

Regione Umbria

Giunta Regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 609 DEL 28/05/2012

OGGETTO: Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale. Preadozione.

		PRESENZE
Marini Catuscia	Presidente della Giunta	Presente
Casciari Carla	Vice Presidente della Giunta	Assente
Bracco Fabrizio	Componente della Giunta	Presente
Cecchini Fernanda	Componente della Giunta	Presente
Riommi Vincenzo	Componente della Giunta	Presente
Rometti Silvano	Componente della Giunta	Presente
Rossi Gianluca	Componente della Giunta	Presente
Tomassoni Franco	Componente della Giunta	Presente
Vinti Stefano	Componente della Giunta	Presente

Presidente: Catuscia Marini

Segretario Verbalizzante: Catia Bertinelli

Efficace dal 29/05/2012.

Il funzionario:FIRMATO

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore Franco Tomassoni

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) della dichiarazione del Dirigente medesimo che l'atto non comporta oneri a carico del Bilancio regionale;
- d) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

Visto il D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;

Vista la L.R. 20 gennaio 1998, n. 3 "Ordinamento del Sistema Sanitario Regionale";

Vista la L.R. 27 marzo 2000, n. 29 "Prime disposizioni di recepimento del decreto legislativo 19 giugno 2000 n. 229 concernente "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, d'integrazione e modificazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Vista la L.R. 28 febbraio 2000, n. 13 "Disciplina generale della programmazione, del bilancio, dell'ordinamento contabile e dei controlli interni della Regione dell'Umbria;

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001;

Vista la D.C.R. 28 aprile 2009, n. 298 "Piano Sanitario Regionale 2009/2011";

Vista la D.G.R. 20 dicembre 2010 n. 1873 "Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012";

Vista la D.G.R. 16 dicembre 2011 n. 1584 "Indirizzi strategici per la predisposizione di uno studio di fattibilità per l'ottimizzazione della logistica delle Aziende sanitarie regionali";

Vista la D.G.R. 16 dicembre 2011 n. 1585 "Indirizzi strategici per la predisposizione di uno studio di fattibilità per la gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende sanitarie regionali";

Vista la D.G.R. 16 dicembre 2011 n. 1586 "Istituzione della Centrale Operativa Unica Regionale 118; Determinazioni";

Vista la D.G.R. 6 febbraio 2012, n. 101 "Applicazione delle linee di indirizzo sul riordino dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Umbre";

Vista la Risoluzione n. 128 del 24 febbraio 2012 del Consiglio Regionale: "Documento annuale di programmazione della Regione Umbria 2012-2014";

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta dell'Assessore, corredati dei pareri e del visto prescritti dal Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di preadottare il documento tecnico "Misure di riordino e di razionalizzazione dei servizi del Servizio Sanitario Regionale" allegato al presente atto che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

f.to Catia Bertinelli

IL PRESIDENTE

f.to Catuscia Marini

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale. Preadozione.

Il **Servizio Sanitario umbro**, a partire dalla sua istituzione e fino ad oggi, ha dato prova d'essere all'altezza delle funzioni e dei compiti ad esso affidati dalla Riforma Sanitaria e dalle successive modificazioni intervenute per effetto sostanzialmente di leggi nazionali quali i D.Lgs. n. 502/1992, n. 517/1993 e n. 229/1999, facendo registrare una notevole capacità di adattamento ai profondi mutamenti imposti sia dal rapido evolversi del quadro demografico che dalla introduzione, nel sistema sanitario, di sostanziali innovazioni in ambito strutturale, professionale, tecnologico, terapeutico-assistenziale, farmacologico e riabilitativo.

Un Sistema Sanitario Regionale che fino ad oggi è stato capace, pur collocato al livello di eccellenza delle prestazioni, di non gravare sulle finanze dei propri cittadini attraverso l'introduzione di tasse regionali e ticket: a conferma dell'eccellenza raggiunta sui livelli di spesa, secondo i dati della stessa Corte dei Conti, emerge, infatti, come solo l'Umbria e la Lombardia, uniche due Regioni a statuto ordinario, siano riuscite a conseguire risultati economici positivi con le sole risorse ripartite per il SSN evitando il ricorso ad altri fondi regionali o prelievi fiscali per il finanziamento della Sanità.

