotazioni strumentali.

Per ogni attività clinica svolta, è individuato un medico responsabile.

Al responsabile dell'attività igienico-sanitaria dell'ambulatorio chirurgico compete, tra l'altro, la tenuta del registro delle attività svolte nella struttura e dei provvedimenti adottati per il rispetto delle norme igienico-sanitarie, nonché la trasmissione semestrale alla ASL di riferimento di una relazione in cui siano riportati i risultati dei controlli effettuati.

I trasferimenti per complicanze ed emergenze devono essere trasmessi alla ASL di riferimento con l'indicazione del motivo del ricovero e della struttura dove è avvenuto.

Le regioni prevedono l'adozione da parte delle strutture degli strumenti per la gestione del rischio clinico. Lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di Gestione del rischio clinico.

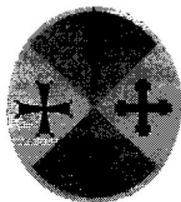
Le regioni, qualora si intenda ricomprendere nella chirurgia ambulatoriale anche interventi chirurgici effettuati in anestesia generale limitatamente alle sole ipotesi di recupero da parte dell'utente dell'autonomia motoria e della piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non implicanti assistenza continuativa post-intervento, definiranno ulteriori standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi tenendo conto della maggiore complessità della prestazione erogata e del maggior rischio per utenti ed operatori.

In particolare per il locale chirurgico le caratteristiche, le relative dotazioni impiantistiche e di sicurezza, attinenti:

- alla temperatura e all'umidità;
- ai ricambi e al filtraggio dell'aria;
- agli impianti di gas medicali e di aspirazione dei gas anestetici;
- alle stazioni di riduzione della pressione;
- all'impianto allarmi di sicurezza, in particolare, con riferimento alla segnalazione esaurimento gas medicali;
- ai controlli periodici e al monitoraggio ambientale.

dovranno essere definite dalle regioni tenuto conto della qualifica prestazionale della sala operatoria assumendo come riferimento i corrispondenti locali chirurgici dove si effettuano prestazioni di day surgery.

Le regioni disciplinano ulteriori aspetti relativi alla qualità e alla sicurezza non trattati nel presente documento.



REGIONE CALABRIA

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 9 del 2 Aprile 2015

OGGETTO: Approvazione documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti.

**Pubblicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____**

REGIONE CALABRIA
IL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente *pro tempore* della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 28 ottobre e del 12 novembre 2014 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2013-2015;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, commi da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015 di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario *ad acta* per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato

nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con la anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

- 1) adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
- 2) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 3) adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- 4) adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
- 5) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
- 6) razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- 7) interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
- 8) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-*quinquies* comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
- 9) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 10) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 11) interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
- 12) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 13) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 14) tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
- 15) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
- 16) puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

PREMESSO CHE con DPGR 18/2010 era stato definito il fabbisogno di posti letto, provvedendo poi con numerosi decreti ad integrare e rendere operativa tale programmazione, non permettendo quindi una visione organica dei processi assistenziali e registrando alcune criticità da risolvere;

CONSIDERATO CHE i Ministeri competenti, in sede dei Tavoli di verifica, richiedevano un atto complessivo di programmazione di tutte le reti assistenziali, da trasmettere agli stessi Ministeri affiancanti in preventiva approvazione, che riconducesse a coerenza la rete ospedaliera con la costruzione dei nuovi ospedali previsti e contenesse i seguenti elementi informativi per la rete ospedaliera: tabelle con i posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati di ogni singola struttura, per ASP e AO, per tipologia (acuzie e post-acuzie), regime di ricovero e disciplina, indicando le Unità Operative Complesse e le Semplici. Tale richiesta è stata ribadita anche nei successivi Tavoli di verifica degli adempimenti;

RUTENUTO, pertanto necessario provvedere ad una riprogettazione organizzativa assistenziale finalizzata anche allo sviluppo progressivo di risposte che privilegino altri livelli assistenziali sia presso l'ospedale, sia in sede territoriale e a domicilio del paziente e ad una più puntuale ridefinizione del fabbisogno di prestazioni assistenziali;

TENUTO CONTO degli intervenuti documenti ministeriali rappresentati dal Patto della Salute 2010-2012 e dal Regolamento sugli standard ospedalieri approvato in Conferenza Stato-Regioni in data 5 agosto 2014;

PRESO ATTO CHE con prot. 82/2014 la struttura Commissariale ha trasmesso ai Ministeri competenti il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti;

CONSIDERATO CHE con parere 318-P del 4 dicembre 2014 i Ministeri affiancanti hanno espresso osservazioni delle quali si è tenuto conto, apportando al documento le opportune modifiche e integrazioni;

VISTA l'istruttoria compiuta dal Dirigente di Settore quale Responsabile del Procedimento ed estensore materiale del presente provvedimento;

D E C R E T A

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI APPROVARE il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, che si allega quale parte integrante del presente provvedimento;

DI FARE OBBLIGO ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere di dare la massima diffusione al predetto documento, di attuare quanto in esso contenuto secondo le indicazioni e la tempistica indicata e di provvedere al monitoraggio di attuazione;

DI STABILIRE che venga effettuato dal Dipartimento Tutela della Salute il monitoraggio semestrale sull'attuazione delle azioni a carico delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali, previste nel documento di riorganizzazione;

DI PRECISARE che l'attuazione delle reti sarà obiettivo prioritario dei Commissari/Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali;

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute ed agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente generale per la pubblicazione sul BURC telematico e sul sito web del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

Il Dirigente di Settore
Dott.ssa Rosalba Barone

Il Dirigente Generale
Dott. Bruno Kiro

Il sub Commissario
Dott. Andrea Urbani

Il Commissario ad acta
Ing. Massimo Scura



Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete
dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti

Sommario

1	Premessa	4
2	Rete Ospedaliera	5
2.1	Stato di attuazione della programmazione esistente	5
2.1.1	La rete disegnata nel DPGR n.18/2010 e con DCA n. 9/2015	5
2.1.2	Attivazione a livello Aziendale	7
2.2	Analisi dei consumi ospedalieri della Regione Calabria	7
2.2.1	Produzione ospedaliera effettiva	7
2.2.2	Mobilità attiva	8
2.2.3	Mobilità passiva	8
2.2.4	Consumo di ricoveri	8
2.3	Fabbisogno	9
2.3.1	Il Fabbisogno ex DPGR n.18/2010: criticità ed esigenze di aggiornamento	9
2.3.2	Recupero della mobilità passiva	11
2.3.3	Il nuovo fabbisogno per l'assistenza ospedaliera	21
2.4	Principi, indirizzi e criteri per lo sviluppo della rete ospedaliera	25
2.4.1	Concentrazione e specializzazione dell'offerta degli erogatori	26
2.4.2	Ulteriori aspetti organizzativi	27
2.4.3	Protocolli con l'Università	27
2.4.4	Partnership con gli erogatori privati	28
2.4.5	Istituto Nazionale per l'Assistenza contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)	33
2.4.6	Altre disposizioni	34
2.5	Sintesi degli interventi previsti	34
2.6	Indicatori per il monitoraggio	36
2.7	Nuovi Ospedali	37
3	La rete dell'emergenza urgenza e le reti tempo-dipendenti	39
3.1	Rete emergenza-urgenza	39
3.1.1	Introduzione	39
3.1.2	Le azioni prioritarie: i sistemi di comunicazione e i livelli organizzativi	40
3.1.3	Emergenza territoriale	42
3.1.4	Rete ospedaliera dell'emergenza	49
3.1.5	Disegno della Rete EMUR	55
3.1.6	La rete dell'emergenza pediatrica	56
3.1.7	Alcune considerazioni per la realizzazione effettiva della rete	56
3.1.8	Sintesi prossime azioni da svolgere	57
3.1.9	Monitoraggio	58
3.2	Rete SCA - Sindrome Coronarica Acuta	58

3.3	Rete Stroke	60
3.4	Rete Politrauma	62
3.5	Rete trasporto neonatale	66
	Indice degli Allegati:	68
	Allegato 1: Tabelle configurazione Rete Ospedaliera Pubblica e Privata Accreditata	68
-	A: Rete Ospedaliera Pubblica;	68
-	B: Rete Ospedaliera Privata Accreditata	68
	Allegato 2: Tabella Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina	68
	Allegato 3: Copertura Rete EMUR attuale	68
	Allegato 4: Rete SCA Sindrome Coronarica Acuta	68
	Allegato 5: Rete Stroke	68
	Allegato 6: Rete Politrauma	68
	Allegato 7: Rete Trasposto Neonatale	68

1 Premessa

Dopo anni di emergenza economica e obiettivi di risparmi a breve i tempi sono maturi per introdurre una fase costruttiva di realizzazione di un nuovo ed efficace sistema sanitario regionale che garantisca il corretto trattamento delle patologie effettivamente presenti nella regione applicando le più recenti linee guida e gli orientamenti legislativi nazionali.

La riprogettazione effettuata con il DCA n. 9/2015 di programmazione delle reti assistenziali, è partita dalla definizione del fabbisogno della popolazione calabrese considerando, in particolare, quattro macro situazioni critiche: gli interventi fuori regione, gli interventi in urgenza, gli interventi in risposta ai problemi sanitari che meritino un attenta valutazione e l'impostazione di un percorso di diagnosi e cura e gli interventi in risposta alle malattie croniche.

La dotazione regionale programmata dalla predetta riorganizzazione era pari a n. 6.494 posti letto per acuti, a fronte di n.5.831 all'epoca attivi nei presidi ospedalieri. L'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera determinava pertanto un investimento in termini di maggiore offerta pari a n. 663 posti letto, il cui utilizzo avrebbe consentito di affrontare le attuali criticità del sistema in termini di maggiore risposta ai bisogni delle cittadine e dei cittadini calabresi.

La riorganizzazione della rete contemplava quindi, nel calcolo del fabbisogno, come uno degli obiettivi strategici, la necessità di prevedere un recupero di mobilità passiva che consentiva, già nel breve periodo, di ridurre la migrazione dei cittadini calabresi in altre aree geografiche per farsi curare, abbattendo, così i costi economici e sociali dei nuclei familiari coinvolti e liberando risorse da reinvestire in servizi sanitari.

La possibilità di un recupero della mobilità passiva richiede però investimenti di personale (competenze specialistiche), risorse tecnologiche, qualità delle prestazioni (di rimodulazione dell'offerta), comfort alberghiero, facilità di accesso alle cure (es. abbattimento delle liste di attesa). La riorganizzazione della rete prevedeva pertanto di programmare gli specifici investimenti nell'ambito delle reti assistenziali per intensità di cura e nei relativi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), con particolare riferimento alla rete oncologica, ai PDTA della tiroide e dell'ortopedia.

Colmare il divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria nel trattamento dei tumori rispetto alle altre realtà regionali rappresenta un asse prioritario nella attuazione di quanto programmato relativamente alla rete oncologica regionale. Se da una parte infatti la mobilità è un inevitabile libera scelta del cittadino, è pur vero che essa si manifesta sempre come distorsione tra domanda e offerta interna. Tra gli obiettivi di riduzione della mobilità passiva relativa alla cura dei tumori bisognerà, pertanto, ricostruire il giusto rapporto tra la quantità e la qualità dell'offerta. In tal senso, in linea con le analisi e la programmazione contenuta nel documento relativo alla rete oncologica, si prevede: un aumento del 20% dei volumi attuali degli interventi chirurgici per le maggiori sedi tumorali che determinerà l'attivazione di una maggiore offerta di posti letto e la contestuale implementazione di una rete di servizi ambulatoriali e di tutti gli altri servizi territoriali di oncologia in modo da garantirne la capillarità dando risposta a tutti i territori, compresi quelli delle zone disagiate.

La rete ospedaliera programmata con il DCA n. 9/2015 è attualmente in corso di implementazione.

Con il presente documento si procede ad aggiornare la programmazione della rete ospedaliera e delle reti tempo dipendenti al fine di recepire le ulteriori esigenze emerse in fase applicativa oltreché allo scopo di recepire puntualmente le osservazioni espresse dai Tavoli ministeriali di verifica degli adempimenti e gli indirizzi di programmazione sopravvenuti con il DM Salute n. 70/2015 e con le sue circolari esplicative.

2 Rete Ospedaliera

2.1 Stato di attuazione della programmazione esistente

2.1.1 La rete disegnata nel DPGR n.18/2010 e con DCA n. 9/2015

Nel DPGR n. 18/2010 è descritto il percorso metodologico per la determinazione del fabbisogno di prestazioni di ricovero, dei posti letto relativi e della rete ospedaliera. Il fabbisogno di ricoveri è stato definito come il consumo effettivo della popolazione sia presso le strutture regionali, pubbliche e private, sia presso strutture in altre regioni, al netto dei ricoveri non appropriati. Nel calcolo del fabbisogno di posti letto regionali, si è partiti dalle giornate appropriate di ricoveri ordinari e dagli accessi appropriati in day hospital per calcolare un numero di posti letto normalizzati. Non era previsto nessun recupero della mobilità passiva. I posti letto normalizzati contengono quindi sia l'effetto dell'appropriatezza dei ricoveri sia quello del corretto utilizzo dei posti letto ospedalieri.

Il DPGR n. 18/2010 prevedeva un fabbisogno di posti letto pari a 6.395 unità, di cui 5.031 per acuti e di cui 1.364 per post acuti. Tale programmazione è poi stata resa operativa ed integrata dai successivi decreti, per cui sulla base della normativa vigente risultavano assegnati 6.298 posti letto, di cui 5.018 per acuti e 1.280 per postacuti.

In particolare:

- Con DPGR n.106/2011 viene validato il riordino della capacità recettiva di ciascuna Azienda per acuti in regime di ricovero ordinario e/o diurno e per singola disciplina per le ASP di Cosenza, Crotone, Catanzaro, Vibo Valentia, Reggio Calabria, e per le AO di Cosenza e Reggio Calabria. Vengono inoltre fissati per area geografica il numero di Posti letto pubblici e privati per le attività di post-acuzie;
- Il Decreto n.136/2011 determina i posti letto per l'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini;
- Con Decreto n.26/2012, viene ridefinita la rete degli erogatori privati accreditati, nell'ambito del trattamento delle acuzie, in regime di ricovero ordinario e/o diurno;
- Con Decreto n.106/2012, viene definita la rete per il trattamento delle post acuzie, in regime di ricovero ordinario e/o diurno dei soggetti pubblici e degli erogatori privati accreditati;
- Con DPGR n.174/2012 vengono assegnati i posti letto residui di post-acuzie (non assegnati con DPGR n.106/2012), dell'Area Nord;
- Con DPGR n.175/2012 vengono rettificati i posti letto di post-acuzie assegnati con DPGR n.106_2012 all'ASP di Crotone assegnandoli tutti alle strutture private;
- Con DPGR n.57/2013 vengono parzialmente rettificati i posti letto di post-acuzie assegnati con DPGR n. 106/2012 all'ASP di Vibo Valentia assegnando 20 pl di lungodegenza alla struttura Villa dei Gerani e ulteriori 10 pl di lungodegenza al PO di Serra San Bruno;
- Con DPGR n.191/2012 (ad integrazione del DPGR n.18/2010) viene individuato un unico spoke, nell'area Nord costituito dai presidi ospedalieri di Castrovillari (previsto Spoke) e di Acri (previsto Ospedale di Zona Montana nel DPGR 18/2010).

Con DCA n. 9/2015 si è quindi provveduto a riportare in un unico documento di programmazione la rete ospedaliera, dell'emergenza-urgenza e le reti tempo dipendenti.

Nella tabella seguente, si riporta la dotazione programmata di posti letto così come derivante dal DPGR n. 18/10.

Tabella 1: Dotazione di posti letto programmati DPRG n.18/2010

Posti letto programmati DPGR 18/2010						
	Pubblico		Privato		Totale	
Acuzie	4.031	84%	1.000	64%	5.031	79%
Post-acuzie	794	16%	570	36%	1.364	21%
Totale	4.825	100%	1.570	100%	6.395	100%
% sul totale	75%		25%		100%	

Con i successivi DPGR nn. 106-136/2011, 26-106-174-175/2012 e 57/2013 non sono stati assegnati, alle aziende sanitarie ospedaliere, tutti i posti letto programmati dal DPGR n. 18/10 pari a numero 6.395, ma un numero inferiore pari a 6.298 posti letto.

Tabella 2: Dotazione di posti letto assegnati DPGR nn. 106-136/11, 26-106-174-175/12, 57/13

Posti letto assegnati DPGR n. 106-136/11, 26-106-174-175/12, 57/13											
Area	AZIENDA	Abitanti	PL Acuzie Pubbl.	PL Acuzie Priv.	Tot. Acuzie	PL x 1.000 ab Acuzie	PL Postac. Pubbl.	PL Postac. Priv.	Tot. Post acuzie	PL X 1.000 ab PostA	Totale 1.000 ab Totali
NORD	ASP Cosenza	714.281	1.458	317	1.775	2,5	160	333	493	0,7	2.268
Totale Area Nord		714.281	1.458	317	1.775	2,5	160	333	493	0,7	2.268
CENTRO	ASP Catanzaro	359.716	1.049	233	1.282	3,6	70	142	212	0,6	1.494
	ASP Crotone	171.666	286	107	393	2,3	-	190	190	1,1	583
	ASP Vibo Valentia	162.252	222	22	244	1,5	40	50	90	0,6	334
Totale Area Centro		693.634	1.557	362	1.919	2,8	110	382	492	0,7	2.411
SUD	ASP Reggio Calabria	550.323	1.027	297	1.324	2,4	110	185	295	0,5	1.619
Totale Area Sud		550.323	1.027	297	1.324	2,4	110	185	295	0,5	1.619
REGIONE CALABRIA		1.958.238	4.042	976	5.018	2,6	380	900	1.280	0,7	6.298

I numerosi provvedimenti di programmazione e attuazione della rete ospedaliera con i quali sono state assegnate le discipline ed i relativi posti letto (DH e ordinari) alle strutture pubbliche e private, non permettevano una visione organica dei processi assistenziali e registravano alcune criticità da risolvere. In sede del Tavolo di Verifica degli Adempimenti del 7 novembre 2012, Tavolo e Comitato LEA rilevavano: il permanere di ritardi nell'attuazione delle stesse e [richiedevano] un atto complessivo di programmazione di tutte le reti assistenziali (da trasmettere ai Ministeri affiancanti in preventiva approvazione) che, tenendo conto delle osservazioni ministeriali già espresse, ed in particolare della necessità di ricondurre a coerenza la rete ospedaliera con la costruzione dei nuovi ospedali previsti, [contenesse] i seguenti elementi informativi per la rete ospedaliera: tabelle con i posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati di ogni singola struttura, per ASP e AO, per tipologia (acuzie e post acuzie), regime di ricovero e disciplina, indicando le UOS e le UOC. Tale invito è stato ribadito anche in tutti i successivi Tavoli di Verifica degli Adempimenti (8 aprile, 16 luglio 2013, 4 dicembre 2013).

Pertanto si è provveduto con il DCA n. 9/2015 ad approvare un atto programmatico complessivo di riorganizzazione della rete ospedaliera, dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti.

2.1.2 Attivazione a livello Aziendale

Dall'analisi sulla situazione attuale e di quella programmata con il DCA n. 9/2015, effettuata per singola area geografica e per singola struttura, emerge che il cambiamento effettivo da parte delle Aziende sanitarie pubbliche e delle strutture private accreditate è ancora in corso. Le aziende sanitarie pubbliche hanno dato avvio al processo di riordino per l'attività ospedaliera ma molto lentamente per l'impossibilità di attivare ancora tutti i posti letto per carenza di personale, legata al blocco del turnover fino al mese di luglio 2015. Solo da novembre sono state attivate le procedure concorsuali per l'assunzione di personale, ad oggi ancora non completamente attuate.

Tabella 3: Confronto tra dotazione di posti letto assegnata ed attivata rilevata con flusso HSP al 31 gennaio 2013

Delta tra posti letto assegnati con DPGR e Posti letto da HSP al 31 gennaio 2014													
Area	AZIENDA	Abitanti		PL Acuzie Pubbl.	PL Acuzie Priv.	Tot. Acuzie	PL x 1.000 ab Acuzie	PL Postac. Pubbl.	PL Postac. Priv.	Tot. Post acuzie	PL X 1.000 ab PostA	Totale	PL x 1.000 ab Totali
NORD	ASP Cosenza	714.281	DPGR Assegnazione	1.458	317	1.775	2,5	160	333	493	0,7	2.268	3,2
			Modelli HSP	1.282	305	1.587	2,2	50	356	406	0,6	1.993	2,8
			Delta Ass vs HSP	176	12	188		110	(23)	87		275	
CENTRO	ASP Catanzaro	359.716	DPGR Assegnazione	1.049	233	1.282	3,5	70	142	212	0,6	1.494	4,1
			Modelli HSP	985	233	1.218	3,3	28	142	170	0,5	1.388	3,8
			Delta Ass vs HSP	64	-	64		42	-	42		106	
	ASP Crotone	171.666	DPGR Assegnazione	286	107	393	2,3	-	190	190	1,1	583	3,4
			Modelli HSP	307	107	414	2,4	-	190	190	1,1	604	3,5
			Delta Ass vs HSP	(21)	-	(21)		-	-	-		(21)	
ASP Vibo Valentia	162.252	DPGR Assegnazione	222	22	244	1,5	40	50	90	0,6	334	2,1	
		Modelli HSP	198	22	220	1,4	10	30	40	0,2	260	1,6	
		Delta Ass vs HSP	24	-	24		30	20	50		74		
SUD	ASP Reggio Calabria	550.323	DPGR Assegnazione	1.027	297	1.324	2,4	110	185	295	0,5	1.619	2,9
			Modelli HSP	1.024	337	1.361	2,5	40	185	225	0,4	1.586	2,9
			Delta Ass vs HSP	3	(40)	(37)		70	-	70		33	
TOTALE REGIONE		1.958.238	DPGR Assegnazione	4.042	976	5.018	2,6	380	900	1.280	0,7	6.298	3,2
			Modelli HSP	3.796	1.004	4.800	2,5	128	903	1.031	0,5	5.831	3,0
			Delta Ass vs HSP	246	(28)	218		252	(3)	249		467	

2.2 Analisi dei consumi ospedalieri della Regione Calabria

2.2.1 Produzione ospedaliera effettiva

Tabella 4: Produzione 2008 da parte delle strutture calabresi (inclusi i Neonati)

	Pubblico		Privato		Totale	
Acuzie	307.912	99%	81.893	94%	389.805	98%
Postacuzie	2.446	1%	5.305	6%	7.751	2%
Totale	310.358		87.198		397.556	
	78%		22%		100%	

Tabella 5: Produzione 2012 da parte delle strutture calabresi (inclusi i Neonati sani DGR 391, 12.234 dimessi)

	Pubblico		Privato		Totale	
Acuzie	217.938	99%	57.813	91%	275.751	97%
Postacuzie	1.672	1%	5.686	9%	7.358	3%
Totale	219.610		63.499		283.109	
	78%		22%		100%	

Si evidenzia una diminuzione della produzione per acuzie e un incremento di ricoveri di postacuzie da parte delle strutture private. La riduzione complessiva è del 29% e la suddivisione tra privati e pubblici è eguale alla situazione del 2008.

2.2.2 Mobilità attiva

Tabella 6: Mobilità attiva 2008

	Pubblico		Privato		Totale	
Acuzie	9.174	99%	2.984	95%	12.158	98%
Postacuzie	67	1%	150	5%	217	2%
Totale	9.241		3.134		12.375	
	75%		25%		100%	

Tabella 7: Mobilità attiva 2012

	Pubblico		Privato		Totale	
Acuzie	6.960	99%	2.230	92%	9.190	97%
Postacuzie	44	1%	194	8%	238	3%
Totale	7.004		2.424		9.428	
	74%		26%		100%	

Si evidenzia una diminuzione della mobilità attiva per acuzie e un leggero incremento di post-acuzie.

2.2.3 Mobilità passiva

Tabella 8: Mobilità passiva 2008 e 2012

2008	Totale	
Acuzie	62.599	95%
Postacuzie	3.139	5%
Totale	65.738	

2012	Totale	
Acuzie	57.592	95%
Postacuzie	3.309	5%
Totale	60.901	

Si evidenzia una diminuzione di ricoveri per acuzie e un incremento di post-acuzie. Complessivamente la mobilità passiva è diminuita del 7% contro un decremento della produzione regionale del 28%.

2.2.4 Consumo di ricoveri

Il consumo di prestazioni ospedaliere da parte dei residenti è, di conseguenza:

Tabella 9: Consumo di ricoveri 2008

	Produzione	Mob. Attiva	Mob Passiva	Consumo	Tasso osp
Acuzie	389.805	12.158	62.599	440.246	219
Postacuzie	7.751	217	3.139	10.673	5
Totale	397.556	12.375	65.738	450.919	224
%	88%	3%	15%	100%	%

Popolazione 2008

2.008.709

Tabella 10: Consumo di ricoveri 2012

	Produzione	Mob. Attiva	Mob Passiva	Consumo	Tasso osp
Acuzie	275.751	9.190	57.592	324.153	166
Postacuzie	7.358	238	3.309	10.429	5
Totale	283.109	9.428	60.901	334.582	171
%	85%	3%	18%	100%	
di cui nido	10.993	160	504	11.337	6
Totale (netto nido)	272.116	9.268	60.397	323.245	165
%	84%	3%	19%	100%	

Popolazione 01/01/2013 1.958.238

Il consumo di prestazioni è diminuito portando il tasso di ospedalizzazione per acuzie a 166 ricoveri per mille abitanti (160 al netto del nido) e il totale a 171 ricoveri per mille abitanti (165 al netto del nido). La quota della mobilità passiva del totale numero di ricoveri è aumentata da 15% a 19%.

2.3 Fabbisogno

2.3.1 Il Fabbisogno ex DPGR n.18/2010: criticità ed esigenze di aggiornamento

La metodologia per l'articolazione della rete ospedaliera consiste nell'analisi della produzione e del consumo di ricoveri di ciascuna area geografica e per singola specialità ai fini della realizzazione degli obiettivi regionali di razionalizzazione e di incremento di appropriatezza clinica.

L'analisi svolta sulla base dei dati di produzione di assistenza ospedaliera al 2012 ha seguito i seguenti passaggi:

- applicazione di criteri di appropriatezza introdotti nel DPGR n.18/2010 sui dati dei ricoveri al 2012;
- un confronto tra i dati presentati nel DPGR n. 18/2010 (basati sui ricoveri 2008) e quanto deriva, invece, aggiornando le analisi in base ai dati sui ricoveri 2012;
- un confronto tra i tassi di ospedalizzazione 2012 per MDC delle regioni *benchmark* (Veneto, Emilia-Romagna e Toscana) e quelli della Regione Calabria per lo stesso anno;
- un'analisi della possibilità di recuperare la mobilità passiva.

2.3.1.1 Criteri per le valutazioni dell'appropriatezza dei ricoveri

È necessaria una riprogettazione organizzativa assistenziale come già previsto dal Piano di Rientro (punto 6 della DRG 585/2009), finalizzata allo sviluppo progressivo di risposte che privilegino altri livelli assistenziali sia presso l'ospedale (l'osservazione breve, il day service, i percorsi ambulatoriali complessi nei day service, le prestazioni ambulatoriali) sia in sede territoriale (strutture residenziali e semiresidenziali, case della salute), ed infine, presso il domicilio del paziente (vari tipi di assistenza domiciliare, sulla base di quanto previsto dal documento della Commissione LEA del 2006 sulla caratterizzazione delle cure domiciliari).

Pertanto, in continuità con quanto stabilito dal DPGR n. 18/2010, nel biennio si prevede il raggiungimento dell'obiettivo per le Aziende ospedaliere, per i presidi a gestione diretta, per l'INRCA e per tutte le strutture private accreditate, della riduzione di ricoveri in regime ordinario e del trasferimento degli stessi in parte in ricoveri diurni (per prestazioni chirurgiche) e in parte in prestazioni ambulatoriali e territoriali.

Con DPGR n. 5/2014 sono stati definiti i criteri di appropriatezza per le prestazioni ospedaliere relativamente ai DRG di cui agli allegati A e B del Patto della Salute 2010-2012.

2.3.1.2 Produzione appropriata

Applicando le regole di appropriatezza precedentemente descritte, il fabbisogno di ricoveri appropriato risulta come dalle tabelle seguenti (confrontando la situazione 2012 con quella del 2008).

Tabella 11: Produzione appropriata 2008 e tasso grezzo di ospedalizzazione

Ricoveri 2008	Acuzie	Postacuzie	Totale Produzione	Tasso osp
Totale produzione regionale rilevata	389.805	7.751	397.556	
Produzione appropriata	292.649	7.007	299.656	
Mobilità attiva appropriata	11.563	210	11.773	
Produzione per i propri residenti	281.086	6.797	287.883	143
Mobilità passiva	62.599	3.139	65.738	33
Totale consumo dei calabresi	343.685	9.936	353.621	176

Popolazione 2008

2.008.709

Tabella 12: Produzione appropriata 2012 e tasso grezzo di ospedalizzazione

Ricoveri 2012	Acuzie	Postacuzie	Totale Produzione	Tasso osp
Totale produzione regionale rilevata	275.751	7.358	283.109	
Produzione appropriata	229.093	7.350	236.443	
Mobilità attiva	8.875	192	9.067	
Produzione per i propri residenti	220.218	7.158	227.376	116
Mobilità passiva	57.592	3.309	60.901	31
Totale consumo dei calabresi	277.810	10.467	288.277	147
Di cui al netto nido (spec. 31)				141

Popolazione 01/01/2013

1.958.238

Con l'applicazione delle regole di appropriatezza, il tasso grezzo di ospedalizzazione scende a 147 ricoveri per mille assistiti (e a 141 ricoveri per mille assistiti al netto del nido).

Nella valutazione del tasso di ospedalizzazione standardizzato bisogna confrontare il tasso con l'obiettivo nazionale (160 ricoveri per mille assistiti). Il consumo di ricoveri sopra indicato include già la mobilità, mentre non contempla l'aggiustamento per età e sesso. La popolazione calabrese è più giovane rispetto alla media italiana ed è necessario aggiustare con il coefficiente utilizzato per il riparto (prestazioni ospedaliere) che corrisponde a circa 97%. Le tre regioni *bench-mark* hanno, invece, una popolazione più anziana corrispondente ad un coefficiente del 104%.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato della Regione Calabria, misurato secondo i criteri LEA, è pari a 162 per 1.000 abitanti, come da Griglia LEA anno 2012.

Tabella 13: Confronto tra l'obiettivo nazionale di tasso di ospedalizzazione standardizzato, il tasso calabrese aggiustato, il tasso calabrese appropriato aggiustato e quello delle regioni *bench-mark* aggiustato.

Tasso di ospedalizzazione per mille abitanti (al netto nido)	L obiettivo massimo nazionale attuale	Il tasso effettivo calabrese 2012 (figura 8)	Il tasso calabrese appropriato 2012 (figura 10)	Il tasso delle regioni Bench-mark 2012
Acuzie e postacuzie	160	165	141	148
Coefficiente per età (*)	100%	97%	97%	104%
Tasso ricalcolato prendendo in considerazione l'età della popolazione	160	170	145	142

(*) per il calcolo del coefficiente per età sono state utilizzate le tabelle sulla popolazione pesata del riparto 2012-assistenza ospedaliera

Il confronto evidenzia che il tasso effettivo calabrese è ancora troppo alto rispetto al tetto nazionale e che il tasso delle regioni *bench-mark* è nettamente inferiore (142 ricoveri per mille abitanti). Anche il tasso calabrese appropriato aggiustato per età (145 ricoveri per mille abitanti) risulta leggermente più alto del *bench-mark*. Questi dati evidenziano, rispetto ad alcuni anni fa, che in tutta Italia il tasso di ospedalizzazione è in continua discesa, non soltanto in Calabria.

Si può quindi considerare una produzione di circa 240.000 ricoveri come un obiettivo di produzione appropriata da raggiungere, con la riserva di effettuare interventi mirati al recupero di prestazioni oggi erogate in mobilità passiva, seppure sia necessario approfondirne la composizione (si rimanda a paragrafo: Recupero della mobilità passiva).

2.3.2 Recupero della mobilità passiva

2.3.2.1 La mobilità passiva nel 2012

In riferimento al fenomeno della Mobilità Passiva, si registra per l'anno 2012 (banca dati di riferimento: I fase invio dei dati di attività), un Tasso di Ospedalizzazione in mobilità extraregionale pari a 31 per 1.000 abitanti, relativo a 60.916 ricoveri, per un tariffato complessivo di 214.256.688 .

Aumentando il livello di dettaglio, tra i primi 10 DRG per numero di ricoveri si osserva la seguente composizione della casistica:

- 5 DRG potenzialmente inappropriati, 3 di tipo medico e 2 di tipo chirurgico
 - 5.182 ricoveri, 10.330.165 tariffato;
- 1 DRG di alta complessità, di tipo chirurgico
 - 1.059 ricoveri, 10.206.194 tariffato.

Se si considerano invece i primi 10 DRG per tariffato:

- 2 DRG potenzialmente inappropriati, di tipo medico
 - 2.915 ricoveri, 7.249.618 tariffato;
- 5 DRG di alta complessità, di tipo chirurgico
 - 1.812 ricoveri, 27.915.321 tariffato.

Nelle tabelle di seguito si riporta il dettaglio con stratificazione per DRG e classificazione per regime del ricovero.

Tabella 14: Primi 10 DRG in mobilità extraregionale - ordinamento discendente per numero di ricoveri.

Anno di rendicontazione 2012 - Primi DRG per volumi di ricovero									
DRG	Classe	M/C	TOTALE		Totale Regime Ordinario		Totale Regime Diurno		
			Ricoveri	Tariffato	Ricoveri	Tariffato	Ricoveri	Tariffato	
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	410	Potenzialmente inappropriata	M	1.972	4.284.779	878	1.787.325	1.094	2.497.453
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	359	-	C	1.294	2.892.980	711	1.844.801	583	1.048.178
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	544	Alta complessità	C	1.059	10.206.194	1.059	10.206.194	-	-
Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	256	Potenzialmente inappropriata	M	943	2.964.839	669	2.872.637	274	92.202
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	503	Potenzialmente inappropriata	C	802	1.404.569	550	954.331	252	450.238
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	125	-	M	756	1.432.813	715	1.372.173	41	60.641
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	467	Potenzialmente inappropriata	M	745	478.608	428	392.697	317	85.910
Interventi sulla tiroide	290	-	C	722	1.926.072	717	1.915.529	5	10.542
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	055	Potenzialmente inappropriata	C	720	1.197.370	477	803.044	243	394.327
Interventi sul piede	225	-	C	715	1.561.745	583	1.313.385	132	248.360

Tabella 15: Primi 10 DRG in mobilità extraregionale - ordinamento discendente per tariffato.

Anno di rendicontazione 2012 - Primi DRG per volumi di tariffato									
DRG	Classe	M/C	TOTALE		Totale Regime Ordinario		Totale Regime Diurno		
			Ricoveri	Tariffato	Ricoveri	Tariffato	Ricoveri	Tariffato	
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	544	Alta complessità	C	1.059	10.206.194	1.059	10.206.194	-	-
Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	104	Alta complessità	C	298	7.160.099	298	7.160.099	-	-
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	410	Potenzialmente inappropriata	M	1.972	4.284.779	878	1.787.325	1.094	2.497.453
Trapianto di midollo osseo	481	Alta complessità	C	54	3.955.566	54	3.955.566	-	-
Malattie degenerative del sistema nervoso	012	-	M	566	3.374.781	467	3.251.281	99	123.500
Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	541	Alta complessità	C	55	3.345.729	55	3.345.729	-	-
Interventi maggiori sul torace	075	Alta complessità	C	346	3.247.733	345	3.245.341	1	2.392
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	558	-	C	332	2.992.311	330	2.978.225	2	14.086
Malattie e traumatismi del midollo spinale	009	-	M	332	2.982.908	233	2.921.169	99	61.739
Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	256	Potenzialmente inappropriata	M	943	2.964.839	669	2.872.637	274	92.202

In generale, considerando l'aggregazione per Classe DRG dell'intera produzione in Mobilità Passiva si registra la seguente composizione:

- Alta complessità Chirurgici 9% ricoveri, 35% tariffato;
- Alta complessità Medici 0,5% ricoveri, 1,5% tariffato;
- Potenzialmente inappropriati Chirurgici 14,5% ricoveri, 7% tariffato;
- Potenzialmente inappropriati Medici 23% ricoveri, 9% tariffato;
- Bassa e Media complessità Chirurgici 23% ricoveri, 25,5% tariffato;
- Bassa e Media complessità Medici 30% ricoveri, 22% tariffato.

In tabella si riportano i volumi di dettaglio con classificazione per regime di ricovero.

Tabella 16: Volumi di dettaglio con classificazione per regime di ricovero

Mobilità passiva File A anno 2012					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	12.141	1.907	50.370.008	4.646.335
Bassa e Media complessità	M	13.866	4.338	45.169.896	2.596.631
Alta complessità	C	5.473	41	74.002.539	136.119
Alta complessità	M	253	101	2.910.981	233.344
Potenzialmente inappropriato	C	4.540	4.301	8.128.504	6.551.571
Potenzialmente inappropriato	M	7.483	6.472	15.139.790	4.370.969
Totale		43.756	17.160	195.721.718	18.534.969

Analizzando il fenomeno della mobilità extraregionale in riferimento alla condizione anagrafica del paziente, oggetto di approfondimento nel corso delle diverse fasi che caratterizzano il processo di compensazione della mobilità sanitaria interregionale, si registra, per i 60.916 ricoveri erogati fuori Regione, la seguente composizione percentuale:

- 2,5% ricoveri con contestazione anagrafica effettuata da Regione Calabria;
- 8,5% Falsa Mobilità , costituita da ricoveri erogati a soggetti con domiciliazione sanitaria fuori Regione:
 - Alta complessità Chirurgici 0,6% ricoveri, 2,8% tariffato;
 - Alta complessità Medici 0,1% ricoveri, 0,2% tariffato;
 - Potenzialmente inappropriati Chirurgici 1% ricoveri, 0,4% tariffato;
 - Potenzialmente inappropriati Medici 2% ricoveri, 1% tariffato;
 - Bassa e Media complessità Chirurgici 1,6% ricoveri, 2% tariffato;
 - Bassa e Media complessità Medici 3,2% ricoveri, 2,8% tariffato.
- 89% Vera Mobilità :
 - Alta complessità Chirurgici 8% ricoveri, 31% tariffato;
 - Alta complessità Medici 0,5% ricoveri, 1% tariffato;
 - Potenzialmente inappropriati Chirurgici 13% ricoveri, 6% tariffato;
 - Potenzialmente inappropriati Medici 20,5% ricoveri, 8% tariffato;
 - Bassa e Media complessità Chirurgici 21% ricoveri, 23% tariffato;
 - Bassa e Media complessità Medici 26% ricoveri, 19% tariffato.

In riferimento alle quote di Vera e Falsa Mobilità , nelle tabelle di seguito si riporta il dettaglio sulla composizione dei ricoveri, con stratificazione per classe e tipologia del DRG erogato e classificazione per regime di ricovero.

Tabella 17: Mobilità passiva File A anno 2012 I Fase (Invio dei Dati di Attività)- Ricoveri erogati a soggetti senza contestazione anagrafica da parte di Regione Calabria e SENZA domiciliazione sanitaria fuori Regione nell'anno (vera mobilità)

Mobilità passiva File A anno 2012 (I Fase) - Vera mobilità					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	11.063	1.721	45.447.688	4.167.984
Bassa e Media complessità	M	11.601	4.033	38.187.191	2.254.279
Alta complessità	C	4.995	34	66.588.621	110.123
Alta complessità	M	197	97	2.246.659	214.935
Potenzialmente inappropriato	C	4.181	3.859	7.531.190	5.884.156
Potenzialmente inappropriato	M	6.652	5.788	13.350.910	3.487.192
Totale		38.689	15.532	173.352.258	16.118.669

Tabella 18: Mobilità passiva File A anno 2012 I Fase (Invio dei Dati di Attività) - Ricoveri erogati a soggetti senza contestazione anagrafica da parte di Regione Calabria e CON domiciliazione sanitaria fuori Regione nell'anno (falsa mobilità)

Mobilità passiva File A anno 2012 (I Fase) - Falsa mobilità					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	803	149	3.790.528	385.363
Bassa e Media complessità	M	1.705	215	5.531.968	289.746
Alta complessità	C	376	5	6.019.763	19.400
Alta complessità	M	43	2	506.922	15.923
Potenzialmente inappropriato	C	251	339	420.470	510.587
Potenzialmente inappropriato	M	649	537	1.518.338	779.265
Totale		3.827	1.247	17.787.991	2.000.283

Ponendo l'attenzione sulla mobilità di confine e di prossimità (banca dati di riferimento: III fase - controdeduzioni), che costituisce complessivamente circa il 30% dei ricoveri effettuati extraRegione e circa il 27% del tariffato addebitato a Regione Calabria, da una prima analisi si registrano per le quattro Regioni oggetto di studio (Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia) i seguenti valori percentuali in termini di ricoveri e tariffato:

- Campania 5% ricoveri, 3,8% tariffato;
- Puglia 6,7% ricoveri, 8,2%;
- Basilicata 4,6% ricoveri, 3,5% tariffato;
- Sicilia 14,1% ricoveri, 11,3% tariffato.

Considerando l'aggregazione per Classe DRG della produzione in Mobilità Passiva nelle suddette Regioni di prossimità si registra la seguente composizione:

- Alta complessità Chirurgici 2,3% ricoveri, 8,7% tariffato;
- Alta complessità Medici 0,2% ricoveri, 0,5% tariffato;
- Potenzialmente inappropriati Chirurgici 4,8% ricoveri, 2,1% tariffato;
- Potenzialmente inappropriati Medici 6,8% ricoveri, 2,3% tariffato;
- Bassa e Media complessità Chirurgici 6,4% ricoveri, 6,9% tariffato;
- Bassa e Media complessità Medici 9,9% ricoveri, 6,2% tariffato.

Nelle tabelle di seguito si riportano i valori di dettaglio per singola Regione di prossimità, con stratificazione per classe e tipologia del DRG erogato e classificazione per regime di ricovero. I valori nelle tabelle sotto riportate, relativi alla mobilità di prossimità, sono al netto dei ricoveri con contestazione anagrafica effettuata da Regione Calabria e riconosciuta dalla Regione addebitante.

Tabella 19: Mobilità passiva File A anno 2012 Fase III (Controdeduzioni) Regione di destinazione: CAMPANIA

Mobilità passiva File A anno 2012 (Fase III) - Campania					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	545	182	2.427.014	204.034
Bassa e Media complessità	M	629	251	1.727.200	140.021
Alta complessità	C	147	6	1.959.626	9.922
Alta complessità	M	12	3	127.213	28.377
Potenzialmente inappropriato	C	262	304	419.396	409.818
Potenzialmente inappropriato	M	273	419	365.287	233.522
Totale		1.868	1.165	7.025.736	1.025.694

Tabella 20: Mobilità passiva File A anno 2012 Fase III (Controdeduzioni) Regione di destinazione: PUGLIA

Mobilità passiva File A anno 2012 (Fase III) - Puglia					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	885	44	3.827.735	117.064
Bassa e Media complessità	M	1.060	116	2.907.423	49.718
Alta complessità	C	564	1	8.195.480	1.851
Alta complessità	M	26	6	252.214	9.554
Potenzialmente inappropriato	C	371	98	620.531	151.308
Potenzialmente inappropriato	M	692	190	1.294.576	107.901
Totale		3.598	455	17.097.959	437.396

Tabella 21: Mobilità passiva File A anno 2012 Fase III (Controdeduzioni) Regione di destinazione: BASILICATA

Mobilità passiva File A anno 2012 (Fase III) - Basilicata					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	429	102	1.615.548	239.747
Bassa e Media complessità	M	1.115	138	2.536.754	91.437
Alta complessità	C	115	3	1.422.225	13.025
Alta complessità	M	30	16	347.797	45.502
Potenzialmente inappropriato	C	146	149	223.710	223.656
Potenzialmente inappropriato	M	318	223	568.948	202.609
Totale		2.153	631	6.714.982	815.977

Tabella 22: Mobilità passiva File A anno 2012 Fase III (Controdeduzioni) Regione di destinazione: SICILIA

Mobilità passiva File A anno 2012 (Fase III) - Sicilia					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	1.422	284	5.606.895	740.300
Bassa e Media complessità	M	1.677	1.023	5.500.550	429.298
Alta complessità	C	558	7	7.109.890	26.409
Alta complessità	M	32	7	308.178	7.838
Potenzialmente inappropriato	C	358	1.222	645.845	1.776.643
Potenzialmente inappropriato	M	889	1.119	1.817.895	356.664
Totale		4.936	3.662	20.989.253	3.337.151

Come previsto nell ambito del PO 2013-2015, si identificano le linee guida per la costruzione del piano di recupero della mobilità.

2.3.2.2 Obiettivi per il recupero della mobilità passiva

A livello nazionale, l attuale orientamento contempla la possibilità di prevedere un recupero di mobilità passiva nel calcolo del fabbisogno regionale. In considerazione del fatto che nella Regione Calabria i posti letto di post-acuzie programmati dal DCA n. 9/2015 rapportati alla popolazione al 1/1/2012 determinano una percentuale di copertura pari a 0,7 e che la criticità nella post-acuzie, come si evince dalla Tabella 3 di confronto tra posti letto programmati e posti letto attivati, è principalmente dovuta alla mancata attivazione dei posti letto programmati, si prevede limitatamente alla attività in acuzie, di fissare un obiettivo finalizzato al recupero del 30% della mobilità passiva per acuti. Della suddetta percentuale, per i motivi indicati nei paragrafi successivi, si prevede di ricomprendere il 20% nei posti letto già programmati e il 10% ad integrazione (in incremento) del fabbisogno di posti letto. Tale incremento potrà essere implementato, nelle strutture pubbliche a gestione diretta, in funzione della messa a regime delle reti programmate ed in particolare, a seguito della verifica della persistenza dei requisiti funzionali e volumi di attività per ciascuna struttura della rete, nonché degli indicatori di appropriatezza e qualità dell assistenza. L eventuale attivazione di ulteriori posti letto pubblici a gestione indiretta e quindi di attività assistenziale erogata per conto del Servizio Sanitario regionale (erogatori privati) verrà valutato in coerenza con la presente programmazione e con i vincoli economici e finanziari della regione Calabria, in particolare con l obiettivo di:

- fornire immediate risposte al fabbisogno prestazionale, sopra rappresentato, richiesto dalla popolazione calabrese nelle singole patologie con particolare riferimento ai primi DRG di mobilità passiva;
- razionalizzare l offerta ai sensi del Patto per la Salute 2014-2016, con i principi, i criteri e gli indirizzi di cui al DM Salute n. 70/2015 e successivi regolamenti e circolari;
- definire il contraddittorio esistente con alcune strutture in conseguenza del limitato periodo di vigenza del DCA n. 29/2013.