Oggi la capacità del Servizio Sanitario Regionale di continuare a fornire ai cittadini risposte eque, efficaci ed efficienti è sottoposta a nuove e più complesse sfide, generate da un lato dall'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico e dall'altro, dalla progressiva diminuzione delle risorse economiche messe a disposizione delle Regioni italiane. Elementi questi che costringono l'Umbria a ripensare in maniera sostanziale sia il modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale che le modalità di erogazione delle prestazioni e degli interventi sanitari e socio-sanitari, cercando di migliorare ulteriormente l'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni nel contesto di risorse economiche disponibili limitate.

Per mantenere elevato il grado di copertura e la qualità assistenziale del Sistema Sanitario Regionale risulta pertanto opportuno individuare specifiche misure di razionalizzazione e sviluppo organizzativo, con l'obiettivo di garantire la stabilità dei conti e di evitare forme di "razionamento" delle prestazioni e/o di ridimensionamento dei livelli di assistenza, nella logica di un nuovo modello assistenziale, che da una parte chiama in causa il sistema sanitario, con una serie di innovazioni ormai ineludibili sul piano organizzativo e gestionale, dall'altra attribuisce un ruolo altrettanto determinante alla comunità e all'assistito competente e attivo.

L'obiettivo prioritario della Regione Umbria rimane comunque il mantenimento di un sistema sanitario "universalistico", che garantisca i livelli essenziali di assistenza e quelli aggiuntivi previsti dalla normativa regionale a tutta la popolazione residente, senza distinzioni di genere, età, reddito, lavoro.

Le parole chiave per orientare l'azione di razionalizzazione sono: **appropriatezza e integrazione**.

L'appropriatezza è un aspetto fondamentale della qualità assistenziale, in una relazione fortemente dinamica con le altre componenti della qualità: sicurezza, efficacia, equità, continuità assistenziale, coinvolgimento del cittadino, efficienza.

Mentre il miglioramento dell'appropriatezza clinica garantisce l'effettivo miglioramento della qualità dell'assistenza, l'uso efficiente delle risorse (appropriatezza organizzativa) riduce i costi e rende massimo il numero di cittadini che possono accedere a interventi efficaci.

E' indubbio che interventi appropriati producono anche effetti equitativi, permettendo di

contrastare i fattori di rischio e di ostacolo all'accesso che potrebbero penalizzare i più svantaggiati. Proprio per questo l'appropriatezza include la presa in considerazione della soddisfazione del paziente e il suo coinvolgimento.

Gli interventi mirati sul tema dell'appropriatezza tendono a superare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale, con conseguente riduzione del livello di copertura di altri livelli assistenziali, disattendendo in tal modo i diritti da garantire a tutti i cittadini.

Ciò significa lavorare per ridimensionare se non azzerare tutte le offerte che rischiano sovrapposizioni e sprechi di risorse tecnologiche. L'offerta inoltre deve essere garantita in maniera integrata tra le varie aziende, valorizzando le competenze acquisite e rendendole disponibili su scala regionale.

Le misure che si intendono adottare sono, in questa fase, inevitabilmente selettive e riguardano tre specifici campi di attività: **la prevenzione, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.**

PREVENZIONE

Vaccinazioni

E' necessario riprogettare l'offerta vaccinale puntando all'accorpamento dei punti vaccinali al fine di raggiungere gli standard previsti dal Piano della Prevenzione Vaccinale, con l'obiettivo di rendere l'offerta più aderente alle esigenze della popolazione e più adeguata alla necessità di offrire una prestazione di qualità.

Screening

Gli screening oncologici contro il cancro della mammella, della cervice uterina e del colon retto rappresentano nella nostra regione una realtà organizzativa complessa che vanta risultati nella media superiori a quelli nazionali. Un tale sistema però deve essere in grado nell'immediato futuro di sostenere l'evoluzione tecnologica che ciascuno dei tre screening deve affrontare, quale la introduzione del test HPV per lo screening citologico, la completa digitalizzazione dello screening mammario allo scopo di rendere possibile la lettura da parte di un pool unico di lettori e la evoluzione del kit per la raccolta del campione fecale per lo screening colo rettale. Nello stesso tempo è necessaria la messa punto di un modello organizzativo che preveda il completamento dell'accorpamento delle attività di patologia clinica e diagnostica istologica in un "laboratorio unico per lo screening".

Commissioni per il riconoscimento di invalidità civile e dell'handicap

Vanno accorpate in un'unica commissione gli accertamenti relativi all'invalidità civile e della condizione di handicap, utilizzando la fase di rinnovo delle commissioni sin qui attivate, superando l'obbligo per l'utente di effettuare due accertamenti distinti, anche in presenza di patologie neoplastiche per le quali già la norma prevede unicità di accertamento.