Le prestazioni target per il recupero della mobilità sono indicate nel paragrafo successivo.

La possibilità di un recupero della mobilità passiva richiede investimenti di:

- personale (competenze specialistiche);
- risorse tecnologiche;
- qualità delle prestazioni (di rimodulazione dell offerta);
- comfort alberghiero;
- facilità di accesso (es. abbattimento delle liste di attesa).

Tali investimenti normalmente necessitano di qualche anno per essere completati. Un elemento di forza in questa fase è rappresentato dalla riorganizzazione operativa delle reti assistenziali per intensità di cura. Si prevede

pertanto di programmare gli specifici investimenti, da implementare nel medio periodo, nell'ambito delle reti assistenziali per intensità di cura e nei relativi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), con particolare riferimento alla rete oncologica, al PDTA della tiroide e dell'ortopedia.

2.3.2.3 Prestazioni target per il recupero

In generale, emerge che una parte rilevante della mobilità riguarda casi di bassa e media complessità. Si ritiene pertanto di poter incidere nel breve e medio periodo per il recupero di tale quota attraverso azioni finalizzate alla fidelizzazione della popolazione quali la promozione dei servizi e dei percorsi riorganizzati attraverso specifiche campagne di informazione. A tal fine le reti e i PDTA dovranno contenere la programmazione delle azioni di comunicazione e informazione.

Relativamente ai DRG a più alta complessità si ritiene che gli interventi di recupero necessitino di una tempistica maggiore in quanto subordinati ad investimenti in termini di risorse tecnico professionali su cui in questo primo periodo si potrà intervenire prevalentemente con percorsi formativi e di affiancamento.

Dall'analisi sopra riportata emerge che i flussi migratori in particolare riguardanti i **ricoveri chirurgici delle discipline di ortopedia e oncologia, nonché gli interventi sulla tiroide**, rappresentano una parte importante della mobilità passiva. Nelle tabelle seguenti si riporta l'analisi della mobilità extra regionale relativa ai ricoveri chirurgici sopra richiamati.

Chirurgia oncologica

Tabella 23: Mobilità extraregionale per interventi chirurgici per area geografica

Area	ASP	Tumore mammella	Tumore colon retto	Tumore prostata	Tumore vescica	Tumore polmone	Neoplasie ginecologiche	Totale
Nord	Cosenza	204	134	130	161	59	83	771
Centro	Catanzaro	32	44	48	42	28	41	235
	Crotone	50	17	33	37	10	18	165
	Vibo Valentia	35	46	20	24	17	14	156
	Totale Area Centro	117	107	101	103	55	73	556
Sud	Reggio Calabria	185	139	91	102	90	65	672
Totale		506	380	322	366	204	221	1.999

Tabella 24: Mobilità extraregionale Chemioterapia

Area	ASP	RO Dimessi	RO Giornate	DH Dimessi	DH Accessi	Totale
						RO + DH
Nord	Cosenza	298	1.153	469	3.009	767
Centro	Catanzaro	104	370	97	708	201
	Crotone	65	270	74	565	139
	Vibo Valentia	96	329	101	629	197
	TOTALE Area Centro	265	969	272	1902	537
Sud	Reggio Calabria	321	1.265	316	2.046	637
Totale		884	3.387	1.057	6.957	1.941

Il fenomeno della mobilità extraregionale dei cittadini calabresi risulta omogeneo per le tre aree geografiche (Nord, Centro, Sud).

I dati relativi alla mobilità extraregionale per gli interventi chirurgici dei maggiori tumori e di chemioterapia vedono uno spostamento in particolare verso strutture delle regioni Lombardia, Lazio ed Emilia Romagna.

Un fenomeno da considerare è la mobilità passiva verso strutture di regioni confinanti o viciniori come la Sicilia e la Puglia con le quali sarà valutata l'opportunità di sottoscrivere specifici accordi.

I ricoveri per gli interventi chirurgici delle maggiori patologie oncologiche effettuati in mobilità passiva nell'anno 2012 sono stati 1.999, pari al 37% del volume complessivo. La tabella seguente riporta l'analisi dei dati per specifica patologia.

Tabella 25: Confronto dati ricoveri mobilità extraregionale e produzione regionale sui propri assistiti per interventi chirurgici

Tumore	(a) Produzione Regione	(b) Produzione mobilità	(a+b) Totale	% Regione /Totale	% Mobilità /Totale
Mammella	688	506	1.194	58%	42%
Colon Retto	838	380	1.218	69%	31%
Prostata + Vescica	1.321	688	2.009	66%	34%
Polmone	123	204	327	38%	62%
Neoplasie ginecologiche	371	221	592	63%	37%
Totale	3.341	1.999	5.340	63%	37%

Tra le cause della mobilità passiva relativa al trattamento di tumori vi sono: la ricerca dell'efficacia clinica, la ricerca dell'efficienza, la ricerca di un servizio più orientato alle esigenze del malato, l'esigenza di comunicazione con il paziente. Colmare il divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria nel trattamento dei tumori rispetto alle altre realtà regionali rappresenta quindi un asse prioritario nella programmazione della rete oncologica regionale.

Si prevede pertanto di intervenire sui punti che attualmente rivestono maggiore criticità, ed in particolare:

- attivazione della rete oncologica regionale;
- implementazione dei programmi di screening;
- suddivisione dei ricoveri per intensità di cura;
- incremento dei volumi di attività di chirurgia oncologica;
- rafforzamento degli organici esistenti attraverso investimenti sulla formazione ai fini dell'acquisizione e il miglioramento di competenze specialistiche (clinical competence);
- investimento nella organizzazione effettiva della rete regionale che dovrà essere gestita, sulla base del modello proposto, sia a livello di Area che a livello regionale con la definizione di indicatori di processo e di esito dei diversi percorsi terapeutici assistenziali;
- definizione di un piano degli investimenti strutturali e tecnologici;
- implementazione del sistema informativo oncologico.

Se da una parte la mobilità è un inevitabile libera scelta del cittadino, è pur vero che essa si manifesta sempre come distorsione di una domanda dettata dallo squilibrio nel rapporto tra domanda stessa, bisogni e offerta interna. Tra gli obiettivi di riduzione della mobilità passiva relativa alla cura dei tumori, bisognerà pertanto ricostruire il giusto rapporto tra le precedenti istanze anche modulando la quantità e/o qualità dell'offerta. In tal senso, in linea con le analisi e la programmazione contenuta nel documento relativo alla rete oncologica di cui al DCA n. 10 del 2 aprile 2015, si prevede un aumento del 20% dei volumi attuali degli interventi chirurgici per le maggiori sedi tumorali (mammella, colon retto, polmone, tumori ginecologici, prostata vescica), quando tutti i relativi PDTA saranno implementati.

Interventi sulla tiroide

Per quanto riguarda gli interventi sulla tiroide emerge una mobilità passiva consistente. Gli interventi effettuati in regione Calabria nell'anno 2012 sono infatti n. 860, quelli effettuati dai cittadini calabresi in altre regioni sono 734. Le tabelle seguenti riportano il dettaglio dei ricoveri per regione e azienda sanitaria.

Tabella 26: ricoveri effettuati dalle strutture della Regione Calabria per interventi sulla tiroide (2012)

Regione di ricovero	ASR	RO Dimessi	RO Giornate	DH Dimessi	DH Accessi	Totale RO+DH
180 Calabria	180201 - A.S.P. Cosenza	221	870	2	3	223
	180202 - A.S.P. Crotone	9	47	0	0	9
	180203 - A.S.P. Catanzaro	37	144	0	0	37
	180204 - A.S.P. Vibo Valentia	73	255	0	0	73
	180205 - A.S.P. Reggio Calabria	121	480	0	0	121
	180912 - Azienda Ospedaliera Di Cosenza	74	322	55	115	129
	180913 - Azienda Ospedaliera Pugliese Ciacio Catanzaro	62	381	0	0	62
	180914 - A.O. Mater Domini Catanzaro	133	668	0	0	133
	180915 - Azienda Osp. Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria	73	297	0	0	73
Totale		803	3.464	57	118	860

Tabella 27: mobilità passiva per interventi sulla tiroide (2012)

Regione di ricovero	RO Dimessi	RO Giornate	DH Dimessi	DH Accessi	Totale (RO+DH)
090 - Toscana	269	699	0	0	269
120 - Lazio	151	736	1	2	153
190 - Sicilia	116	487	0	0	116
030 - Lombardia	47	206	0	0	47
160 - Puglia	43	224	0	0	43
080 - Emilia Romagna	34	192	3	12	46
050 - Veneto	14	58	0	0	14
010 - Piemonte	13	44	0	0	13
100 - Umbria	10	53	0	0	10
170 - Basilicata	7	28	0	0	7
070 - Liguria	3	8	1	3	6
130 - Abruzzo	3	15	0	0	3
150 - Campania	3	13	0	0	3
060 - Friuli Venezia Giulia	2	12	0	0	2
042 - P.A. Trento	1	7	0	0	1
140 - Molise	1	3	0	0	1
Totale					734

Considerata l'elevata prevalenza di patologie tiroidee nella regione e l'introduzione negli ultimi anni di tecniche diagnostiche più raffinate che permettono l'identificazione di disfunzioni subcliniche o di piccole formazioni nodulari non rilevabili all'esame clinico, si ritiene possibile individuare specifiche azioni per il recupero della mobilità passiva.

In particolare, sarà definito un percorso diagnostico terapeutico che, attraverso un approccio per processi, consentirà di strutturare e integrare le attività e gli interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione (territorio, ospedale) sono coinvolte nella presa in cura del cittadino. Il percorso consentirà inoltre di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle Linee Guida procedurali, alle risorse disponibili conducendo, attraverso la misura delle attività e degli esiti, al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia di ogni intervento e al recupero della mobilità passiva che si ipotizza possa essere del 20% nell'arco di un biennio.

Interventi di chirurgia ortopedica

Per quanto riguarda la chirurgia ortopedica emerge una mobilità passiva pari ad oltre il 50% della produzione regionale. Gli interventi effettuati in regione Calabria nell'anno 2012 sono stati infatti n. 9.645, quelli effettuati dai cittadini calabresi in altre regioni sono stati 4.927. Le tabelle seguenti riportano il dettaglio dei ricoveri per regione e azienda sanitaria.

Tabella 28: ricoveri effettuati dalle strutture della Regione Calabria per interventi di chirurgia ortopedica (2012)

Regione di ricovero	ASR	RO Dimessi	RO Giornate	DH Dimessi	DH Accessi	Totale RO+DH
180 - Calabria	180201 - A.S.P. Cosenza	1.755	13.786	29	63	1.784
	180202 - A.S.P. Crotone	438	4.108	1	1	439
	180203 - A.S.P. Catanzaro	2.064	13.737	69	89	2.133
	180204 - A.S.P. Vibo Valentia	346	3.073	54	60	400
	180205 - A.S.P. Reggio Calabria	2.401	24.573	242	243	2.643
	180912 - Azienda Ospedaliera Di Cosenza	683	6.239	58	95	741
	180913 - Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio (Catanzaro)	758	8.416	17	17	775
	180914 - A.O. Mater Domini (Catanzaro)	73	571	66	67	139
	180915 - Azienda Osp. Bianchi-Melacrino-Morelli (Reggio Calabria)	581	5.617	10	10	591
Totale		9.099	80.120	546	645	9.645

Tabella 29: mobilità passiva per interventi di chirurgia ortopedica (2012)

Regione di ricovero	RO Dimessi	RO Giornate	DH Dimessi	DH Accessi	Totale RO+DH
080 - Emilia Romagna	1.029	6.568	67	70	1.096
030 - Lombardia	758	4.837	10	10	768
120 - Lazio	615	3.765	118	191	733
090 - Toscana	484	2.444	29	29	513
190 - Sicilia	387	2.066	72	72	459
160 - Puglia	345	1.897	10	19	355
010 - Piemonte	171	1.278	37	42	208
150 - Campania	164	937	34	74	198
170 - Basilicata	146	999	26	48	172
100 - Umbria	135	359	12	12	147
050 - Veneto	110	906	26	41	136
070 - Liguria	45	338	10	14	55
110 - Marche	24	106	2	2	26
130 - Abruzzo	16	115	2	2	18
060 - Friuli Venezia Giulia	13	104	6	6	19
140 - Molise	8	60	0	0	8
042 - P.A. Trento	5	21	2	2	7
020 - Valle d'Aosta	3	19	0	0	3
041 - P.A. Bolzano	3	25	0	0	3
200 - Sardegna	2	26	1	1	3
Totale	4.463	26.870	464	635	4.927

Il fenomeno della mobilità interregionale per la chirurgia ortopedica, in particolare quella protesica è consistente. Se è vero che esistono tipologie di mobilità dipendenti da fattori peculiari (temporanea lontananza dalla regione per motivi di lavoro o di studio) o proprie di patologie e procedure medico-chirurgiche estremamente rare, per le quali può ritenersi giustificato il ricorso a Centri di eccellenza su altri territori nazionali, altrettanto non può dirsi per la chirurgia protesica la quale presenta significativi saldi passivi di mobilità. Si tratta, nel caso specifico, di mobilità in larga parte evitabile, legata all'inadeguatezza dell'offerta, ma anche a sfiducia e disinformazione; tali problematiche potrebbero essere adeguatamente contrastate favorendo politiche volte all'ottimizzazione delle risorse e al potenziamento delle strutture già esistenti e promuovendo, anche attraverso una corretta e completa informazione ai cittadini, l'attività delle strutture sanitarie già in grado di offrire buoni standard qualitativi.

Si prevede pertanto di intervenire sui punti che attualmente rivestono maggiore criticità, ed in particolare:

- definizione del PDTA per gli interventi di ortopedia (protesizzazione);
- riduzione del tempo medio di attesa per gli interventi chirurgici;
- ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie con relativo incremento degli interventi;
- incremento dei volumi di attività di chirurgia ortopedica con significativi saldi passivi di mobilità;
- rafforzamento degli organici esistenti attraverso investimenti sulla formazione ai fini dell'acquisizione e il miglioramento di competenze specialistiche (clinical competence);
- definizione di un piano degli investimenti strutturali e tecnologici;
- definizione piano di informazione e promozione ai cittadini.

2.3.2.4 Accordi di confine

Inoltre, alla luce della rilevante quota di attività di ricovero extraregionale rappresentata dalla mobilità di confine e di prossimità, si procederà a definire i relativi accordi con le Regioni interessate.

2.3.3 Il nuovo fabbisogno per l'assistenza ospedaliera

A partire dal fabbisogno di prestazioni ospedaliere individuate e delle aree di prestazioni attualmente erogate in mobilità passiva per le quali si sono previsti interventi di recupero, di seguito si illustrano i razionali per l'aggiornamento delle dotazioni programmate di posti letto.

L'andamento attuale dell'attività di ricovero evidenzia un potenziale problema legato all'attuale fase di riorganizzazione della rete Calabrese non ancora a regime. In dettaglio:

- il percorso di riordino della rete delle post-acuzie non è ancora stato attuato;
- le reti di specialità non sono state ancora completamente attuate;
- la riorganizzazione della rete ospedaliera programmata con il DCA n. 9/2015 non è ancora completamente implementata;
- la programmazione della rete territoriale è stata ultimata con il DCA n. 76/2015 ed è in fase iniziale la sua implementazione da parte delle aziende sanitarie.

Gli obiettivi sopra esposti richiedono dei tempi per essere realizzati in pieno. È necessario proseguire ad implementare la rete ospedaliera come disegnata, attivando un'integrazione all'interno del singolo presidio e tra i presidi di ciascuna rete ospedaliera.

Il rafforzamento del Distretto attraverso le Case della Salute non è ancora stato realizzato e l'assistenza territoriale presenta ancora scostamenti importanti rispetto agli standard nazionali. Pertanto le azioni di adeguamento dell'attuale offerta al fabbisogno di prestazioni ospedaliere appropriate potranno essere effettuate contestualmente all'attivazione dell'integrazione tra ospedale e territorio e dell'assistenza distrettuale.

I posti letto pubblici programmati non ancora attivati sono 836 (4.697 pl programmati vs n. 3.861 attivi) di cui n. 645 pl di acuzie e 191 pl di post-acuzie.

La criticità relativa alla non attivazione dei posti letto pubblici programmati è principalmente dovuta alla mancata attivazione dei pl di post-acuzie (come si evince dalla Tabella 3 di confronto tra pl programmati e pl attivati), da attribuire alla non disponibilità delle professionalità necessarie. Al fine di attivare la rete nel più breve tempo possibile si è comunque provveduto a riallocare le unità operative di riabilitazione (cod.56) e lungodegenza (cod. 60) degli ex ospedali riconvertiti in Case della Salute nei presidi ospedalieri Spoke e Generali del territorio di afferenza. In particolare, i posti letto di post-acuzie delle Case della Salute dell'area nord (Praia a Mare, Mormanno) sono stati riallocati negli Spoke di Rossano-Corigliano, Cetraro Paola e Castrovillari. I posti letto di post-acuzie delle Case della Salute/strutture territoriali dell'area sud (Scilla, Oppido Mamertina e Cittanova) sono stati riallocati negli Spoke di Locri e nell'ospedale Generale di Melito Porto Salvo. L'attivazione dei pl riallocati è prevista:

- n. 91 entro il 30/06/2016;
- n. 100 entro il 31/12/2017.

Anche relativamente ai posti letto per acuti si ritiene necessario, al fine di garantire le prestazioni ospedaliere ai cittadini domiciliati in Calabria e cittadini che fruiscono di prestazioni in mobilità attiva, incrementare l'offerta ospedaliera di cui al fabbisogno espresso dal DCA n. 9/2015 pari a 6.494 posti letto, di cui per acuti 5.130 e per post-acuzie 1.364, adeguando inoltre per la post-acuzie la dotazione programmata allo standard corretto per mobilità (0,64/1000 ab.).

In relazione all'esigenza di affrontare il recupero della mobilità passiva, si ritiene necessario fissare uno specifico obiettivo relativo al recupero del 30% della mobilità passiva. Della suddetta percentuale, per i motivi sopra esposti, si prevede di ricomprendere il 20% nei posti letto già programmati e il 10% ad integrazione (in incremento) del fabbisogno di cui al DCA n. 9/2015 di posti letto per acuti. Tale incremento potrà essere implementato, nelle strutture pubbliche a gestione diretta, in funzione della messa a regime delle reti programmate ed in particolare, a seguito della verifica della persistenza dei requisiti funzionali e volumi di attività per ciascuna struttura della rete, degli indicatori di appropriatezza e qualità dell'assistenza, nonché a seguito dell'implementazione di un efficace sistema di *governance* delle reti dell'emergenza urgenza, ospedaliera e territoriale. Pertanto, il percorso di assegnazione dei posti letto programmati in incremento per il recupero della mobilità passiva, seguirà i criteri di valutazione sopra richiamati e i posti letto saranno assegnati alle unità operative che, in condizione di efficienza e di appropriatezza, avranno saturato l'utilizzo dei posti letto già attivi. L'eventuale attivazione di ulteriori posti letto pubblici a gestione indiretta e quindi di attività assistenziale erogata per conto del Servizio Sanitario regionale (erogatori privati) verrà valutata in coerenza con la presente programmazione e con i vincoli economici e finanziari della regione Calabria, ed in particolare con l'obiettivo di:

- fornire immediate risposte al fabbisogno prestazionale, sopra rappresentato, richiesto dalla popolazione calabrese nelle singole patologie con particolare riferimento ai primi DRG di mobilità passiva;
- razionalizzare l'offerta ai sensi del Patto per la Salute 2014-2016, con i principi, i criteri e gli indirizzi di cui al DM Salute n. 70/2015 e successivi regolamenti e circolari;
- definire il contraddittorio esistente con alcune strutture in conseguenza del limitato periodo di vigenza del DCA n. 29/2013.

Di conseguenza, come illustrato nella seguente tabella, la dotazione programmata di posti letto è pari a **6.850 posti letto**, di cui **5.554 posti letto per acuti** e **1.296 posti letto per post-acuzie**.

Tabella 30: Fabbisogno rete ospedaliera

		PL equivalenti (ante percorso appropriatezza)	PL attivati (HSP12-13)	Fabbisogno PL DPGR n.18/2010	PL Assegnati con DPGR 106-136/11 26-106-174-175/12 57/13	PL Assegnati con DCA 9 - 38/2014	Fabbisogno Programmato da presente documento
		A	B	C	D	E	F
Pubblico	G=H+I		3.861	4.825	4.422	4.531	4.697
di cui Acuzie	H		3.691	4.031	4.042	4.090	4.336
di cui Postacuzie	I		170	794	380	441	361
Privato	L=M+N		1.884	1.570	1.876	1.864	1.864
di cui acuzie	M		1.038	1.000	976	941	941
di cui postacuzie	N		846	570	900	923	923
Recupero Mobilità Passiva							
di cui acuzie	O					99	289
Totale	P=G+L+O	5.480	5.954	6.395	6.298	6.494	6.850
PL x 1.000 ab		2,8	3,0	3,2	3,2		3,4
di cui acuzie	Q=H+M+O	4.839	4.906	5.031	5.018		5.566
PL Acuzie x 1.000 ab		2,4	2,5	2,5			2,8
di cui postacuzie	R=I+N	641	1.048	1.364	1.280		1.284
PL Postacuzie x 1.000 ab		0,3	0,5	0,7	0,6		0,6

I Posti Letto sono al netto dei PL Tecnici.

Con periodicità almeno biennale, in funzione della messa a regime della rete territoriale e dei percorsi per il recupero della mobilità passiva, la presente programmazione sarà aggiornata al fine di adeguare la dotazione di posti letto alle mutate condizioni esterne, sempre in ossequio a quanto previsto nel DM Salute n. 70/2015

Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera che, all'art. 1, comma 3 prevede il calcolo dello standard di pl corretto con il saldo di mobilità.

Sintesi della dotazione di posti letto

Posti letto Acuti		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Ordinari	Numero	3.876	4.407
	Per 1.000 ab.	1,95	2,21
Day Hospital	Numero	596	396
	Per 1.000 ab.	0,30	0,20
Day surgery	Numero	257	474
	Per 1.000 ab.	0,13	0,24
Posti letto Riabilitazione		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Ordinari	Numero	697	847
	Per 1.000 ab.	0,35	0,43
Day Hospital	Numero	76	81
	Per 1.000 ab.	0,04	0,04
Posti letto Lungodegenza		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Numero		243	356
Per 1.000 ab.		0,12	0,18
Totale		5.745	6.561

Nella tabella sono indicati i posti letto assegnati, esclusi i 289 programmati, ma allo stato attuale non assegnati e quindi non configurabili come ordinari, DH o DS.

Posti letto di residenzialità territoriali criteri di equivalenza ai Posti letto ospedalieri

L'articolo 1, comma 3, lettera c), del DM n. 70/2015, ai fini del calcolo della dotazione dei posti letto nel rispetto di un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza, considera equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nella relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le Regioni e le Province Autonome coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, con alcune eccezioni.

P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L. ospedalieri	2.016	Note
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A1)	R1 = pl 154 RRE1 - RRE2 = pl 507 Totale = pl 661(*)	Il seguente rapporto tra PL autocertificati dalla Regione e PL territoriali residenziali in NSIS (A1+A2) / [(PL totali modello STS 24 Quadro G) + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)] deve risultare compreso nell'intervallo (0,98 e 1,02)
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN <tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A2)	R2 = pl 1.358 R3 = pl 1.100 RD4 = pl 246 RD5 = pl 332 Totale = pl 3.036	
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n.38 per le cure palliative e terapia del dolore (B)	Hospice = pl 21	Deve risultare <= (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 5 Assistenza malati terminali)
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie per la salute mentale (C)		Deve risultare <= (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 1 Assistenza psichiatrica)
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione (D)		Deve risultare <= [(PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 3 Assistenza ai disabili psichici) + (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 4 Assistenza ai disabili fisici) + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)]
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011) (E).		
P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L. ospedalieri [A1 - B - C - D - E]		
Per 1.000 ab.		
Sono in corso di revisione i nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento, all'esito dei quali verranno ridefinite le nuove tariffe per l'assistenza territoriale, in coerenza con i valori osservati nelle altre Regioni italiane. Si ritiene, pertanto, che all'esito delle azioni descritte, non vi saranno posti letto di assistenza territoriale con tariffe superiori a quella della lungodegenza ospedaliera.		

2.4 Principi, indirizzi e criteri per lo sviluppo della rete ospedaliera

Il presente paragrafo descrive i principi, gli indirizzi ed i criteri per lo sviluppo della rete ospedaliera, fornendo le precisazioni affinché la configurazione e l'attuazione della rete ospedaliera sia compatibile con vincoli ed esigenze di seguito riportati:

- concentrazione e specializzazione dell'offerta degli erogatori;

- adeguamento della rete ospedaliera ai criteri organizzativi del DCA n. 9/2015 e del presente decreto con riconduzione, per quanto possibile, al modello strutturale ivi previsto;
- definizione della dotazione minima di posti letto per struttura complessa;
- compatibilità con gli interventi realizzati o in corso di realizzazione mediante finanziamenti pubblici;
- definizione dell'offerta dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Mater Domini che deve avvenire di concerto con l'Università degli Studi Magna Græcia;
- sperimentazione di *partnership* con erogatori privati di elevato standing finalizzate al trasferimento di competenze (formazione) e al miglioramento della percezione della qualità dell'offerta sanitaria e, di conseguenza, all'aumento della fiducia del cittadino nel SSR.

La configurazione per struttura è illustrata nelle relative schede costituenti l'**Allegato 1** al decreto, contenente le dotazioni rilevate dal NSIS a febbraio 2016 (HSP 12), e la nuova configurazione oggetto della presente programmazione.

2.4.1 Concentrazione e specializzazione dell'offerta degli erogatori

Nel disegno della rete ospedaliera si è tenuto conto di una serie di requisiti determinanti per una buona sanità:

- l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dell'emergenza-urgenza che richiede ai presidi una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità delle prestazioni per i casi ad alta complessità; la Regione, con DCA n. 9/2015, ha approvato la rete integrata ospedaliera e dell'emergenza-urgenza, sulla base del modello Hub e Spoke. L'attuale Rete di emergenza distingue i presidi in quattro gruppi (Hub, Spoke, Presidi ospedalieri sede di Pronto Soccorso, Presidi ospedalieri in zone disagiate), le cui caratteristiche sono descritte nella rete dell'emergenza-urgenza;
- la concentrazione delle patologie complesse di urgenza presso gli HUB (Cardiovascolari, Stroke, Politrauma, Ostetrico-Neonatale, Pediatria...);
- la concentrazione delle specialità come indicato dalla Tabella Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina (**Allegato 2**) di cui agli standard minimi e massimi di struttura per singola disciplina contenuti nel Decreto Ministero della Salute n. 70/2015: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera ed in coerenza con gli attuali orientamenti contenuti nel Patto della Salute;
- l'aumento di offerta in settori che risultano carenti e riduzione in quelli che evidenziano eccedenza;
- l'integrazione degli erogatori privati all'interno del cluster;
- le caratteristiche dimensionali della rete ospedaliera esistente che permettono soltanto ad alcuni presidi pubblici di raggiungere una dimensione ottimale per un ospedale generale che svolga un ruolo all'interno della rete di emergenza (tendenzialmente maggiore di 120 PL).

In tal senso saranno favoriti soprattutto per la parte di offerta privata, ulteriori ed eventuali percorsi di riorganizzazione che garantiscano, in particolare, per ambiti specifici (oculistica, ortopedia, cardiologia, urologia, materno infantile), la conformazione di strutture dedicate purché assicurino direttamente o con accordi formali l'iter diagnostico terapeutico riabilitativo completo per la patologia presa in carico (esempio punto parto con contestuale neonatologia/pediatria, ortopedia con contestuale riabilitazione, cardiologia con contestuale riabilitazione). Saranno altresì favoriti percorsi di riorganizzazione e di concentrazione, anche fisica, delle strutture in coerenza con il raggiungimento dei livelli dimensionali, di volumi ed esiti definiti dal DM Salute n. 70/2015 oltreché finalizzati alla specializzazione delle strutture.

Nella riorganizzazione della rete ospedaliera oggetto del presente documento è stata presa a riferimento l'articolazione strutturale contenuta nella Tabella Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina (**Allegato 2**) di cui agli standard minimi e massimi di struttura per singola disciplina contenuti nel DM Salute n.

70/2015: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera .

2.4.2 Ulteriori aspetti organizzativi

Sono individuati i seguenti ulteriori criteri organizzativi per quanto non definito dalla rete ospedaliera di cui al presente documento cui le aziende dovranno attenersi nel processo di riorganizzazione delle attività:

- i servizi di Radioterapia, Radiologia interventistica, Medicina nucleare, Dialisi (per i posti tecnici dedicati all'attività dialitica), Nido (per le culle), Osservazione breve intensiva, devono intendersi dotati di posti letto tecnici non rientranti negli standard dei posti letto per acuti; mentre i posti letto di MCAE (Medicina e Chirurgia di accettazione ed emergenza) sono considerati posti letto effettivi, che rientrano nello standard numerico.
- l'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione costituisce un'unica struttura complessa alla quale afferiscono le attività di rianimazione, anche quando dotate di posti letto, e le attività anestesiológicas; nel presente decreto i posti letto di terapia intensiva attribuiti alle singole strutture sono da intendersi comprensivi dei posti letto di rianimazione e di quelli di terapia intensiva, post chirurgica;
- i posti letto di UTIC, UTIN e SU fanno capo all'unica Unità Operativa complessa Cardiologica, Neonatologica e Neurologica, rispettivamente;
- nei presidi in cui la funzione di neonatologia è garantita da una dotazione di posti letto inferiore a 10, e non vi è la presenza di UTIN, le relative strutture (semplici) sono accorpate a quelle di pediatria;
- nelle Pediatrie è prevista una struttura semplice di diabetologia pediatrica in coerenza con quanto previsto dalla rete diabetologia pediatrica.
- attività specialistiche ambulatoriali di cardiologia sono obbligatorie nei presidi pubblici dove non sono previsti posti letto della relativa disciplina. Inoltre, le consulenze specialistiche delle discipline assenti nei presidi pubblici devono essere comunque assicurate in ambito Aziendale;
- le Unità di lungodegenza, laddove presenti negli ospedali pubblici, sono qualificate come strutture semplici polispecialistiche aggregate alle Unità di medicina generale;
- i posti letto di SPDC e la relativa Unità Operativa Complessa sono attribuiti alla struttura in cui sono allocati;
- per quanto riguarda l'offerta pubblica, poiché l'attività di post-acuzie è attività ospedaliera che non può essere svolta da strutture territoriali non può essere erogata presso alcuna struttura territoriale e più specificatamente nelle Case della Salute.

2.4.3 Protocolli con l'Università

La Regione Calabria ha decretato con DPGR n. 110/2012 la proposta di protocollo di intesa tra la Regione e l'Università degli Studi Magna Græcia, essendo il precedente scaduto nell'anno 2008. Il Protocollo regola, per legge, i rapporti tra l'Università e la Regione in materia di attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza svolta per conto del Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto dell'autonomia delle strutture competenti e negli interessi comuni della tutela della salute della collettività, della formazione di eccellenza, dello sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria. Si regolano, in particolare, l'assetto organizzativo, la programmazione, la gestione economico-finanziaria e patrimoniale dell'Azienda ospedaliero-universitaria.

I Ministeri affiancanti hanno espresso, con parere n. 46 del 24 gennaio 2013, specifici rilievi nei confronti del contenuto del modello di Accordo approvato dal DPGR n. 110/2012, successivamente ribaditi in sede di Tavolo di Verifica. La Regione ha, conseguentemente, proceduto alla riformulazione del modello di Accordo e, previa negoziazione con l'Università, ha trasmesso in approvazione preventiva una nuova proposta di accordo.

La nuova bozza è stata valutata con parere prot. CALABRIA-DGPROG-13/06/2014-0000135-P: si è, pertanto, provveduto ad istruire le variazioni necessarie per superare gli ulteriori rilievi formulati dai Ministeri affiancanti, sempre previa negoziazione con la controparte universitaria.

Il documento, così aggiornato, non ha però potuto terminare l'iter amministrativo poiché, a seguito delle dimissioni del Presidente della Giunta regionale anche dalla carica di Commissario ad acta per la sanità, dal marzo del 2014 al settembre 2014 e da dicembre 2014 a marzo 2015, la struttura commissariale non ha potuto operare nella sua interezza e quindi adottare atti di programmazione.

Nel frattempo è intervenuta la nuova programmazione sanitaria (DCA n. 9 del 4 aprile 2015), le cui novità introdotte, prima tra tutte l'integrazione tra l'azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio e l'azienda ospedaliero universitaria Mater Domini oltreché l'esigenza di aggiornare la configurazione dell'offerta sanitaria in coerenza con i parametri del DM Salute n. 70/2015, hanno richiesto un ulteriore aggiornamento del Protocollo di Intesa.

In data 2 marzo 2016, acquisita l'intesa con il Magnifico Rettore dell'Università Magna Graecia di Catanzaro, è stata inviata in preventiva approvazione ai Ministeri vigilanti, la nuova bozza di Protocollo di Intesa.

2.4.4 Partnership con gli erogatori privati

2.4.4.1 Convenzione Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio di Catanzaro Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Le finalità dell'Intesa tra l'AO di Catanzaro e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma sono state:

- dotare l'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio della Regione Calabria di un "Centro Pediatrico Specialistico" per l'assistenza di I e II livello, con i requisiti strutturali e organizzativi corrispondenti agli standard di eccellenza, di attività, di processo e di prodotto indicati nelle normative vigenti;
- contenere la mobilità extra-regione di pazienti pediatrici, con contestuale riduzione degli oneri a carico della Regione Calabria;
- qualificare e aggiornare il personale appartenente all'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio.

La finalità principale quindi è stata quella del recupero della fiducia nelle istituzioni calabresi e di un aggiornamento delle pratiche e dei processi operativi locali, da importare nella AO di Catanzaro e creando effetti virtuosi nell'intera rete pediatrica regionale.

La convenzione ha avuto come obiettivo il trasferimento di *know how*, il miglioramento delle procedure cliniche interne, la valorizzazione delle competenze interne, da cui ne consegue un miglioramento della qualità e quindi della fiducia dei cittadini verso le capacità regionali. L'intesa ha previsto i seguenti vantaggi per la Regione:

- creazione di un Centro capace di trattenere la popolazione pediatrica riducendo nel tempo la mobilità passiva mediante una convenzione con l'attuale principale riferimento extra-regionale per la cura delle patologie pediatriche;
- riduzione dei costi attraverso l'integrazione del personale locale già strutturato (medico ed infermieristico) con il personale appartenente al partner prescelto, con programmazione di rotazione su base settimanale dei medici specialisti in ragione della casistica espressa nelle liste di prenotazione;
- adozione di protocolli e procedure rispondenti a criteri internazionali che permettano una gestione più appropriata delle patologie prese in carico, con una diminuzione virtuosa del costo assistenziale;
- individuazione di percorsi clinico assistenziali integrati per quei pazienti che necessitano di cure altamente specializzate e non disponibili localmente perché erogabili da strutture di terzo livello;
- aggiornamento e riqualificazione professionale del personale locale per un trasferimento dell'*expertise* ai professionisti locali.

L'intesa con l'OPBG si è concentrata nella fase 1, ovvero nella creazione del Centro Chirurgie Pediatriche presso l'AO di Catanzaro, prevedendo la presenza presso l'AO di due risorse appartenenti all'OPBG, nonché l'invio settimanale di specialisti sulla base delle necessità della popolazione pediatrica locale. Il costo annuo di tale soluzione è stato pari a circa 1 mln/ , calcolato sulla base della remunerazione dei fattori produttivi utilizzati.

L'effetto principale della convenzione è stato l'incremento dei casi a bassa-media complessità trattati in loco e lo spostamento del loro trattamento dal regime ordinario a quello diurno, con miglioramento dell'appropriatezza organizzativa ed una conseguente diminuzione della durata di ricovero.

Tabella 31: Andamento Produzione Chirurgia Pediatrica AO Catanzaro 2011-2013

Andamento AO CZ - Chirurgia Pediatrica (2011-2013)											Delta 2013-2011		
Classe DRG	Tipo DRG	Casi DO	Casi DH	Totale 2011	Casi DO	Casi DH	Totale 2012	Casi DO	Casi DH	Totale 2013	Delta Casi DO	Delta Casi DH	Delta Totale
Alta complessità	C	14		14	12		12	12	1	13	- 2	1	- 1
	M			-			-			-	-	-	-
Altro DRG	C	295	116	411	243	152	395	132	172	304	- 163	56	- 107
	M	114	2	116	151	16	167	106	49	155	- 8	47	39
DRG 43	C	72	10	82	33	33	66	13	164	177	- 59	154	95
	M	34	5	39	42	23	65	24	54	78	- 10	49	39
DRG 65	C	97	96	193	88	135	223	41	306	347	- 56	210	154
	M	49	1	50	47	7	54	41	21	62	- 8	20	12
Totale		675	230	905	616	366	982	369	767	1.136	- 306	537	231

Andamento AO CZ - Chirurgia Pediatrica (2011-2013)											Delta 2013-2011			
	Tipo DRG	Giornate DO	Accessi DH	Totale 2011	Giornate DO	Accessi DH	Totale 2012	Giornate DO	Accessi DH	Totale 2013	Delta Giornate DO	Delta Accessi DH	Delta Totale	
Alta complessità	C	111		111	105		105	102	1	103	- 9	1	- 8	
	M			-			-			-	-	-	-	
Altro DRG	C	937	116	1.053	827	152	979	499	172	671	- 438	56	- 382	
	M	267	2	269	375	16	391	287	49	336	20	47	67	
DRG 43	C	202	10	212	91	33	124	24	164	188	- 178	154	- 24	
	M	67	5	72	116	23	139	59	54	113	- 8	49	41	
DRG 65	C	257	96	353	227	135	362	79	306	385	- 178	210	32	
	M	138	1	139	133	7	140	121	21	142	- 17	20	3	
Totale		1.979	230	2.209	1.874	366	2.240	1.171	767	1.938	- 808	537	- 271	

Andamento AO CZ - Chirurgia Pediatrica (2011-2013)													Delta % 2013-2011		
Classe DRG	Tipo DRG	Degenza			Degenza			Degenza			Delta DM DO	Delta AM DH	Delta Totale		
		Media DO	Accessi Medi DH	Totale 2011	Media DO	Accessi Medi DH	Totale 2012	Media DO	Accessi Medi DH	Totale 2013					
Alta complessità	C	7,93	-	7,93	8,75	-	8,75	8,50	1,00	7,92	7%	0%	0%		
	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	0%	0%		
Altro DRG	C	3,18	1,00	2,56	3,40	1,00	2,48	3,78	1,00	2,21	19%	0%	-14%		
	M	2,34	1,00	2,32	2,48	1,00	2,34	2,71	1,00	2,17	16%	0%	-7%		
DRG 43	C	2,81	1,00	2,59	2,76	1,00	1,88	1,85	1,00	1,06	-34%	0%	-59%		
	M	1,97	1,00	1,85	2,76	1,00	2,14	2,46	1,00	1,45	25%	0%	-22%		
DRG 65	C	2,65	1,00	1,83	2,58	1,00	1,62	1,93	1,00	1,11	-27%	0%	-39%		
	M	2,82	1,00	2,78	2,83	1,00	2,59	2,95	1,00	2,29	5%	0%	-18%		
Totale		2,93	1,00	2,44	3,04	1,00	2,28	3,17	1,00	1,71	8%	0%	-30%		

La produzione di ricoveri in regime diurno nell'anno 2013 si è più che triplicata rispetto l'anno 2011 (+537). Tale aumento, coerentemente con le finalità della convenzione stipulata con l'OPBG, è riconducibile a prestazioni di medio-bassa complessità, principalmente chirurgiche.

Alla riduzione dei ricoveri in regime ordinario è corrisposta una riduzione maggiore delle giornate di degenza, che ha comportato un abbattimento della degenza media del 30%.

Tabella 32: Andamento Valore Produzione Chirurgia Pediatrica AO Catanzaro 2011-2013

Andamento AO CZ - Chirurgia Pediatrica (2011-2013)					/000						Delta 2013-2011		
Classe DRG	Tipo DRG	Importi DO	Importi DH	Totale 2011	Importi DO	Importi DH	Totale 2012	Importi DO	Importi DH	Totale 2013	Delta Importi DO	Delta Importi DH	Delta Totale
Alta complessità	C	105,1	0,0	105	88,7	0,0	89	81,7	2,2	84	- 23,5	2,2	- 21,3
	M	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	-	-	-
Altro DRG	C	1051,0	188,5	1.240	870,5	233,2	1.104	436,4	244,0	680	- 614,6	55,5	- 559,1
	M	133,7	0,5	134	180,2	4,2	184	135,9	13,0	149	2,2	12,4	14,6
DRG 43	C	84,8	8,0	93	39,1	30,3	69	15,0	153,1	168	- 69,8	145,1	75,3
	M	19,8	1,2	21	31,1	6,2	37	16,5	14,2	31	- 3,4	13,0	9,7
DRG 65	C	152,8	96,7	250	127,7	131,4	259	56,8	288,9	346	- 96,1	192,2	96,1
	M	57,8	0,5	58	60,0	2,7	63	58,7	7,5	66	0,9	7,0	7,9
Totale		1.605	295	1.901	1.397	408	1.805	801	723	1.524	- 804,3	427,4	- 376,9

All'aumento della produzione nel triennio 2011-2013 corrisponde una diminuzione del valore della produzione di - 0,4 mln/ rispetto l'anno 2011. La diminuzione del prezzo medio delle prestazioni erogate dalla strutture deriva dall'aumento della produzione in regime diurno, a fronte della contrazione della produzione in regime ordinario, che genera un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa nell'erogazione della prestazione con conseguente risparmio delle risorse.

Un ulteriore importante risultato è quello dell'incremento dell'attività ambulatoriale, segno della consapevolezza da parte dell'utenza regionale della presenza in Regione della sperimentazione.

Tabella 33: Attività Ambulatoriale Centro delle Chirurgie Pediatriche AO Catanzaro Gennaio-Luglio 2012-2013

Attività Ambulatoriale - AO CZ				
	Gennaio - Luglio 2012	Gennaio - Luglio 2013	Delta	Delta %
Interventi	385	558	173	45%
Visite	819	3.448	2.629	321%
Totale Attività	1.204	4.006	2.802	233%

Prendendo in considerazione il periodo Gennaio-Luglio 2013 e confrontandolo con il medesimo periodo dell'anno 2012 (convenzione con OPBG non operativa), l'attività ambulatoriale è notevolmente aumentata (+233%), sia per gli interventi che per le visite ambulatoriali.

Nel periodo 2011-2013, anche la mobilità interna mostra alcune variazioni, con un aumento dell'attrattività dell'AO di Catanzaro nei confronti delle altre ASP della Regione.

Tabella 34: Andamento Casi in Mobilità Infra-regione Chirurgia Pediatrica AO Catanzaro 2011-2013

Mobilità Infra-regione AO CZ - Chiriurgia Pediatrica 2011-2013											Delta 2013-2011		
ASP Provenienza Paziente	Tipo DRG	Casi DO	Casi DH	Totale 2011	Casi DO	Casi DH	Totale 2012	Casi DO	Casi DH	Totale 2013	Delta Casi DO	Delta Casi DH	Delta Totale
ASP Cosenza	C	6	9	15	9	12	21	3	31	34	- 3	22	19
	M	1		1	2	5	7	4	8	12	3	8	11
Totale Cosenza		7	9	16	11	17	28	7	39	46	-	30	30
ASP Crotone	C	87	38	125	77	60	137	28	127	155	- 59	89	30
	M	24	2	26	39	6	45	26	22	48	2	20	22
Totale Crotone		111	40	151	116	66	182	54	149	203	- 57	109	52
ASP Vibo Valentia	C	37	14	51	35	28	63	15	64	79	- 22	50	28
	M	20		20	30	5	35	13	14	27	- 7	14	7
Totale Vibo Valentia		57	14	71	65	33	98	28	78	106	- 29	64	35
ASP Reggio Calabria	C	12	2	14	6	8	14	13	25	38	1	23	24
	M	3		3	8	1	9	5	6	11	2	6	8
Totale Reggio Calabria		15	2	17	14	9	23	18	31	49	3	29	32
Totale		190	65	255	206	125	331	107	297	404	- 83	232	149

Così come rilevato a livello complessivo, anche l'incremento dell'attrattività dell'AO di Catanzaro tra gli anni 2011 e 2013 (+149 casi) è principalmente riconducibile ai casi chirurgici in regime diurno (+232 casi). Si segnala l'aumento della produzione del Centro nei confronti dei pazienti provenienti dalle Province di Cosenza e Reggio Calabria che, anche per motivi geografici, sono le zone maggiormente soggette al ricovero extra-regione. Le variazioni in termini assoluti sono, rispettivamente, di +30 e +32 casi rispetto l'anno 2011, tuttavia, analizzando il dato in termini relativi si evidenzia che l'attrattività è aumentata del +188% per entrambe le ASP.

Infine, la mobilità passiva mostra anche delle riduzioni in termini di casi ed importi. Data la partenza della sperimentazione oggetto dell'intesa a settembre del 2012, le prime variazioni sono visibili a partire dal IV Trimestre 2012. I dati extra-regione a disposizione sono naturalmente parziali in quanto non possono evidenziare la piena entrata a regime dell'intesa.

In ogni caso, la riduzione della mobilità pediatrica extra-regionale (pazienti con età inferiore a 16 anni esclusi DRG 385-391 neonati), al netto della produzione dell'OPBG, rilevata al IV Trimestre 2012 rispetto al IV Trimestre 2011 ammonta a circa -0,2mln/.

Confrontando i dati relativi all'anno 2013¹ con la produzione dell'OPBG per pazienti calabresi negli anni 2011 e 2012, si rileva una riduzione sia in termini di casi che in termini di importi.

¹ Dati 2013 a disposizione per il solo Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. In attesa dei flussi TUC per luglio 2013

Tabella 35: Andamento Mobilità Passiva Acuzie Ospedale Pediatrico Bambino Gesù 2011-2013

Andamento Casi Mob Passiva OPBG - Acuzie											Delta 2013-2011					
Classe DRG	Tipo DRG	Casi DO	Casi DH	Totale 2011	Casi DO	Casi DH	Totale 2012	Casi DO	Casi DH	Totale 2013	Delta Casi DO	Delta Casi DH	Delta Totale			
Alta complessità	C	77	4	81	96		96	92	1	93	15	-	3	12		
	M	11	97	108	13	48	61	10	15	25	-	1	-	82	-	83
Altro DRG	C	215	2	217	172	6	178	183	1	184	-	32	-	1	-	33
	M	349	979	1.328	350	882	1.232	379	841	1.220	30	-	138	-	108	
DRG 43	C	25	66	91	22	66	88	19	62	81	-	6	-	4	-	10
	M	68	346	414	75	343	418	82	375	457	14	29			43	
DRG 65	C	65	30	95	52	24	76	60	26	86	-	5	-	4	-	9
	M	215	742	957	178	717	895	150	622	772	-	65	-	120	-	185
Totale		1.025	2.266	3.291	958	2.086	3.044	975	1.943	2.918	-	50	-	323	-	373

La riduzione di casi per acuti rilevata è pari a 373 ricoveri, principalmente riferita ai 65 DRG di cui al Patto per la Salute 2010-2012.

Tabella 36: Andamento Importi Mobilità Passiva Acuzie Ospedale Pediatrico Bambino Gesù 2011-2013

Andamento Importi Mob Passiva OPBG - Acuzie					/000						Delta 2013-2011					
Classe DRG	Tipo DRG	Importi DO	Importi DH	Totale 2011	Importi DO	Importi DH	Totale 2012	Importi DO	Importi DH	Totale 2013	Delta Importi DO	Delta Importi DH	Delta Totale			
Alta complessità	C	3.081	11	3.092	3.458	-	3.458	3.331	3	3.333	249	-	8	241		
	M	229	95	324	188	69	257	112	13	126	-	117	-	81	-	198
Altro DRG	C	1.164	9	1.173	989	16	1.006	964	7	971	-	201	-	2	-	203
	M	1.427	394	1.820	1.513	359	1.872	1.406	314	1.719	-	21	-	80	-	101
DRG 43	C	45	92	136	57	89	146	40	82	122	-	4	-	10	-	14
	M	86	100	186	100	106	206	109	110	219	-	24	-	10	-	34
DRG 65	C	155	52	207	98	37	135	117	37	154	-	39	-	15	-	53
	M	423	271	695	338	277	615	259	284	542	-	165	-	12	-	152
Totale		6.611	1.023	7.634	6.740	953	7.693	6.338	850	7.187	-	273	-	174	-	447

Il valore della produzione per le prestazioni per acuti erogate dall OPBG è sostanzialmente costante tra l anno 2011 e 2012 (7,6 mln/), mentre mostra una diminuzione nell anno 2013, per un valore di circa -0,4 mln/ rispetto l anno 2011.

Ne consegue che, a fronte del costo per la Convenzione di circa 1 mln/ , l intesa ha portato ad oggi un risparmio di circa 0,4 mln/ in mobilità passiva verso l OPBG e, assumendo il valore della produzione dell AO di Catanzaro come *proxy* dei costi sostenuti dalla stessa AO, di ulteriori 0,4 mln/ per il miglioramento dell appropriatezza organizzativa della produzione locale. Inoltre, qualora si confermasse l andamento rilevato nel IV Trimestre 2012 nelle restanti strutture di destinazione di pazienti calabresi in età pediatrica, si genererebbe un risparmio sulla mobilità passiva extra-regionale di ulteriori 0,8 mln/ annui.

Tale scenario evidenzerebbe non solo la sostenibilità, ma anche la convenienza economica della stipula dell Accordo tra la Regione, l AO di Catanzaro e l Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Ad ulteriore conferma dell interesse della Convenzione per la Regione Calabria, si devono considerare:

- i notevoli risparmi prodotti in termini di costi sociali e di minori disagi legati mancato spostamento di pazienti e familiari in altre Regioni;

- il miglioramento dell'offerta sanitaria, in termini di equità di accesso ad un'offerta di elevato *standing* da parte dei cittadini calabresi rispetto ai cittadini di altre Regioni.

Per quanto su esposto la Convenzione tra l'AO di Catanzaro e l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma è stata prorogata fino al 31 gennaio 2016. E in corso comunque la definizione di una forma di collaborazione fino alla riqualificazione dell'U.O. di Chirurgia Pediatrica che si concretizzerà con un breve periodo di affiancamento nei confronti del Dirigente di II Livello, il cui concorso è in itinere.

2.4.5 Istituto Nazionale per l'Assistenza contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)

Con il DPGR n. 68 del 29 maggio 2013 è stato recepito l'Accordo - quadro, ai sensi dell'art. 9, comma 4, lettera d-bis) del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, come modificato dal decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la definizione delle modalità di erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria da parte dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni sul Lavoro (INAIL), repertorio Atti n. 34/CSR del 2 febbraio 2012.

Con DPGR n. 4 del 22 gennaio 2014, al fine di dare attuazione al citato DPGR, è stato approvato lo schema di protocollo di intesa tra la Regione Calabria e l'INAIL. È attualmente in corso la rinegoziazione con l'INAIL del suddetto schema di Protocollo e della Convenzione attuativa, anche al fine di recepire le osservazioni formulate dai Ministeri Vigilanti con il parere CALABRIA-DGPROG-24/09/2014-0000242-P.

L'ipotesi di lavoro prevede la realizzazione di un Polo Integrato ASP CZ - INAIL da realizzarsi a Lamezia Terme, presso l'immobile del quale l'INAIL ha la disponibilità in comodato d'uso novantanovenne, per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa ospedaliera (da parte dell'ASP di Catanzaro) e non ospedaliera (da parte dell'INAIL), in piena coerenza con la programmazione sanitaria regionale.

Il polo integrato avrà la seguente configurazione:

- un modulo di 40 p.l. per la riabilitazione ospedaliera intensiva cod. 56 (a gestione ASP di Catanzaro);
- un modulo di 36 trattamenti pro/die di riabilitazione non ospedaliera, (a gestione INAIL).

L'attivazione dei moduli avverrà nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale e, quindi previo rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione, dell'autorizzazione all'esercizio, dell'accreditamento istituzionale e sottoscrizione dell'accordo contrattuale, secondo quanto previsto dall'art.8-bis, III comma del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e ss. mm. e ii.

Le prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa non ospedaliera erogate dall'INAIL, se incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza ex DPCM 29/11/2001 e ss. mm. e ii., si intenderanno erogate a carico del SSR, in base alle tariffe applicabili *ratione temporis* nella Regione Calabria e, in ogni caso, nei limiti ed alle condizioni previste dall'accordo contrattuale di cui all'art.8-quinquies del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e ss. mm. e ii.

Le prestazioni erogate dall'INAIL e dall'ASP CZ ai tecnopatici ed agli infortunati sul lavoro non incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza ex DPCM 29/11/2001 e ss. mm. e ii. si intenderanno erogate con oneri a carico dell'INAIL.

La ratio dell'intervento è quella di favorire sinergie terapeutiche attraverso la predisposizione di un piano di trattamento personalizzato del paziente, idoneo a garantire la massima efficacia possibile dell'erogazione dell'assistenza riabilitativa.

La Convenzione in corso di negoziazione prevede la concessione in godimento, a titolo gratuito ed in favore dell'ASP di Catanzaro, dei locali ubicati al I piano dell'edificio nella disponibilità dell'INAIL ed introduce criteri di

ripartizione dei costi relativi ai servizi comuni che tengano conto, ove possibile, dei consumi effettivi e, laddove questi non fossero misurabili, di percentuali forfetarie connesse alla superficie occupata.

2.4.6 Altre disposizioni

- Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento dovrà essere riorganizzata l'offerta erogata dalla rete ospedaliera privata secondo i principi di complementarità, sussidiarietà ed integrazione con la rete di offerta pubblica, nonché degli altri principi e criteri enunciati nel presente decreto. Si è già proceduto ad un confronto proficuo e fattivo con gli erogatori privati accreditati che hanno avanzato proposte di riorganizzazione e di riconversione dell'offerta privata in coerenza con i principi sopra esposti. In tale senso, si provvederà a formalizzare i processi di concentrazione e specializzazione dell'attività degli erogatori privati anche mediante la riconversione od accorpamenti di intere strutture, in particolare quelle di modeste dimensioni e nel rispetto del fabbisogno e di quanto stabilito dal DM Salute n. 70/2015. Qualora dovessero emergere situazioni che non hanno già trovato soluzione nelle proposte avanzate dalle strutture private accreditate, verranno valutate proposte di riorganizzazione o di riconversione in attività di riabilitazione territoriali o rientranti comunque nel fabbisogno regionale. Tali proposte saranno quindi formalizzate con i relativi provvedimenti autorizzatori.
- Con il presente decreto non vengono assegnati 289 Posti Letto di Acuzie che la Regione si riserva di assegnare, in coerenza con la presente programmazione e con i vincoli economici e finanziari della regione Calabria con la finalità di:
 - proseguire il percorso di recupero della mobilità passiva;
 - fornire immediate risposte al fabbisogno prestazionale, sopra rappresentato, richiesto dalla popolazione calabrese nelle singole patologie con particolare riferimento ai primi DRG di mobilità passiva;
 - razionalizzare l'offerta ai sensi del Patto per la Salute 2014-2016, con i principi, i criteri e gli indirizzi di cui al DM Salute n. 70/2015 e successivi regolamenti e circolari;
 - definire il contraddittorio esistente con alcune strutture in conseguenza del limitato periodo di vigenza del DCA n. 29/2013;
 - riequilibrio territoriale dell'offerta sanitaria per area e per provincia;
 - eventuali necessità di cui al punto precedente.
- coerentemente con il percorso definito nel PO 2016-2018, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente documento dovranno essere valutati eventuali piani di adeguamento delle strutture alla nuova configurazione.

2.5 Sintesi degli interventi previsti

In relazione all'esigenza di affrontare il recupero della mobilità passiva, si ritiene necessario integrare il fabbisogno di cui al DCA n. 9/2015. L'obiettivo di recupero della mobilità è pari al 30% della mobilità passiva. Della suddetta percentuale si prevede di ricomprendere, per i motivi sopra esposti, il 20% nei posti letto già programmati e il 10% ad integrazione del fabbisogno di posti letto di cui al DCA n. 9/2015. Tale incremento potrà essere implementato in funzione della messa a regime delle reti programmate, ed in particolare, a seguito della verifica della persistenza dei requisiti funzionali e volumi di attività per ciascuna struttura della rete, nonché degli indicatori di appropriatezza e qualità dell'assistenza. Pertanto, il percorso di assegnazione dei posti letto programmati in incremento per il recupero della mobilità passiva, seguirà i criteri di valutazione sopra richiamati e i posti letto saranno assegnati alle unità operative che, in condizione di efficienza e di appropriatezza, avranno saturato l'utilizzo dei posti letto già attivi. L'eventuale attivazione di ulteriori posti letto pubblici a gestione indiretta e quindi di attività assistenziale erogata per conto del Servizio Sanitario regionale (erogatori privati) verrà valutata in coerenza con la presente programmazione e con i vincoli economici e finanziari della regione Calabria. Di conseguenza, **la dotazione programmata di posti letto è pari a 6.850 posti letto, di cui 5.554 posti letto per acuti e 1.296 posti letto per post-acuzie.**

Con il presente documento vengono assegnati n. 6.561 posti letto di cui n. 5.277 per acuti e n. 1.284 per post acuti **i rimanenti 289 (di cui n. 12 per post acuti e n. 277 per acuti) saranno assegnati successivamente in coerenza con i principi enunciati nel presente documento.**

Con periodicità almeno biennale, in funzione della messa a regime della rete territoriale, della riorganizzazione della rete dei privati accreditati e dei percorsi per il recupero della mobilità passiva, la presente programmazione sarà aggiornata al fine di adeguare la dotazione di posti letto alle mutate condizioni esterne, sempre in coerenza a quanto previsto nel DM Salute n. 70/2015 : Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera che, all'art. 1, comma 3 prevede il calcolo dello standard di PL corretto con il saldo di mobilità.

Tabella 37: Sintesi del numero di posti letto attuali (HSP), Assegnati e programmati per Area e ASP

Area	Provincia		ACUZIE				POSTACUZIE				TOTALE		Popolazione ISTAT
			PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE	PPLL per 1000 ab	PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE	PPLL per 1000 ab	PPLL	PPLL per 1000 ab	
NORD	CS	PPLL modelli HSP	1.234	339	1.573	2,2	70	299	369	0,6	1.942	3,0	722.934
		PPLL Assegnati DCA	1.442	317	1.759	2,4	202	356	558	0,7	2.317	3,2	
		PPLL Nuova Progr.	1.553	317	1.870	2,6	147	356	503	0,8	2.373	3,2	
CENTRO	KR	PPLL modelli HSP	284	107	391	2,2	-	190	190	1,1	581	3,4	175.640
		PPLL Assegnati DCA	286	107	393	2,2	-	190	190	1,1	583	3,4	
		PPLL Nuova Progr.	294	107	401	2,3	-	190	190	1,1	591	3,3	
	CZ	PPLL modelli HSP	1.036	233	1.269	3,5	26	142	168	0,4	1.437	3,9	366.443
		PPLL Assegnati DCA	1.098	198	1.296	3,5	89	142	231	0,6	1.527	4,2	
		PPLL Nuova Progr.	1.128	198	1.326	3,6	90	142	232	0,6	1.558	4,2	
	VV	PPLL modelli HSP	196	22	218	1,3	10	30	40	0,2	258	1,6	164.295
		PPLL Assegnati DCA	227	22	249	1,5	40	50	90	0,6	339	2,1	
		PPLL Nuova Progr.	247	22	269	1,5	40	50	90	0,5	359	2,0	
	TOTALE CENTRO	PPLL modelli HSP	1.516	362	1.878	2,7	36	362	398	0,6	2.276	3,2	706.378
		PPLL Assegnati DCA	1.611	327	1.938	2,7	129	382	511	0,7	2.449	3,5	
		PPLL Nuova Progr.	1.669	327	1.996	2,8	130	382	512	0,7	2.508	3,6	
SUD	RC	PPLL modelli HSP	941	337	1.278	2,5	80	185	265	0,4	1.543	2,9	562.191
		PPLL Assegnati DCA	1.037	297	1.334	2,4	110	185	295	0,5	1.629	2,9	
		PPLL Nuova Progr.	1.110	297	1.407	2,4	65	185	250	0,5	1.657	2,9	
REGIONE CALABRIA		PPLL modelli HSP	3.691	1.038	4.729	2,5	186	846	1.032	0,5	5.761	3,0	1.991.503
		PPLL Assegnati DCA	4.090	941	5.031	2,6	441	923	1.364	0,7	6.395	3,2	
		PPLL Nuova Progr.	4.332	941	5.273	2,5	342	923	1.265	0,7	6.538	3,2	
		PPLL da assegnare	293	-	293	0,1	-	-	-	-	293	0,1	
		Fabbisogno definitivo	4.625	941	5.566	2,8	342	923	1.265	0,6	6.831	3,4	

Allo stato attuale sono presenti 351 SC, 305 SS e 67 SSD nelle strutture pubbliche e 79 punti di erogazione nelle strutture private accreditate.

Il numero totale delle strutture (compresi i punti di erogazione privati) si mantiene all'interno del range previsto sulla base del dimensionamento delle strutture, calcolato sui bacini di utenza, di cui al Regolamento ex DL 95/2012 convertito in L. 189/2012.

Con la presente riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica sono previste 299 SC, 301 SS e 91 SSD.

Relativamente agli standard Comitato LEA per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN, ex art. 12 comma 1 lett. b Patto della Salute 2010-2012, **si rileva un esubero di Unità Complesse pubbliche pari a n. 31, e di Unità Semplici e Semplici a valenza Dipartimentali di n. 42.**

Tale differenza è principalmente dovuta ai seguenti fattori:

- I attività di ricerca e di didattica relativa alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e alle scuole di specializzazione presenti ancora adesso comporta l'incremento, per l'Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini di Catanzaro, di UOC necessarie per svolgere peculiari funzioni (Igiene e Medicina Preventiva, Nutrizione Clinica, Genetica Medica, Farmacologia Clinica e Farmacovigilanza, Neuroradiologia, Patologia Clinica, Medicina Legale, etc.); l'integrazione in corso tra l'Azienda Mater Domini e l'Azienda Pugliese-Ciaccio ha già consentito la riduzione di n. 9 UOC e permetterà di ridurre nel

corso della vigenza degli attuali Programmi Operativi ulteriori n. 13 strutture complesse e n. 42 Strutture Semplici;

- Per quanto riguarda le ulteriori n. 18 Strutture Complesse, si prevede la riduzione di n. 5 Strutture Complesse allo scadere degli incarichi dirigenziali previsti dal precedente assetto organizzativo. Per quanto riguarda le ulteriori 13, si ritiene difficile attuare una riduzione. Per la particolare configurazione orografica della Regione e la presenza di alcune strutture non adeguatamente strutturate ad accogliere tutte le UU.OO di cui ai nuovi standard previsti, è necessario fino alla costruzione dei nuovi ospedali (Sibaritide che comprenderà lo spoke relativo ai due presidi di Rossano e Corigliano, Vibo Valentia che sostituirà lo spoke di Vibo e l'ospedale sede di PS di Tropea, l'Ospedale della Piana che comprenderà lo spoke di Polistena e l'ospedale sede di PS di Gioia Tauro) mantenere un numero di strutture complesse tali da garantire gli standard relativi all'assistenza ospedaliera, in ogni presidio e nel rispetto della configurazione secondo i livelli di complessità di ciascuno di essi.

Tabella 38: Sintesi del numero di unità operative attuali e programmate per Area e ASP

Area Provincia			INCARICO ATTUALE			INCARICO PROGRAMMATO		
			UOC	SS	SSD	UOC	SS	SSD
NORD	CS	Pubblico	95	79	13	89	88	25
		Privato	-	-	-	-	-	-
		Totale	95	79	13	89	88	25
CENTRO	KR	Pubblico	26	45	4	18	13	9
		Privato	-	-	-	-	-	-
		Totale	26	45	4	18	13	9
	CZ	Pubblico	130	72	19	98	100	30
		Privato		-	-	-	-	-
		Totale	130	72	19	98	100	30
	VV	Pubblico	21	27	3	16	21	5
		Privato	-	-	-	-	-	-
		Totale	21	27	3	16	21	5
	TOTALE CENTRO	Pubblico	177	144	26	132	134	44
		Privato	-	-	-	-	-	-
		Totale	177	144	26	132	134	44
SUD	RC	Pubblico	79	82	28	78	79	22
		Privato	-	-	-	-	-	-
		Totale	79	82	28	78	79	22
REGIONE CALABRIA		Pubblico	351	305	67	299	301	91
		Privato	-	-	-	-	-	-
		Totale	351	305	67	299	301	91

2.6 Indicatori per il monitoraggio

Verranno utilizzati i seguenti indicatori da calcolare sia a livello regionale che per ciascuna area geografica e per ciascuna ASP.

Tabella 39: Indicatori per il monitoraggio

Ricoveri per acuzie per mille abitanti	N° ricoveri per acuzie consumati dalla popolazione ed aggiustati per l'età della popolazione/N° abitanti
Ricoveri per post-acuzie per mille abitanti	N° ricoveri per post-acuzie consumati dalla popolazione ed aggiustati per l'età della popolazione/N° abitanti
Appropriatezza ricoveri per acuzie (%)	N° ricoveri per acuzie non appropriati/Totale ricoveri per acuzie
Utilizzo posti letto assegnati per acuzie	N° posti letto per acuzie calcolati/N° posti letto per acuzie assegnati
Utilizzo posti letto assegnati per post-acuzie	N° posti letto per post-acuzie calcolati/N° posti letto per post-acuzie assegnati

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.

2.7 Nuovi Ospedali

Il programma regionale per la costruzione dei nuovi ospedali (fondi ex art. 20) è in fase avanzata di progettazione dopo gli avvenuti appalti, con una previsione di attivazione entro il mese di giugno 2018 per l'ospedale di Vibo Valenza e successivamente per gli Ospedali della Sibaritide, e della Piana di Gioia Tauro, sede di DEA di 1° livello.

La tabella seguente evidenzia un numero di posti letto previsti superiore alla somma dei PL dei presidi pubblici che oggi insistono sui territori di afferenza.

La progettazione esecutiva di costruzione di ciascun nuovo ospedale manterrà comunque la configurazione precedentemente prevista ciò al fine di evitare contenziosi con le ditte aggiudicatrici ma, ancor di più per le possibili necessità di revisione degli assetti organizzativi dell'offerta nelle future programmazioni.

Tabella 40: Nuovi Ospedali

Nuovi Presidi Ospedalieri	
a.Ospedale nuovo	Nuovo ospedale della Piana
b.Area interessata	I comuni dell'ex ASL di Palmi con una popolazione di circa 157.000 abitanti.
c.Ruolo previsto per l'ospedale e PL relativi	DEA 1° livello con 314 PL
d.Presidi attuali nella stessa area (entro parentesi i PL assegnati con il presente decreto).	Polistena acuzie (178) Gioia Tauro acuzie (50) <u>ospedali già convertiti *</u> Postacuzie (70) Totale acuzie (228), postacuzie (70)
e.Differenza tra dimensionamento previsto e posti letto programmati per acuzie e postacuzie. (c-d)	16 PL per acuzie e postacuzie Il nuovo presidio è maggiore dei posti letti programmati e sostituisce totalmente l'attuale offerta pubblica dell'area interessata.
Ospedale nuovo	Nuovo presidio della Sibari
b.Area interessata	I comuni dell'ex ASL di Rossano con una popolazione di circa 178.000 abitanti.
c.Ruolo previsto per l'ospedale e PL relativi	DEA 1° livello con 334 PL
d.Presidi attuali nella stessa area (entro parentesi i PL assegnati con il presente decreto).	Rossano e Corigliano Calabro acuzie (233), postacuzie (40) <u>ospedali già convertiti*</u> postacuzie (10) Totale acuzie (233), postacuzie (50)
e.Differenza tra il dimensionamento previsto e il consumo attuale del bacino di utenza prevedibile per acuzie. (c-d)	51 PL per acuzie. Il nuovo presidio è maggiore dei posti letto programmati e sostituisce totalmente l'attuale offerta pubblica dell'area interessata.
Ospedale nuovo	Nuovo presidio di Vibo Valentia
b.Area interessata	I comuni dell'ASL di Vibo Valentia con una popolazione di circa 167.000 abitanti
c.Ruolo previsto per l'ospedale e PL relativi	DEA 1° livello con 350 PL
d.Presidi attuali nella stessa area (entro parentesi i PL assegnati con il presente decreto).	Tropea acuzie (40) Vibo Valentia acuzie (157) Serra San Bruno acuzie (30), postacuzie (40) (ospedale zona montana) <u>ospedali già convertiti*</u> postacuzie (0) Totale acuzie (227), postacuzie (40)
f.Differenza tra il dimensionamento previsto e il consumo attuale del bacino di utenza prevedibile per acuzie. (c-d)	83 PL per acuzie. Il nuovo presidio è maggiore dei posti letti programmati e sostituisce totalmente l'attuale offerta pubblica dell'area interessata.

I posti letto di post-acuzie negli ospedali già riconvertiti saranno riassegnati nei presidi ospedalieri dei presidi ospedalieri afferenti all'area di riferimento

3 La rete dell'emergenza urgenza e le reti tempo-dipendenti

3.1 Rete emergenza-urgenza

3.1.1 Introduzione

A seguito dell'emanazione del DPR n. 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, G.U. n.76 del 31/3/92), si è assistito ad una radicale trasformazione dei Servizi di emergenza, nel tentativo di sviluppare il passaggio dalla tradizionale offerta di prestazioni, sia territoriali che ospedaliere, ad un vero e proprio "Sistema di Emergenza" che vede i diversi elementi coinvolti, Centrali Operative 118 (C.O.118) e Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione (D.E.A.), tra loro integrati e cooperanti nel raggiungimento di un obiettivo comune: garantire l'omogeneità e la continuità tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e i P.S./D.E.A. che sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria.

Il Sistema di Emergenza Territoriale 118 opera nella fase di "allarme" garantendo la modulazione della risposta sanitaria e il coordinamento delle attività di soccorso per assicurare, 24 ore al giorno, l'intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, assicurando la tempestiva stabilizzazione ed il trasporto del paziente alla struttura sanitaria più appropriata.

Il PS/DEA opera nella fase di "risposta ospedaliera", per garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico del paziente, l'adozione di provvedimenti terapeutici adeguati, l'osservazione clinica, l'eventuale ricovero del paziente.

Nonostante l'importanza del ruolo svolto e dalle cospicue risorse utilizzate in termini di uomini, mezzi e strutture, il Sistema dell'Emergenza-Urgenza della Regione Calabria si presenta ancora frazionato nei singoli ambiti, frequentemente tra loro non coordinati, e risulta essere utilizzato spesso in modo inappropriato.

L'inappropriatezza risulta evidente ove si consideri che solo ad una ridotta proporzione degli accessi in PS (comprensivi degli accessi spontanei) segue il ricovero, ed una elevata proporzione di casi presenta problemi non gravi o urgenti, trattabili in modo efficace in altre strutture.

Tra gli obiettivi del DPGR n. 18/2010, in linea con i più attuali orientamenti nazionali, è stato previsto di evitare la proliferazione di strutture complesse e costose, promuovendo il miglior utilizzo di quelle esistenti in modo da impedire spreco di tecnologie sofisticate e di personale qualificato. Ciononostante è necessario pensare all'investimento di risorse in quei settori, quali la rete della emergenza territoriale, che sono strategici al mantenimento qualitativo delle prestazioni ed il cui rafforzamento è propedeutico alla razionalizzazione di investimenti altrimenti assai più onerosi ed ingiustificati.

Nella elaborazione del modello proposto dal DPGR 18/2010, aggiornato dal DCA n. 9/2015, si è fatto riferimento a principi fondamentali di analisi e progettazione quali:

- lo studio delle SDO e delle prestazioni realmente erogate;
- l'individuazione e l'implementazione, con i necessari correttivi ed integrazioni, della rete di Emergenza nelle sue integrazioni tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e la rete ospedaliera secondo il criterio HUB and Spoke, PS semplice nell'Ospedale Generale, PS di base nell'Ospedale di Zona Montana, PPI nelle Case della Salute, postazioni ambulanza (PET) come canovaccio di base su cui costruire poi la rete di tutte le patologie;
- per quanto riguarda il servizio di Continuità Assistenziale è stata effettuata un'analisi specifica, in quanto la sua possibile integrazione nella rete della emergenza urgenza potrebbe rappresentare un notevole valore aggiunto. Tale argomento richiede comunque una trattazione dedicata per i suoi elementi di

peculiarità normativa e per la necessità di una profonda riorganizzazione al fine di sfruttarne appieno le potenzialità nel campo delle urgenze di bassa criticità;

- si è messa in evidenza nel corso dell'analisi la necessità della creazione di forti riferimenti all'interno del competente Dipartimento regionale che operino insieme al coordinamento dei gestori delle reti per condividere il modello e garantirne la attuazione;
- il percorso di realizzazione concreta della rete che viene proposto prevede, come *conditio sine qua non*, l'individuazione di un Settore unico per l'emergenza sanitaria (ospedaliera e territoriale, 118, guardia medica) di riferimento presso il Dipartimento Salute regionale che si avvalga del/i:
 - coordinamento dei Servizi di Emergenza Territoriale 118;
 - coordinamento dei Dipartimenti di Emergenza e Pronto Soccorso;
 - coordinamento dei Direttori dei Distretti;
 - gruppi di lavoro multidisciplinari da costituirsi in relazione a percorsi peculiari nella rete delle patologie complesse (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, medici del 118, ect.).

Il ruolo dei gruppi di lavoro è rafforzato dalla gestione centralizzata delle attività da parte del competente Settore del Dipartimento regionale che ne coordinerà l'attuazione vigilando sulla aderenza alle finalità e loro condivisione concretizzandone poi i contenuti con gli opportuni provvedimenti.

Il competente Settore del Dipartimento regionale dovrà seguire l'impostazione e la definizione, da parte dei coordinamenti, di percorsi formativi unificati per gli operatori idonei a creare uniformità di comportamento organizzativo e professionale, realizzando contestualmente un'importante ottimizzazione delle risorse anche economiche.

L'attività di rilevazione sullo stato di attuazione della rete, svolta tramite apposite schede di rilevazione, rileva una sostanziale disomogeneità dei processi di riorganizzazione programmati tra le diverse Aziende sanitarie. Si rende pertanto necessario approfondire e ridefinire il cronoprogramma delle azioni relativamente: agli indicatori di performance; alle azioni già realizzate; alla definizione chiara della tempistica delle azioni con particolare riguardo alla riduzione del numero delle postazioni di Continuità Assistenziale; alla riorganizzazione dei mezzi di soccorso; alla centralizzazione e razionalizzazione delle basi di elisoccorso; al trattamento delle patologie complesse tempodipendenti.

3.1.2 Le azioni prioritarie: i sistemi di comunicazione e i livelli organizzativi

Le prime azioni hanno portato alla individuazione delle priorità imprescindibili per il funzionamento non solo del sistema dell'emergenza, ma della intera rete della sanità regionale calabrese articolati in Sistemi di Comunicazione e Livelli Organizzativi. Le specifiche relative ai Livelli Organizzativi sono riportati nei paragrafi successivi.

Sistemi di Comunicazione:

1. istituzione della rete radio regionale su frequenze dedicate. In esito alle riunioni con il gruppo di lavoro (GdL) per l'emergenza urgenza - che ha visto la partecipazione di tecnici esperti della rete radio e delle strutture di telecomunicazioni per l'emergenza realizzate dal settore della Protezione Civile - sono state definite le priorità da realizzare per le strutture di radiocomunicazioni. In particolare, è stata individuata la necessità di procedere alla realizzazione ed acquisizione dei seguenti sistemi di apparecchiature da implementare sugli impianti e le infrastrutture regionali già esistenti:
 - a) reti radio per le comunicazioni tra le Centrali Operative 118 e le sedi periferiche di base per i mezzi di soccorso, le unità mobili di pronto soccorso, le unità mobili di pronto intervento sul territorio, le sedi di unità di pronto soccorso, comprendendo sia la fonia, sia la trasmissione dati per la localizzazione dei mezzi e la trasmissione di messaggi in formato testo breve;
 - b) le unità terminali radio da installare sugli automezzi di soccorso, presso le basi di partenza degli stessi, presso le sedi di pronto soccorso ed i terminali radio portatili da dare in dotazione agli equipaggi per il coordinamento delle attività di soccorso in campo;

- c) sistema di trasposizione delle comunicazioni radio tra frequenze aeronautiche e frequenze terrestri per assicurare collegamenti tra elicotteri e ambulanze a terra;
- d) connettività radio per dati ad alta velocità, ordine di 50 100 Mb/s, tra sedi fisse del sistema regionale dell'emergenza, prevedendo in prima realizzazione il collegamento in 20 sedi.

Il progetto preliminare, completo di relazione tecnica illustrativa e dei relativi costi dei sistemi di apparecchiature da implementare sugli impianti e le infrastrutture regionali già esistenti, è allo stato in via di definizione da parte della Protezione Civile. La realizzazione della rete radio regionale è prevista entro il 30 giugno 2017.

Istituzione di un sistema informatico omogeneo integrato tra 118 e DEA.

2. Qualificazione delle centrali operative e definizione di protocolli operativi collegati alla distribuzione delle attività ospedaliere secondo il modello hub and spoke. I protocolli operativi saranno definiti all'interno di ciascuna rete hub and spoke programmata.
3. Definizione di una modulistica regionale unificata e compatibile per 118 e DEA (a cura del coordinamento regionale delle Centrali Operative e dei DEA).
4. Avvio dei programmi informatizzati di trasmissione dati dai mezzi e dalle strutture territoriali ai presidi sanitari previsti nelle singole reti tempo-dipendenti. Allo stato risulta attivo il teleconsulto cardiologico in emergenza con n. 32 su 52 autoambulanze. Il sistema prevede il collegamento dei monitori Defibrillatori con le emodinamiche dei 3 Hub (per Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria) e con le UTIC degli Spoke per Crotone e Vibo Valentia. I Monitor Defibrillatori (dotati di trasmissione dati tramite cellulari GSM) sono in grado di inviare dati (es. l'ECG) a distanza attraverso un sistema di comunicazione telefonico. Tutte le informazioni degli interventi sono tracciati da un Server collocato nel CED regionale che riceve informazioni ed è in grado di elaborare report.
5. Implementazione Flusso EMUR.

Livelli Organizzativi:

- istituzione del coordinamento regionale dei direttori delle C.O. 118, dei DEA e dei PS, Direttori dei Distretti per le reti di emergenza territoriale e ospedaliera;
- sviluppo delle Centrali Operative, dei Pronti Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza previsti (in armonia con i Hub e Spoke);
- riorganizzazione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata;
- definizione in accordo con la normativa nazionale (documento Conferenza Stato-Regioni) della funzione di triage e relativi protocolli;
- definizione delle postazioni di guardia medica e della loro struttura organizzativa (centralizzazione delle chiamate, tipologie di interventi, ect.);
- definizione di linee guida e protocolli organizzativi, operativi e clinici con particolare riferimento alla gestione dei trasporti primari urgenti, secondari urgenti e programmati;
- definizione della rete delle patologie tempo dipendenti;
- definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale del numero delle basi operative, loro operatività e definizione della rete delle elisuperfici a servizio delle strutture ospedaliere, dei siti di atterraggio di pubblico interesse e delle elisuperfici a servizio delle comunità isolate, con particolare riferimento ai voli notturni (h24);
- indizione della gara per la gestione del Servizio di Elisoccorso il cui contratto di servizio scaduto il 27 luglio 2015, è stato prorogato fino al 31 luglio 2016 e comunque non oltre l'aggiudicazione della gara;
- linee guida per la gestione delle maxi-emergenze e relativo progetto operativo anche interregionale.

Prendendo in considerazione l'integrazione operativa tra il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 e la rete dei DEA, è fondamentale stabilire i termini di tale interazione che deve essere attuata preservando la autonomia organizzativa di ciascun sistema, facendo crescere l'organizzazione a livello di coordinamento. Nella

rete dei DEA, secondo il concetto di rete Hub and Spoke, esclusivamente per il tempo di mantenimento previsto, trovano aggregazione i PPI, ad elevato numero di passaggi, di competenza territoriale.

Con il DCA n. 9/2015 sono state definite le Reti delle Patologie Complesse (Sindrome Coronarica Acuta, Ictus, Trauma, Ustione, Urgenze Pediatriche ed Ostetrico-Ginecologiche, e tutte le situazioni che prevedono livelli organizzativi superiori, ivi compresa la diagnosi precoce ed il trasporto protetto verso Centri a funzione sovra zonale), e anche i nodi e le sedi di riferimento in armonia con la rete Hub and Spoke articolata come di seguito descritto, con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione, utilizzando consulenze a distanza da parte di specialisti allocati solo nei centri di riferimento al fine di evitare trasferimenti impropri. In questa ottica si ritiene necessaria la revisione della procedura per TSO.

Lo sviluppo delle attività di Telemedicina per la rete dell'Emergenza-Urgenza seguirà gli attuali indirizzi di cui all'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti 16/CSR del 20 febbraio 2014 recante: Telemedicina Linee di indirizzo nazionali .

I dati clinici del Pronto Soccorso e dell'ADT (Accettazione, Dimissione e Trasferimento), ed in generale tutti i dati dell'emergenza-urgenza, oltre a generare automaticamente i flussi informativi rientranti negli adempimenti LEA (Flussi EMUR) e nei circuiti della mobilità (Flusso G), dovranno essere integrati con il Fascicolo Sanitario Elettronico, previsto dal Decreto-Legge 21 giugno 2013, n.69 convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n.98, che diventerà uno strumento per la presa in carico del paziente nei servizi di Emergenza-Urgenza.

3.1.3 Emergenza territoriale

3.1.3.1 Centrali Operative e Postazioni di Emergenza Territoriale

Il sistema della emergenza territoriale è costituito da n. 5 Centrali Operative: Cosenza, Catanzaro, Crotone, Vibo Valentia e Reggio Calabria e da n. 50 postazioni PET complessive dislocate sul territorio provinciale e coordinate dalla corrispondente Centrale Operativa. Per la loro complessità le Centrali Operative che governano il Sistema dell'emergenza-urgenza territoriale sono da considerarsi come macrostrutture autonome rientranti in una gestione complessiva di tipo Dipartimentale (DEA).

La risposta delle Centrali Operative 118 si concretizza principalmente nella modulazione della risposta al bisogno sanitario espresso dalla popolazione, nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei idonei alla necessità evidenziata e nella scelta della competenza ospedaliera indicata per la patologia oggetto dell'intervento.

Le Centrali attuano, con procedure condivise, la valutazione sanitaria telefonica, la gestione dei mezzi di soccorso quali: basi di elisoccorso, ambulanze medicalizzate (M.S.A.) con medico ed infermiere a bordo, auto mediche e ambulanze di base con personale soccorritore (M.S.B.).

La Regione ha provveduto 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.

Il criterio iniziale per la determinazione del fabbisogno di unità di soccorso si basa sulla attribuzione di una ambulanza avanzata ogni 60.000 abitanti per la copertura di un territorio comunque non superiore a 350 Km². e si attua applicando la seguente formula :

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

Come previsto dal DPGR n.18/2010, ai risultati ottenuti dalla formula standard sono stati, su indicazione dei Responsabili di Centrale Operativa, apposti alcuni correttivi derivanti da fattori specifici quali:

- vie di comunicazione;

- trend storico interventi;
- vincoli orografici e climatologici;
- tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente;
- riorganizzazione dei Punti di Primo Intervento (per il periodo di vigenza);
- flussi turistici stagionali;
- rete elisoccorso.

Il DPGR n. 94/2012 ha aggiornato la formula per la definizione dei mezzi medicalizzati con i nuovi parametri previsti dal Monitor 27 (già applicati dalle altre regioni). Il correttivo, che da 60 kmq passa a 45 kmq, determinando un lieve incremento delle postazioni, considerato sulla base delle peculiarità della Regione Calabria (così come la regione Sardegna) rispetto alla orografia del territorio ed alla scarsa percorribilità viaria, si uniforma all'obiettivo di rafforzare la rete territoriale di soccorso come condizione essenziale - ancorché transitoria - per garantire i livelli di assistenza in urgenza durante la riorganizzazione della rete ospedaliera in un contesto che vede il Territorio ancora non completamente implementato.

Il riordino delle PET prevede un numero complessivo di 52 MSA a fronte di 50 previste dal DPGR n. 18/2010. Bisogna, infine, considerare che i parametri utilizzati per il calcolo delle postazioni tengono conto della peculiare risposta organizzativa del 118 calabrese che attribuisce al 118 la totalità dei trasporti non solo secondari urgenti ma anche i trasporti ordinari, in altre regioni a carico dei presidi ospedalieri. Pertanto, nel totale di mezzi di soccorso riorganizzati (n. 88) sono considerati i trasporti primari, secondari urgenti e ordinari.

Per le particolari condizioni orografiche della zona costiera e interna che da Reggio Calabria si estende fino a Locri non è sufficiente una sola PET presso Melito Porto Salvo, per cui nell'ASP di Reggio Calabria la presente programmazione prevede n. 13 PET, anziché n. 12 (DPGR 94/2012).

Tabella 41: Fabbisogno Unità di Soccorso

POSTAZIONI ATTUALI (DPGR 94/2012)						
ASP	MSA	Auto Medica	MSB	MS base	Stabilimenti ospedalieri (Trasporto ordinario non gestito dal 118)*	TOTALE
Cosenza	18	1	1	4	20	44
Crotone	4	0	0	1	0	5
Catanzaro	14	0	1	0	4	19
Vibo Valentia	5	0	0	3	0	8
Reggio Calabria	13	0	1	1	1	16
TOT	54	1	3	9	25	92
POSTAZIONI RIORGANIZZATE (DPGR 94/2012)						
ASP	MSA	Auto Medica	MSB	MS base	Stabilimenti ospedalieri (Trasporto ordinario non gestito dal 118)*	TOTALE
Cosenza	21	1	1	6	13	42
Crotone	5	0	0	1	1	7
Catanzaro	10	0	1	0	4	15
Vibo Valentia	4	0	0	3	1	8
Reggio Calabria	13	0	1	1	2	17
TOT	53	1	3	11	21	89

(*) Si intendono Postazioni di ambulanza con il solo autista governate dalle Direzioni Sanitarie dei Presidi ed utilizzate esclusivamente per trasporto ordinario a parziale supporto dell'attività analoga in capo al 118 in un regime di autonomia da questo, che necessita di essere riorganizzato e regolamentato. (Fonte DPGR n.94/2012).

Azioni di riorganizzazione

- definizione dello studio di fattibilità che indicherà la programmazione degli investimenti per gli adeguamenti strutturali e tecnologici necessari per la riconversione delle C.O. di Vibo e Crotone e per la riduzione delle Centrali Operative da 5 a 3 entro il 31 dicembre 2016.
- riduzione delle Centrali Operative da 5 a 3 e conseguente riorganizzazione per macroaree (Cosenza, Catanzaro, Reggio Calabria), entro il 30 giugno 2017.
- riconversione delle Centrali Operative di Crotone e Vibo Valentia in Centrali Uniche di Riferimento per l'Assistenza Primaria (CURAP), entro il 31 dicembre 2017.
- attività di assessment dei mezzi di soccorso (con indicazione dell'anno di immatricolazione e dotazioni tecnologiche);
- riorganizzazione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata;
- riorganizzazione della rete delle postazioni non medicalizzate;
- riorganizzazione della rete dei trasporti dei Presidi Ospedalieri;
- avvio attività di adeguamento elettromedicali e rinnovo parco ambulanze, auto mediche, carrello maxi-emergenza.

3.1.3.2 Elisoccorso ed elisuperfici

La scelta di utilizzare l'elisoccorso viene effettuata quando l'intervento con il mezzo aereo risulta essere il più idoneo come risposta a specifiche patologie con un codice di valutazione laddove sono prestabiliti tempi, condizioni e modalità operative di attivazione.

La disponibilità di un elicottero di soccorso permette di trasportare un'équipe altamente specializzata in luoghi distanti nei quali i mezzi medicalizzati impiegherebbero molto tempo e permette di ricoverare il paziente critico nell'ospedale con minore disagio per il paziente.

Tuttavia anche in questo ambito è utile prevedere una diversa organizzazione che passi attraverso un coordinamento regionale ed una più puntuale ed appropriata utilizzazione.

Il Piano Operativo prevede la gestione razionalizzata e centralizzata delle basi di Elisoccorso.

Saranno ridisegnate:

- l'assetto regionale delle basi di Elisoccorso. In particolare, sulla base dei parametri nazionali presenti in letteratura, e delle indicazioni contenute nel Regolamento nazionale sugli standard ospedalieri, si prevede una riduzione delle basi operative HEMS da 4 (attuali) a 3 con la presenza di n. 1 eliambulanza h 24 e 2 h 12 di cui almeno 1 in configurazione SAR.
- la definizione di elisuperfici destinate alla integrazione notturna dei rendez vous con le ambulanze medicalizzate nelle zone disagiate. In particolare, sulla base dei parametri nazionali presenti in letteratura, e delle indicazioni contenute nel Regolamento nazionale sugli standard ospedalieri, si prevede l'istituzione di elisuperfici attive h 24 in tutti gli Hub, elisuperfici attive h 12 diurne in tutti gli Spoke, elisuperfici attive h 24 nelle Case della Salute di Praia a Mare.

Azioni di riorganizzazione

- attività di *assessment*.
- attività di verifica, aggiornamento e/o definizione dei processi operativi contenuti nel Regolamento di attivazione del servizio di eliambulanza regionale definito con DPGR n. 160 del 13/09/2012 ai sensi del DPGR n.7/2011.
- attività di verifica/aggiornamento/definizione degli indicatori di performance contenuti nel Regolamento regionale e avvio attività di monitoraggio.
- definizione del capitolato di gara per la gestione del Servizio di Elisoccorso il cui contratto di servizio è stato prorogato fino al 31 luglio 2016 e comunque non oltre la data di aggiudicazione della gara.

3.1.3.3 Integrazione tra le reti e la connessione fra sistema dell'emergenza e sistema delle cure primarie: la CURAP e il numero 116117

È noto che per affrontare le sfide poste alla sostenibilità del Servizio Sanitario universalistico, occorre attivare un cambiamento sostanziale delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria ed in particolare è indispensabile diminuire la concentrazione di attività e risorse sulla rete ospedaliera. La rete di emergenza-urgenza fornisce un fondamentale connettore di questo sistema, in quanto deve essere in grado di rispondere ai cittadini su tutto il territorio regionale, garantendo sicurezza e tempestività di intervento. È altrettanto importante che vi sia appropriatezza nell'utilizzo dei servizi evitando il sovraffollamento dell'area emergenza-urgenza ospedaliera per patologie di media-bassa criticità clinica che spesso possono trovare un'adeguata e migliore risposta clinico-assistenziale nell'ambito della rete dei servizi di assistenza primaria, ove adeguatamente strutturata. Tale fenomeno, che spesso si rileva anche per i servizi cui il cittadino accede telefonicamente (numero 118), determina un uso improprio delle strutture e dei servizi che devono essere riservati alle situazioni o condizioni di reale emergenza. È noto che il ricorso inappropriato ai servizi di pronto soccorso ha diverse motivazioni, tra le quali la percezione del cittadino di un bisogno immediato in relazione a prestazioni non differibili ma non urgenti. Tale percezione sarà ben minore se il cittadino si sente accolto in una rete di assistenza primaria in grado di anticipare e intercettare il suo bisogno di salute considerato non differibile.

A tal fine occorre sviluppare nuovi strumenti organizzativi integrati, con l'obiettivo di rispondere con maggiore efficacia al bisogno di salute del cittadino, ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso, razionalizzare le risorse presenti sul territorio.

Già indicazioni nazionali e direttive europee hanno previsto l'istituzione di un numero unico europeo (il 116117) per il servizio di guardia medica. Nel luglio 2011 il Ministero della salute adottava in materia, un documento di indirizzo sulla Continuità delle cure in un sistema integrato. Modelli organizzativi 118 e Continuità Assistenziale (CA), integrativo dell'Accordo Stato-Regioni del 20 aprile 2011 e punto di riferimento per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Il documento è finalizzato a garantire una piena integrazione dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri per realizzare una concreta continuità assistenziale e razionalizzare anche l'utilizzo della rete di emergenza-urgenza, consentendo di intercettare preventivamente i codici bianchi e verdi. A tal fine sono stati prospettati modelli organizzativi assistenziali diversificati ed adattabili ai diversi contesti territoriali, per assicurare assistenza giornaliera h 24, sette giorni su sette.

In concreto, si propone di: individuare una centrale operativa del territorio (rispondente al numero 116117), avviare le procedure per l'acquisizione del numero 116117 e nel frattempo su base provinciale, utilizzando anche le tecnologie del 118 ma con numerazione separata, ci si doti di un numero di telefono unico, accessibile h24/365 gg all'anno, attraverso il quale raggiungere, secondo linee guida da definire a livello regionale:

- i medici delle cure primarie durante il giorno (i medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta aggregati in UCP);
- i medici di Continuità Assistenziale durante la notte e i festivi;
- la centrale unica di prenotazione per le prestazioni ambulatoriali (il CUP);
- il Punto Unico di Accesso alla rete integrata dei servizi (PUA) per i bisogni più complessi.

Attraverso la centrale operativa del territorio (CURAP), il cittadino, così come gli operatori socio-sanitari ospedalieri e distrettuali, potranno raggiungere i medici delle cure primarie (i medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta aggregati in UCP, prevedendone l'adesione obbligatoria), la centrale unica di prenotazione per le prestazioni ambulatoriali (il CUP) e il Punto Unico di Accesso alla rete integrata dei servizi (PUA) per i bisogni più complessi. Questa interfaccia unica costituirà il riferimento sia per i pazienti e le loro famiglie, sia per gli operatori sanitari e sociali del territorio, che per gli operatori dell'Ospedale.

Su queste basi pertanto si prevede l'individuazione di una centrale operativa del territorio (rispondente al numero 116117), adiacente alla Centrale Operativa del 118, con personale addestrato allo scopo che fornirà risposte e consigli utili al cittadino sulla base di protocolli studiati e predisposti in collaborazione tra MMG e gli altri operatori sanitari del Distretto, e condivisi con il 118 e i DEA per le parti di interazione. Questo stesso servizio fungerà, come sopra detto, anche da portale di accesso per le richieste di Assistenza Primaria (cfr Intesa Stato Regioni del 8/02/2013 Rapporti tra il Sistema dell'emergenza urgenza e la C.A.).

La programmazione regionale definirà anche attraverso idonee sperimentazioni quali servizi verranno gestiti direttamente dalla centrale (ad esempio: chiamate per la CA; chiamate per il PUA; chiamate per le UCP) e quali dirottare ad altri servizi (ad esempio: chiamate per il CUP ecc.), con l'obiettivo di unificare il più possibile i servizi.

Il numero 116117 (attivo h24 / 365 gg all'anno) consentirà quindi la centralizzazione delle chiamate di cure primarie. Le due funzioni (118 e 116117) devono avvalersi di un'unica piattaforma tecnologica.

Dal punto di vista organizzativo, inoltre, condizioni essenziali sono la possibilità di interagire fra le due funzioni con un linguaggio condiviso, e quindi scambio di informazioni, chiarezza delle competenze reciproche (chi fa che cosa), individuazione dei percorsi delineando gli ambiti. A questo scopo dovranno essere definite a livello regionale apposite linee guida condivise.

Altrettanto determinanti sono: una adeguata e omogenea preventiva formazione degli operatori ed una puntuale informazione al cittadino, destinatario ultimo del percorso riorganizzativo nel suo complesso.

Nelle more dell istituzione del numero 116117 a livello nazionale, la Regione sperimenterà in alcune ASP un numero verde che contenga al suo interno il numero 116117 (esempio: numero verde. 800 116 117).

Azioni di riorganizzazione

- Costruire un modello di Centrale Unica di Riferimento per l Assistenza Primaria (a cura del Dipartimento e del GdL di coordinamento regionale);
 - Individuare i target di popolazione/utenti delle CURAP;
 - Individuare i percorsi assistenziali funzionanti/funzionali a questo tipo di iniziativa;
 - Individuazione dei ruoli.
- Operazioni tecniche di predisposizione del servizio:
 - Adeguamento della piattaforma tecnologica ed informatica individuazione di una nuova numerazione unica per tutti, possibilmente 116.117 in conformità alla normativa europea;
- Attivazione CURAP:
 - Avvio della sperimentazione in alcune ASP un numero verde che contenga al suo interno il numero 116117, in attesa delle indicazioni nazionali,
 - Predisposizione di uno specifico protocollo a valenza regionale omogeneo che disciplini i rapporti tra 118 e l Assistenza Primaria dove saranno indicati i rispettivi ambiti di attività e le relative interazioni ed integrazioni, nel rispetto delle rispettive autonomie.
- Campagna informativa sul nuovo servizio.
- Monitoraggio e verifica dei risultati.

3.1.3.4 Continuità Assistenziale

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale iniziando dalla centralizzazione delle chiamate presso le CURAP, come descritto nel paragrafo dedicato.

Altri elementi di razionalizzazione provengono da una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale, riorganizzando il servizio (che conta 335 postazioni) in funzione di una più razionale ed appropriata rete territoriale e ospedaliera dell'emergenza. Il Piano di rientro prevedeva una riduzione del numero delle postazioni di guardia medica in 250 unità. Il DPGR n. 94 articola la riduzione nel seguente modo:

Tabella 42: Postazioni di Guardia Medica, Attuali e da Riorganizzazione

AREA	ASP	Abitanti (ISTAT 2011)	NUMERO COMUNI	NUMERO POSTAZIONI ATTUALI	NUMERO POSTAZIONI PROGRAMMATE (I STEP)	NUMERO POSTAZIONI PROGRAMMATE (II STEP)
NORD	Cosenza	734.656	155	123	113	102
CENTRO	Crotone	174.605	27	31	27	24
	Catanzaro	368.597	80	60	57	50
	Vibo valentia	166.560	50	39	26	23
SUD	Reggio calabria	566.977	97	81	81	76
PROV.	Numero postazioni per assicurare la centralizzazione delle chiamate nelle attuali Centrali Operative su base provinciale					5
TOTALE		2.011.395	409	334	304	280

Azioni di riorganizzazione

- **I FASE:** attuazione del riordino delle postazioni di C.A. (n. postazione 304);
- **II FASE:** attuazione del riordino delle postazioni di C.A. (n. postazione 280).

Rispetto a quanto programmato, si rende comunque necessario prevedere un ulteriore ridimensionamento delle postazioni di Guardia Medica (inferiore alla 250 postazioni suddivise equamente sul territorio) considerato che i volumi di attività dovranno essere assorbiti dall'attivazione dei nuovi servizi territoriali sopra descritti.

Il ridimensionamento riguarderà essenzialmente le singole postazioni di Continuità Assistenziale tenendo distinta tale riduzione dal numero dei medici in servizio in ogni singola postazione.

Sarà così possibile raggiungere gli attuali standard nazionali tenuto conto che i servizi di guardia medica furono istituiti in assenza totale del 118 e della riorganizzazione territoriale attualmente in atto.

3.1.3.5 Formazione

La Conferenza Stato Regioni nella seduta del 22 Maggio 2003 definisce la formazione e l'aggiornamento per tutti gli operatori del servizio 118 (medici, infermieri, autisti e volontari). I Percorsi Formativi devono essere proposti, programmati, coordinati e attuati in via esclusiva dal Responsabile della Centrale Operativa 118 e devono erogare conoscenza, operatività e comportamenti concernenti l'emergenza. È opportuno prevedere che le centrali operative siano dotate di un Centro di Formazione e simulazione autonomo, gestito direttamente dal Direttore della Centrale ricorrendo per quanto più è possibile a istruttori formatori interni al servizio.

Qualora l'iter formativo di aggiornamento o di re-training preveda una frequenza ospedaliera, le Direzioni Sanitarie dei Presidi devono fornire il supporto logistico, nonché certificare la presenza dei corsisti. Risulta altresì indispensabile uniformare i Percorsi formativi e programmare la Formazione di tutto il personale (Medici, Infermieri, Autisti, Volontari) delle diverse articolazioni della Rete: C. O., Pronto Soccorso, PPI, PET, Continuità Assistenziale, ecc.

Ulteriore attenzione bisogna riservare ai programmi di simulazione Medica avanzata, in cui tutti gli operatori possano mettersi in gioco, operando in scenari di Emergenza Urgenza e in assenza di rischio, grazie all'uso di manichini computerizzati.

In altri termini la Formazione (in particolare per Aree critiche come l'Emergenza/Urgenza), come fonte di conoscenza e good practices, non potrà essere solamente teorica, ma dovrà prevedere anche la "fase" pratica, con particolare attenzione alla sicurezza del paziente. In tal senso è importante una Metodologia Formativa all'avanguardia, in cui la simulazione avanzata del caso clinico, risulti lo strumento privilegiato, dove l'eventuale "errore" serve per imparare.

La promozione di questi strumenti, oltre ad agevolare il lavoro quotidiano, è fondamentale per evitare i possibili errori, quindi diventa parte integrante di un programma di safety. Inoltre il valore aggiunto di queste "metodiche" formative, è la concreta possibilità di imparare a lavorare in gruppo come dovrebbe avvenire nella realtà.

Nel rispetto delle disamine di cui sopra si prevede di organizzare i Percorsi e i Programmi in:

- un primo Livello di Formazione di base centrato sugli aspetti organizzativi, tecnologici, gestionali, relazionali, clinici che coinvolga tutti i profili professionali e discipline facenti parte della filiera dell'Emergenza/Urgenza.
- un secondo Livello dedicato a tutti gli attori di cui sopra, ma con approfondimenti specifici, nel rispetto dei profili professionali, discipline, qualifiche, compiti e funzioni attraverso lo svolgimento di Corsi monotematici.
- un terzo Livello per le figure Dirigenziali (Strutture Complesse, Semplici) con Master dedicati.

E' prevista e obbligatoria anche la integrazione formativa per quei professionisti che risultano già certificati negli aspetti formativi di cui sopra.

I percorsi formativi articolati ai diversi livelli quanti-qualitativi, devono assicurare ai profili professionali una crescita delle capacità e delle performance, che dovrebbero assicurare un miglioramento della offerta di Servizi e una riduzione del Rischio Clinico.

3.1.4 Rete ospedaliera dell emergenza

Per quanto riguarda la rete ospedaliera, dal punto di vista dei criteri generali organizzativi, con il DPGR n. 18/2010 e il DCA n. 9/2015 si è stabilito un Centro HUB ogni 600.000 - 1.200.000 abitanti e uno SPOKE in ogni ambito territoriale corrispondente ad un bacino di utenza di almeno 150.000 - 300.000 abitanti o inferiore qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di SPOKE superi i 60 minuti, considerando che 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 prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza).

In questo contesto gli organici dedicati e specifici per l'emergenza ospedaliera devono divenire un vero e proprio team di risorse professionali che, secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, possa spalmare le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza. Dai centri di eccellenza caratterizzati da elevati livelli tecnologici e di competenza specialistica, deve svilupparsi una stretta interazione professionale e tecnologica in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di DEA e dei punti di primo intervento (PPI) che dovranno essere direttamente collegati allo SPOKE o HUB di competenza.

Laddove non ancora in atto si impone l'applicazione del Sistema Triage, quale strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi per acuti, uniformando i sistemi di risposta all'emergenza urgenza ai criteri generali contenuti nelle Linee guida emanate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 ottobre 2001, in tema di triage (Accordo Stato Regioni del 25 ottobre 2001-G.U. del 7 dicembre 2001, n. 285).

Funzioni di HUB

La struttura ospedaliera sede di DEA di II livello esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse.

La struttura sede di DEA di II Livello serve un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000 e deve essere dotata di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché delle strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, tra le quali, nel rispetto dei bacini di utenza contenuti nella Tabella Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina (**Allegato 2**): Cardiologia con emodinamica interventistica h.24, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Endoscopia digestiva, Broncoscopia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale; devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale, altre eventuali discipline di alta specialità. Le discipline di Cardiocirurgia e rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica e radiologia interventistica devono altresì essere presenti o essere garantite attraverso collegamenti funzionali con gli HUB dove sono presenti.

E inoltre prevista, qualora i volumi di attività consentano di garantire le competenze richieste, una Struttura Complessa di Chirurgia d'Urgenza, che assolva a compiti di trattamento specialistico di patologie urgenti.

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

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

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

Obiettivo ulteriore è quello di migliorare l'effettivo funzionamento delle reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale quale la rete per la patologia cardiovascolare, cerebro-vascolare, traumatologica, in armonia con la rete dei DEA e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini.

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

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

Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, negli Hub di personale sanitario formato, con specifica programmazione regionale, alla gestione delle richieste di consulenza.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 600.000/1.200.000 abitanti con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000.

Funzioni di SPOKE

La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di PS e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza al DEA di II Livello (Hub) per livello superiore di cura.

La struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000 e deve essere dotato delle strutture dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono.

Devono essere presenti o disponibili in rete h.24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per quanto riguarda quest'ultimo l'organizzazione è disciplinata dal DCA n. 58 del 26/06/2014.

Devono essere dotati, inoltre, di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

Il Personale medico del DEA di I livello è costituito da Medici afferenti alla Disciplina di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, inquadrati in una Struttura Complessa ed operanti sia in guardia attiva che in reperibilità anche su più presidi. In tal senso le funzioni proprie del Centro SPOKE possono essere erogate, nella sola fase di riorganizzazione, anche da più strutture integrate su più presidi.

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

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i Centri HUB o ove eventualmente previsti in Centri Sovraregionali, gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 150.000/300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000.

Funzioni di Pronto Soccorso semplice nell'Ospedale Generale

La funzione di PS semplice può essere svolta da quei presidi per cui si preveda un'evoluzione a SPOKE nel tempo in attesa di eventi programmati a lunga scadenza (ad es. l'ospedale generale di Gioia Tauro in attesa della creazione del nuovo presidio ospedaliero di Palmi), oppure in particolari situazioni di complessità organizzativa.

E la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità).

I presidi ospedalieri di base, definiti Ospedali Generali appartenente alla rete ospedaliera, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto dal successivo punto (Ospedali di zona montana), sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di

guardia attiva o in regime di pronta disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva .

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

La funzione di Pronto Soccorso è prevista per:

- un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti;
- un numero di accessi annuo appropriati superiore a 25.000 unità.

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

Viene mantenuto il laboratorio di analisi esclusivamente per i degenti.

Funzioni di Pronto Soccorso di base nell Ospedale di zona disagiata

Gli ospedali di zona disagiata sono presidi ospedalieri di base che possono essere previsti per zone particolarmente disagiate in quanto definibili, sulla base di oggettive tecniche di misurazione o di formale documentazione tecnica disponibile, distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso) superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. Per centri hub e spoke si intendono anche quelli di regioni confinanti sulla base di accordi interregionali da sottoscrivere entro i tempi che saranno stabiliti dal Regolamento nazionale sugli standard ospedalieri.

Nella Regione Calabria, come in molte altre regioni italiane, esistono presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano o comunque con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi. Nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisuperfici dedicate.

In questi presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto attività di medicina interna, di chirurgia generale ridotta.

Sono strutture a basso volume di attività con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, con un numero di casi troppo basso per garantire la sicurezza dei ricoveri anche in relazione ai volumi per il mantenimento dello skill e delle competenze e che incidono pesantemente sulle tipologie di investimento richieste dalla sanità moderna. Devono essere integrati nella rete ospedaliera di area disagiata e devono essere dotati di:

- un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;
- una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery, la copertura 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, integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo.

Appare necessario prevedere la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub o spoke più vicino ed indagini laboratoristiche semplici in pronto soccorso. Deve essere predisposto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale di zona disagiata al centro Spoke o Hub.

E' prevista la presenza di una emoteca. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino.

Negli Ospedali di zona disagiata è prevista la presenza di un ambulatorio di oncologia funzionalmente integrato con lo Spoke di riferimento al fine di evitare ai pazienti oncologici dei relativi territori i disagi dovuti agli spostamenti per i controlli oncologici.

Viene mantenuto il laboratorio di analisi esclusivamente per i degenti.

L'organico medico dell'ospedale di zona disagiata è così dimensionato:

- quattro medici di medicina generale (presenza di un medico 12H 5 GG alla settimana + 6H 2GG alla settimana + reperibilità) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- cinque medici di chirurgia generale (16 ore 7 gg la settimana + reperibilità notturna) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- cinque medici anestesisti (16 ore 7 gg la settimana + reperibilità notturna) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- cinque medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (presenza di un medico 24H, 365GG all'anno e con la medicina generale che partecipa all'attivazione della guardia attiva) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento.

La presente programmazione prevede la riconfigurazione della Casa della Salute di Trebisacce in Ospedale di zona disagiata. Tale decisione tiene conto dell'ambito territoriale che comprende n. 17 comuni con una popolazione di circa 54.000 abitanti. Alcuni di questi comuni distano più di 60 Km dallo spoke di Castrovillari, nè in quell'area dell'alto ionio cosentino, a differenza che nella parte tirrenica, insistono altre strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate. Tenendo conto inoltre che nel periodo estivo la viabilità crea problemi alla circolazione notevolmente rallentata dal traffico, si è ritenuto di riprogrammare l'attivazione di un ospedale di zona disagiata onde garantire un'attività di Pronto Soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'emergenza-urgenza e integrata alla struttura complessa del DEA di Castrovillari che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo. Il presidio sarà inoltre dotato delle specialità e servizi previsti dal DM Salute n. 70/2015 per tali tipologie di presidi.

Punti di Primo Intervento

A seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in una struttura territoriale, potrebbe rendersi necessario prevedere, per un periodo di tempo limitato, il mantenimento nella località interessata di un Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 ore diurne e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne. Qualora gli accessi superino le 6.000 unità/anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura.

La mission dei Punti di Primo Intervento è la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito, implementando l'attività territoriale al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra 118, DEA, HUB o Spoke di riferimento e Distretto, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell'assistenza primaria. Nei punti di primo intervento non è prevista l'osservazione breve del paziente.

Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale.

Possono essere organizzati Punti di Primo Intervento anche per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa, gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema 118.

Nella fase di transizione verso la gestione del 118, la loro funzione per le urgenze si limita unicamente ad 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.

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

Esclusivamente per il tempo di mantenimento previsto, i Punti di Primo Intervento si distinguono in:

- Punti di Primo Intervento, mobili (allestiti per esigenze estemporanee) o fissi (con numero di accessi < 6.000 se attivi 24 ore o < 3.000 se attivi 12 ore, assegnati al Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118);
- Punti di Primo Intervento con numero di accessi > 6.000 fino a 20.000 se attivi 24 ore o > 3.000 se attivi 12 ore eventualmente assegnati alle strutture delle Aziende Sanitarie dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera (PS, SPOKE, HUB);
- Punti di Primo Intervento in zona montana con un forte presidio del 118.

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

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

Attualmente il servizio dei PPI attivati negli ex ospedali riconvertiti in strutture territoriali, è erogato in 12H/24H per prestazioni in emergenza-urgenza per casi di media-bassa complessità. L'obiettivo, in linea con quanto sopra definito, è quello di trasferire delle attività previste per i PPI delle CdS alla gestione del 118 entro un anno (28 febbraio 2017), previa contestuale verifica della funzionalità della rete EMUR.

Di seguito si rappresenta la distribuzione attuale dei PPI.

Tabella 43: Numero di Punti di Primo Intervento Attivi presso le Case della Salute

Punti di primo intervento		
Area	PPI inseriti nelle Case della Salute	H12/H24
Area Nord	S. Marco Argentano	H24
	Mormanno	H12 diurno
	Lungro	h12 diurno
	Cariati	H24
	Praia a Mare	H24
Area Centro	Chiaravalle Centrale	H12 diurno
	Soriano Calabro	H12 diurno
Area Sud	Scilla	H24
	Taurianova	H12 diurno
	Oppido Marmertina	H12 diurno
	Palmi	H24
	Siderno	H12 diurno

Sarà organizzato un Punto di Primo Intervento estivo nella strutture di Praia a Mare, da un punto di vista organizzativo integrato al DEA di riferimento che garantisce il servizio.

Azioni di riorganizzazione

- Verifica delle modalità di trasferimento dell'attività dei PPI alla gestione del sistema 118;
- Definizione del piano attuativo e del cronoprogramma del trasferimento dell'attività alla gestione del sistema 118;
- Definizione del piano di attivazione del PPI estivo della CdS di Praia a Mare;
- Passaggio dell'attività dei PPI alla gestione del sistema 118 previsto entro il 30 gennaio 2015, previa verifica della funzionalità della rete EMUR.

3.1.5 Disegno della Rete EMUR

Di seguito si riporta la tabella che delinea la struttura della rete per la Regione Calabria alla luce delle componenti ospedaliere e territoriali:

Tabella 44: Struttura della Rete emergenza-urgenza Area Nord

Area nord						
Hub	Spoke	Ospedale Generale	Ospedale di zona montana	Case della Salute (CdS)		
DEA II LIVELLO 500.000/1.000.000 ab.	DEA I LIVELLO 150.000 / 300.000 ab.	PRONTO SOCCORSO 40.000 / 150.000 ab.	PS DI ZONA MONTANA 20.000 / 40.000 ab.	Senza alcuna funzione di emergenza (PPI attuali per tempo di presenza previsto)	Centrali Operative 118	Postazioni territoriali medicalizzate (PET) le
Cosenza AO					ASP Cosenza	N 21
			S. Giovanni in fiore Aciri			
	Castrovillari					
				S. Marco Argentano ppi h24 Mormanno ppi h 12 diurno Lungro ppi h 12 diurno		
	Rossano /Corigliano(*) Unico presidio con due strutture					
				Cariati ppi h24		55
	Cetraro /Paola (*) Unico presidio con due strutture					

Tabella 46: Struttura della Rete emergenza-urgenza Area Sud

3.1.6 La rete dell'emergenza pediatrica

I Centri di riferimento per l'emergenza pediatrica sono gli Hub delle Aziende Ospedaliere di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria. All'interno dei DEA di II livello, in ogni reparto di pediatria, deve essere previsto il PS Pediatrico.

Le funzioni previste nel DEA di II livello con PS pediatrico sono: Triage pediatrico, OBI, assistenza pediatrica multi specialistica, erogazione di cure semintensive pediatriche, servizio di telemedicina per il confronto con specialisti di altri ospedali Hub e per consulenze per gli ospedali Spoke.

Le funzioni previste nel DEA di I livello per le unità operative di pediatria sono: Triage con attenzione alle peculiarità pediatriche, OBI, assistenza pediatrica 24/24 ore, stabilizzazione del bambino critico ed eventuale successivo trasferimento secondario, attivazione del servizio di telemedicina per consulto con centri Hub, formazione del personale.

Nell'ambito delle reti tempo dipendenti, con particolare riferimento alla rete trauma, dovranno essere predisposti specifici protocolli comuni con il 118 al fine di individuare, in base alle patologie prevalenti e quindi alla necessità di specialisti qualificati, il centro che offre le migliori cure per quel caso specifico.

La rete per l'emergenza pediatrica sarà definita con specifico atto.

3.1.7 Alcune considerazioni per la realizzazione effettiva della rete

Di fondamentale importanza è il lavoro di integrazione tra Hub, Spoke, PS dell'Ospedale Generale, PS dell'Ospedale di Zona disagiata, PPI della Casa della Salute (per il tempo di mantenimento previsto) ed il Sistema di Emergenza Territoriale 118 che devono garantire un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e trasporto dei malati con codici rossi e gialli afferenti alle reti delle patologie complesse nell'ottica di precisi percorsi diagnostico terapeutici.

Analoga collaborazione dovrà essere instaurata con i Distretti delle Cure Primarie per i codici a bassa gravità (bianchi e verdi).

A questo proposito adeguati accordi con la continuità assistenziale, oltre a permettere integrazioni tra PET, PPI e Postazioni di Guardia Medica allo scopo di razionalizzare le risorse e ridurre inutili doppioni, favoriranno la virtuosa interfaccia tra emergenza sanitaria e continuità delle cure.

L'ulteriore razionalizzazione della rete dei PPI dovrà avvenire in concomitanza con la riorganizzazione della rete 118, per un utilizzo più razionale dei mezzi per i trasporti urgenti, secondari urgenti ed ordinari.

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 intensità di cure verso strutture ad elevata complessità specialistica.

La gestione tempestiva dei trasporti intra-ospedalieri deve essere organizzata e gestita dai singoli PS e PPI (per il tempo di mantenimento previsto) in accordo con il 118 e con i centri HUB e SPOKE riceventi, che devono comunque accogliere il paziente sulla base di protocolli condivisi.

Per queste patologie, così come per quelle della rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolari, stroke) sono previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

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.

In accordo con il documento sulla rete ospedaliera e stabilita la rete territoriale dei Distretti e delle Cure Primarie, è evidente che in divenire il Dipartimento Regionale di Tutela della Salute, utilizzando gli strumenti sopra descritti, potrà procedere ad ulteriori razionalizzazioni.

E infatti prevista la conversione dell'attività dei PPI con quella del sistema 118, provvedendo adeguatamente a separare comunque la funzione di urgenza da quella di continuità assistenziale, al fine di evitare pericolose ambiguità per il cittadino che dovrà sempre poter individuare con precisione i presidi dedicati all'urgenza (118 e rete HUB, SPOKE, Ospedale Generale, Ospedale di zona disagiata) e quelli per la continuità assistenziale (Cure Primarie), che pur dialogando tra loro svolgono funzioni distinte.

Oggetto di particolare attenzione è la formazione degli operatori, attualmente non uniforme, e nel cui ambito devono essere fatti notevoli progressi rispetto alla omogeneizzazione e al livello di qualità, mettendo rigorosamente in capo all'Ente Regione la certificazione, formazione ed aggiornamento del personale, pianificata in accordo con il Coordinamento del 118 e dei Dipartimenti di Emergenza.

3.1.8 Sintesi prossime azioni da svolgere

Alla luce di quanto descritto e per un'applicazione puntuale di quanto pianificato, nell'immediato futuro occorre affrontare le seguenti tematiche:

- implementazione della rete dei DEA, dei PS, dei PPI e del 118 e loro collegamento attraverso specifici protocolli intra ed extraospedalieri (entro il 31/12/2016);
- razionalizzazione delle PET e delle postazioni di guardia medica in funzione della loro attività, per singola Area, sulla base delle azioni previste (entro 31/12/2016);
- informatizzazione dei processi e delle attività di Emergenza-Urgenza attraverso l'integrazione degli applicativi in uso nelle Centrali Operative con gli applicativi del Pronto Soccorso ospedalieri, con i sistemi di fonìa, con il sistema radio regionale e con la trasmissione dati a distanza (entro il 31/12/2017);
- potenziamento e rimodernamento delle ambulanze ed auto mediche in dotazione nelle strutture di Emergenza-Urgenza (entro il 31/12/2016);
- potenziamento strutturale e tecnologico delle CC.OO. del 118, dei P.S. e dei DEA (entro il 31/12/2017);
- definizione degli organici e degli standard relativi alle strutture 118 ed a quelle deputate alla emergenza ospedaliera (entro il 31/12/2017);
- attivazione della rete radio frequenze del 118, sulla base delle azioni previste (entro il 31/12/2018);
- sviluppo del sistema di Telemedicina (soprattutto teleconsulto e teleradiologia) (entro il 30/06/2017);
- istituzione della tracciabilità degli interventi con modulistica omogenea e collegamento con le SDO utilizzando un sistema informatico regionale, sulla base delle azioni previste (entro il 31/10/2016);
- centralizzazione a livello provinciale delle chiamate per la Guardia Medica considerata la riorganizzazione delle postazioni di continuità assistenziale e ruoli e compiti delle rispettive funzioni, sulla base delle azioni previste (entro 30/06/2017);
- ridefinizione delle procedure e protocolli condivisi per dare attuazione pratica alla rete con particolare riferimento a: trasporti secondari urgenti protetti, trasporti secondari differibili, trasporti ordinari, rete

psichiatrica ed implicazioni relative all'uso del TSO in urgenza, trasporto pediatrico-neonatale, percorsi per le patologie complesse, sulla base delle azioni previste (entro il 30/06/2016);

- mappatura e studio della rete delle elisuperfici a servizio di destinazioni sanitarie (entro 31/12/2017);
- definizione del ruolo del 118 in relazione a eventi straordinari e manifestazioni di interesse pubblico, sulla base delle azioni previste (entro il 31/12/2017);
- creazione di protocolli per il soccorso in mare e costiero ed implicazioni delle reti, sulla base delle azioni previste (entro il 30/06/2017);
- definizione di regole relative ai rapporti con strutture private ed accreditate riguardo alle attività di emergenza-urgenza (entro il 30/06/2017).

3.1.9 Monitoraggio

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.

3.2 Rete SCA Sindrome Coronarica Acuta

Il documento relativo alla rete è riportato in **allegato 4**. Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto.

I NODI DELLA RETE HUB & SPOKE

- Centri Hub sede di DEA di II Livello della rete dell'emergenza di cui al DCA n. 9/2015;
- Centri Spoke sede di Dea di I livello della rete dell'emergenza di cui al DCA 9/2015 rispondenti ai requisiti del bacino di utenza ed ai tempi di percorrenza dettati dal protocollo con il 118, dotati di emodinamica e UTIC;
- Centri Spoke con UTIC senza emodinamica di cui al DCA 9/2015.

Tabella 47: I nodi della rete Hub & Spoke di cui al DCA 9/2015 Area Nord

RETE HUB & SPOKE AREA NORD		
RETE PER ACUTI		
Hub	Spoke con UTIC e Emodinamica	Spoke con UTIC senza Emodinamica
<u>Cosenza AO</u>		
	<u>Belvedere Casa di Cura Tricarico (*1)</u>	
		Cetraro /Paola <i>Unico presidio con due strutture</i>
	<u>Castrovillari (*2)</u>	
		Rossano /Corigliano <i>Unico presidio con due strutture</i>

RETE HUB & SPOK AREA CENTRO		
RETE PER ACUTI		
Hub	Spoke con UTIC e Emodinamica	Spoke con UTIC senza Emodinamica
<u>Catanzaro Pugliese Ciccio</u>		
<u>Catanzaro Mater Domini</u>		
	<u>Catanzaro S. Anna Hospital (*1)</u>	
		Lamezia Terme
		Crotone
		Vibo Valentia

RETE HUB & SPOKE AREA SUD		
RETE PER ACUTI		
Hub	Spoke con UTIC e Emodinamica	Spoke con UTIC senza Emodinamica
<u>Reggio di Calabria</u>		
		Polistena
		Locri

(*1) Relativamente all Area Nord si ritiene necessario considerare all interno della rete SCA regionale pubblica anche il ruolo operativo della struttura privata Tricarico a copertura dei bacini di utenza dell alta costa tirrenica dell Area Nord. Tale struttura sarà inserita nei protocolli operativi regionali e di Area in un ottica di supporto ed integrazione alla rete pubblica. La Struttura privata è dotata di Pronto Soccorso accreditato.

Per quanto riguarda la Struttura S. Anna Hospital di Catanzaro effettua gli interventi in situazioni di urgenze differite.

(*2) Nell Area Nord è necessario considerare, nell ambito dei protocolli operativi, la tempistica di messa a regime della nuova emodinamica di Castrovillari in termini di precisa definizione dei flussi dei pazienti all interno della rete.

Nota: nell arco del biennio verrà valutata l attività di tutte le emodinamiche per ricondurre le strutture agli standard nazionali sui volumi di attività ed esiti e rivalutare l attuale programmazione e i relativi ambiti territoriali assegnati.

Di seguito sono riportati il numero di posti letto relativi alla cardiologia, all unità coronarica ed all emodinamica per area e struttura, previsti dalla presente programmazione.

Tabella 48: Posti letto Area Nord

AREA NORD						
ASP AO AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIO-LOGIA	UNITA CORO-NARICA	EMO-DINAMICA
A.O.	180912	A.O. DI COSENZA	COSENZA	25	10	si
A.S.P. Cosenza	180006	OSP.CIVILE CASTROVILLARI	CASTROVILLARI	18	7	si
	180010	P.O. CORIGLIANO	CORIGLIANO	18	7	no
	180012	P.O. CETRARO	CETRARO	18	7	no
AZIENDE PRIVATE	180025	CASA DI CURA TRCARICO ROSANO	BELVEDERE MARITTIMO	22	5	si

Tabella 49: Posti letto Area Centro

AREA CENTRO						
ASP AO AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIO-LOGIA	UNITA CORO-NARICA	EMO-DINAMICA
CATANZARO						
A.O.	180913	A.O. DI CATANZARO	CATANZARO	20	12	si
A.O.U.	180914	A.O. MATER DOMINI	CATANZARO	22	12	si
A.S.P. Catanzaro	180033	OSPEDALE DI LAMEZIA TERME	LAMEZIA TERME	14	6	no
AZIENDE PRIVATE	180053	CASA DI CURA SANT ANNA HOSPITAL CATANZARO	CATANZARO	27	6	si
CROTONE						
A.S.P.	180032	OSPED.CIV.S.GIOVANNI DI DIO CROTONE	CROTONE	20	10	no
VIBO						
A.S.P.	180034	P.O. JAZZOLINO VIBO VALENTIA	VIBO VALENTIA	18	8	no

Tabella 50: Posti letto Area Sud

AREA SUD						
ASP AO AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIO-LOGIA	UNITA CORO-NARICA	EMO-DINAMICA
A.O.	180915	A.O. DI REGGIO CALABRIA	REGGIO CALABRIA	24	15	si
A.S.P. Reggio Calabria	180059	OSPEDALE CIVILE DI LOCRI	LOCRI	12	4	no
	180061	P.O. S.MARIA DEGLI UNGHERESI DI POLISTENA	POLISTENA	12	8	si
AZIENDE PRIVATE	180074	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE RC	REGGIO CALABRIA	11	no	no

3.3 Rete Stroke

Il documento relativo alla rete è riportato in **Allegato 5**.

Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto.

I NODI DELLA RETE HUB & SPOKE

- Centri Hub sede di DEA di II Livello della rete dell'emergenza di cui al DCA 9/2015 e di SU di II Livello;
- Centri Spoke sede di DEA di I livello della rete dell'emergenza di cui al DPGR 9/2015 e di SU di I Livello.

Tabella 51: Individuazione dei centri HUB & SPOKE

AREA NORD	
HUB	HUB e SPOKE
con SU di II Livello	con SU di I Livello
HUB AO Annunziata	
	Spoke Castrovillari
	SPOKE Corigliano
	SPOKE Cetraro
AREA CENTRO	
HUB	HUB e SPOKE
con SU di II Livello	con SU di I Livello
Hub AO Pugliese (CZ) in fase di integrazione con AOU Mater Domini	
	Spoke Crotone (KR)
	Spoke Jazzolino (VV)
AREA SUD	
HUB	HUB e SPOKE
con SU di II Livello	con SU di I Livello
Hub AO Bianchi-Melacrino (RC)	
	Spoke Locri (RC)
	Spoke Polistena (RC)

Di seguito sono riportati il numero di posti letto relativi alla neurologia, alla neurochirurgia, alla neuroradiologia ed alla presenza di stroke unit per area e struttura, previsti dalla presente programmazione.

Tabella 52: Posti letto dei centri HUB & SPOKE Area Sud

AREA SUD							
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	PL NEURO-LOGIA	PL STROKE UNIT I LIV.	PL STROKE UNIT II LIV.	PL NEURO-CHIRURGIA	PL NEURO-RADIOLOGIA
HUB	A.O. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	REGGIO CALABRIA	20		✓	20	✓
SPOKE	OSP.CIVILE LOCRI	LOCRI	13	✓			
SPOKE	P.O. SANTA MARIA DEGLI UNGHERESI	POLISTENA	10	✓			

Tabella 53: Posti letto dei centri HUB & SPOKE Area Centro

AREA CENTRO							
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	PL NEURO-LOGIA	PL STROKE UNIT I LIV.	PL STROKE UNIT II LIV.	PL NEURO-CHIRURGIA	PL NEURO-RADIOLOGIA
HUB	A.O. MATER DOMINI	CATANZARO	40		✓		✓
HUB	A.O. PUGLIESE - DE LELLIS	CATANZARO	0			25	
SPOKE	CROTONE	CROTONE	10	✓			
SPOKE	P.O. JAZZOLINO	VIBO VALENTIA	20	✓			

Nota: è in corso il processo di integrazione tra I AO Pugliese Ciaccio e I AOU Mater Domini, le UO di Neurologia sono già unificate.

Tabella 54: Posti letto dei centri HUB & SPOKE Area Nord

AREA NORD							
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	PL NEURO-LOGIA	PL STROKE UNIT I LIV.	PL STROKE UNIT II LIV.	PL NEURO-CHIRURGIA	PL NEURO-RADIOLOGIA
HUB	A.O. DI COSENZA	COSENZA	20		✓	20	✓
SPOKE	OSP.CIVILE CASTROVILLARI	CASTROVILLARI	10	✓			
SPOKE	P.O. ROSSANO- CORIGLIANO	CORIGLIANO	10				
SPOKE	P.O. DI CETRARO - PAOLA	CETRARO	10				

PROSSIME AZIONI DA SVOLGERE

- I Coordinamenti Regionali e di Area hanno approvato il PDTA per l'ictus ischemico nella Regione Calabria con DCA n. 12 del 2 aprile 2015.
- Autorizzazione da parte della Regione dei centri deputati alla pratica della trombolisi entro il 31 dicembre 2016, previa certificazione da parte dei Direttori Generali della sussistenza dei requisiti;
- Avvio attività di formazione dei centri della rete deputati alla pratica della trombolisi, a partire dal 30 giugno 2016;
- Approvazione da parte del Dipartimento Tutela della Salute di protocolli condivisi con i responsabili del 118 e i referenti dei nodi della rete per la gestione preospedaliera e ospedaliera dell'ictus e per il trasporto secondario ai centri di competenza entro il 30 giugno 2016;
- Avvio di una campagna d'informazione capillare finalizzata ad evitare che gran parte degli ictus giungano in ospedale con mezzi propri entro il 30 giugno 2017;
- Articolazione delle strutture di riabilitazione nell'ambito della rete delle post-acuzie, ai fini dello sviluppo delle attività riabilitative secondo un concetto di rete, entro il 31 dicembre 2016.

MONITORAGGIO

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.

3.4 Rete Politrauma

Il documento relativo alla rete è riportato in **allegato n. 6**. Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto.

I NODI DELLA RETE HUB & SPOKE

- Extra regionale: Centro regionale Traumi di Alta Specializzazione (CTS);
- Centri Hub sede di DEA di II Livello della rete dell'emergenza di cui al DCA n.9/2015: Centro traumi di zona (CTZ);
- Centri Spoke sede di DEA di I Livello della rete dell'emergenza di cui al DCA n.9/2015: Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST);
- Ospedale Generale sede di PS semplice della rete dell'emergenza di cui al DPGR n.9/2015;
- Ospedale di Zona Montana sede di PS Zona Montana della rete dell'emergenza di cui al DPGR n.9/2015.

Tabella 55: Centri HUB & SPOKE Area Nord

AREA NORD			
Hub CTZ	Spoke PTS	Ospedale Generale PS semplice	Ospedale di zona montana PS Zona Montana
<u>Cosenza AO</u>			
			S. Giovanni in Fiore
			Acri
	Castrovillari		
	<u>Rossano /Corigliano</u> Unico presidio con due strutture		
	<u>Cetraro /Paola</u> Unico presidio con due strutture		

AREA CENTRO			
Hub CTZ	Spoke PTS	Ospedale Generale PS Semplice	Ospedale di zona montana PS Zona Montana
<u>Catanzaro Pugliese Ciaccio</u>			
<u>AO Mater Domini</u> (solo per le funzioni ad integrazione funzionale)			
		Soverato	
	<u>Lamezia Terme</u>		
			Soveria Mannelli
	<u>Crotone</u>		
	<u>Vibo Valentia</u>		

Nota: è possibile considerare all'interno della rete politrauma regionale pubblica anche il ruolo operativo delle strutture private nella definizione dei protocolli regionali e di Area in un'ottica di supporto ed integrazione. In particolare, le case di cura private avranno un ruolo attivo negli interventi di fratture di femore su pazienti inviati dai PS dei presidi ospedalieri sulla base di specifici protocolli.

Di seguito sono riportati il numero di posti letto relativi alla neurochirurgia, alla terapia intensiva, all'ortopedia ed alla chirurgia generale per area e struttura.

Tabella 56: Tipologia di area di emergenza (PS/DEA) e dotazione di PL di neurochirurgia, rianimazione/terapia intensiva, ortopedia/traumatologia, chirurgia generale per Area e per singolo Presidio.

AREA	Azienda	DEA/PS	PL Neuro chirurgia	PL Terapia Intensiva	PL Ortopedia	PL Chirurgia generale
Nord	AO Cosenza	DEA II Liv.	25	17	30	50
	Castrovillari	DEA I Liv.	-	10	20	25
	Rossano Corigliano	DEA I Liv.	-	10	20	40
	Cetraro Paola	DEA I Liv.	-	10	20	40
Centro	AO Catanzaro	DEA II Liv.	25	16	30	32
	Crotone	DEA I Liv.	-	10	30	30
	Lamezia Terme	DEA I Liv.	-	12	30	20
	Vibo Valentia/Tropea	DEA I Liv.	-	6	30	36
	Soverato	PS	-	-	10	20
Sud	AO Reggio Calabria	DEA II Liv.	20	14	30	30
	Locri	DEA I Liv.	-	13	20	30
	Polistena	DEA I Liv.	-	12	20	20
	Gioia Tauro	PS	-	-	10	20
	Melito Porto Salvo	PS	-	-	20	20
Totale			70	130	320	413

Ad integrazione della rete operano le strutture private con U.O. di Ortopedia per le fratture del femore con obbligo di copertura delle urgenze nelle 12 h (diurno).

Tabella 57: Posti letto di Ortopedia.

AREA	Azienda	PL Ortopedia
Nord	Casa di Cura Cascini Belvedere Marittimo	22
	Casa di Cura Scarnati - Cosenza	33
Centro	Casa di Cura Villa del Sole - Catanzaro	33
	Casa di Cura Villa Michelino - Lamezia Terme	22
Sud	Casa di Cura Villa Caminiti Villa San Giovanni	11
	Istituto Ortopedico Mezzogiorno d'Italia Reggio Calabria	77
Totale		198

PROSSIME AZIONI DA SVOLGERE

- Approvazione del PDTA predisposto dai coordinamenti d'area e regionale, entro il 30 giugno 2015;

- Completamento teleconsulto: esso è importante per garantire la tempestività e l'appropriatezza dei processi decisionali. Deve essere implementato nei PS per la trasmissione dei documenti clinici al centro HUB di riferimento, entro il 31 dicembre 2016;
- Approvazione regionale protocolli di trasferimento urgente interospedaliero protetto del paziente condivisi con i responsabili delle Centrali Operative 118 e con i referenti dei centri HUB e Spoke, entro il 31 dicembre 2016
- Approvazione regionale protocolli concordati per la precoce presa in carico da parte del PST dei pazienti che hanno risolto presso il CTZ la fase acuta e non richiedono più trattamento specialistico, entro il 31 dicembre 2016;
- Approvazione dei PDTA predisposti con i gruppi di lavoro entro il 31 dicembre 2014;
- Stipula di accordi interregionali e protocolli attuativi per le complessità da gestire nei Centri Traumi ad alta specializzazione (non presenti in Regione), entro il 30 giugno 2017;
- Formazione e aggiornamento del personale come attività continuativa;
- Articolazione delle strutture di riabilitazione nell'ambito della rete delle post-acuzie, ai fini dello sviluppo delle attività riabilitative secondo un concetto di rete , entro il 31 dicembre 2016.

MONITORAGGIO

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.

3.5 Rete trasporto neonatale

Il documento relativo alla rete è riportato in **allegato n. 7**.

Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto.

Tabella 58: Individuazione dei nodi della rete

AREA NORD			
Hub	Spoke	Ospedale Generale	Case di cura private accreditate
<u>AO dell Annunziata di Cosenza</u>			
			Sacro Cuore di Cosenza
	<u>Castrovillari</u>		
	<u>Rossano /Corigliano</u> (Unico presidio con due strutture)		
	<u>Cetraro /Paola</u> (Unico presidio con due strutture)		
AREA CENTRO			
Hub	Spoke	Ospedale Generale	Case di cura private accreditate
<u>AO Pugliese Ciccio di Catanzaro</u>			
	<u>Lamezia Terme</u>		
	<u>Crotone</u>		
	<u>Vibo Valentia</u>		
AREA SUD			
Hub	Spoke	Ospedale Generale	Case di cura private accreditate
<u>AO Bianchi-Melacrino-Morelli di Reggio Calabria</u>			Villa Aurora di Reggio Calabria
			Villa Elisa di Cinquefrondi
	Polistena		
	<u>Locri</u>		

Di seguito sono riportati il numero di posti letto relativi all'area delle terapie intensive neonatali e materno infantile.

Tabella 59: Posti letto programmati per l'area delle Terapie intensive neonatali e area materno infantile (Strutture pubbliche e private accreditate)

AREA	Codice Azienda	Codice struttura	Tipologia struttura	Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Posti letto programmazione regionale			
							DH	DS	DO	Totale
NORD	912	180912	HUB	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		5	45	50
		180912	HUB	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	62	NEONATOLOGIA	1		19	20
		180912	HUB	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	10
	201	180006	SPOKE	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		5	20	25
		180010	SPOKE	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		5	25	30
		180012	SPOKE	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		4	26	30
		180028	PRIVATO	SACRO CUORE	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	4		40	44
CENTRO	914	180914	AOU	A.O. "MATER DOMINI" CATANZARO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		5	35	40
		180914	AOU	A.O. "MATER DOMINI" CATANZARO	62	NEONATOLOGIA	2		13	15
		180914	AOU	A.O. "MATER DOMINI" CATANZARO	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	10
	202	180032	SPOKE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		4	26	30
		180032	SPOKE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	62	NEONATOLOGIA			10	10
		180032	SPOKE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			4	4
	203	180033	SPOKE	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1		29	30
	204	180107	SPOKE	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		2	18	20
SUD	915	180915	HUB	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		4	36	40
		180915	HUB	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	62	NEONATOLOGIA	1		16	17
		180915	HUB	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	10
	205	180059	SPOKE	OSPEDALE CIVILE LOCRI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		3	27	30
		180061	SPOKE	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		3	17	20
		180062	OG	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.	37	GINECOLOGIA		1	9	10
		180073	PRIVATO	VILLA AURORA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3		30	33
		180077	PRIVATO	VILLA ELISA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3		30	33

NOTA: Ospedale 'Tiberio Evoli' - Melito P.S. non è inserito nella rete dei punti nascita. Eroga solo prestazioni di ginecologia.

PROSSIME AZIONI DA SVOLGERE

- Approvazione del PDTA da parte del Coordinamento Regionale per il percorso nascita entro il 30 giugno 2016;
- Verifica della procedura per il trasporto tra Hub (TIN), Spoke e 118 e la definizione degli appositi protocolli operativi (che contengano: le modalità di attivazione del servizio, i compiti del centro trasferente e la modulistica e modalità di archiviazione dei dati) , entro il 31 dicembre 2016;
 - verifica delle attrezzature in dotazione delle ambulanze dedicate al trasporto neonatale (incubatrice da trasporto con annesso ventilatore, monitor portatile, pompe per infusione, attrezzature del mezzo di trasporto) e definizione dei mezzi di trasporto dedicati allo STEN, entro il 31 dicembre 2016;
 - definizione delle procedure e i protocolli di attivazione dell'elisoccorso, entro il 31 dicembre 2016.
- Implementazione dei Servizi di Trasporto Neonatale programmati, entro il 30 giugno 2017.

MONITORAGGIO

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione di appositi indicatori che saranno concordati con il gruppo di lavoro e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.

Indice degli Allegati:

Allegato 1: Tabelle configurazione Rete Ospedaliera Pubblica e Privata Accreditata

- **A: Rete Ospedaliera Pubblica;**
- **B: Rete Ospedaliera Privata Accreditata**

Allegato 2: Tabella Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Allegato 3: Copertura Rete EMUR attuale

Allegato 4: Rete SCA Sindrome Coronarica Acuta

Allegato 5: Rete Stroke

Allegato 6: Rete Politrauma

Allegato 7: Rete Trasposto Neonatale