ASSISTENZA DISTRETTUALE

Nel confermare la centralità del Distretto, quale principale momento di governo di specifici e ben identificati ambiti territoriali, in stretta sinergia con le zone sociali e i distretti scolastici, si conferma anche la sua articolazione in Centri di Salute, ambiti di eccellenza per le

prestazioni di prossimità e per la interazione con la Medicina del territorio (MMG e PLS). Va comunque affrontata una dispersione territoriale in alcune prestazioni, garantite dai Punti di Erogazione, che possono essere centralizzate, mentre alcune devono rimanere di prossimità per garantire la capillare presa in carico delle necessità assistenziali. La Casa della Salute, di cui esistono esperienze ormai avviate a Trevi e Marsciano, va vista come una evoluzione dei Centri di Salute, come una loro ulteriore strutturazione sia logistica che funzionale, finalizzata a garantire ai cittadini sportelli unici di accesso sia ai servizi sanitari che a quelli sociali e organizzare la risposta nelle forme più appropriate, grazie alla compresenza di diverse professionalità, sia tecnico amministrative sia infermieristiche, sia della riabilitazione e dell'intervento sociale, sia della medicina di base e della specialistica ambulatoriale.

La medicina generalista, rappresentata dai **MMG**, dai **PLS** e dalla **Continuità assistenziale**, è la grande risorsa su cui può contare l'Umbria per sostenere e rendere credibili le misure di riordino nel campo delle cure primarie, alla luce in particolare della cronicizzazione delle malattie e dell'invecchiamento della popolazione.

E' in fase di discussione una ipotesi di accordo regionale con i Medici di Medicina Generale, in cui si sta valutando l'opportunità e la fattibilità del pieno coinvolgimento dei MMG nell'area della prevenzione, della medicina di iniziativa, della appropriatezza degli interventi e nell'orientamento all'utenza. In particolare si chiede di raccogliere la sfida di "**Guadagnare salute**" con la lotta ai 4 fattori di rischio (fumo, alcol, alimentazione, sedentarietà), garantire l'approccio ai programmi di prevenzione primaria e secondaria, sviluppo della presa in carico di pazienti affetti da **malattie dell'apparato cardiovascolare, diabete e BPCO**, garantire la massima appropriatezza prescrittiva farmaceutica e diagnostica nonché un ruolo attivo nella **terapia del dolore** e nelle **cure palliative**. Contestualmente si vogliono concordare forme associative dell'assistenza primaria, quali la medicina in rete, le **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**, le **Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)**.

Analogamente è in fase avanzata la trattativa con la **pediatria di base** per concordare obiettivi di salute nelle aree tematiche ritenute di importanza strategica e sviluppare la medicina di iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi.

Va inoltre reso operativo un nuovo modello della **Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)** che dovrà prevedere la definizione di un rapporto tra medici e assistiti pari a 1/5.000, la rivisitazione dei punti di CA, in stretta relazione alle postazioni del 118 e l'attivazione di un numero unico regionale per la gestione dell'urgenze. Alla Continuità Assistenziale si chiede inoltre di contribuire all'evoluzione qualitativa del sistema attraverso la istituzionalizzazione di un servizio di medicina generalista nelle strutture sanitarie per le cure intermedie, organizzato per fasce orarie nei giorni feriali, destinato a pazienti che rimangono comunque in carico al MMG che accede alla struttura o su chiamata o in maniera programmata.

Le **cure intermedie**, nella loro interpretazione più autentica, sono attuate in strutture di cura e di riabilitazione destinate ad accogliere persone malate che non necessitano del ricovero in ospedale per acuti ma, nel contempo, non possono veder risolti i propri problemi di salute in ambito domiciliare. In Umbria sono concepite come una evoluzione delle RSA a degenza breve o, non necessariamente in alternativa, come specifici moduli da realizzare all'interno degli ospedali DEA di 1° livello, degli ospedali di territorio o all'interno delle Case della Salute. Sono comunque presidi territoriali di prossimità collocati all'interno di strutture polifunzionali, purché con delineazione degli spazi ed accessi autonomi, orientati alla

persona malata, aperta al territorio, integrati con il sociale, aperti alle famiglie e ai caregivers. Il target sono le acuzie non domiciliabili né ospedalizzabili e la cronicità in fase di riacutizzazione. Sono strutture con un definito turnover di ricoveri, ad alta intensità assistenziale infermieristica e ad alta intensità riabilitativa (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale) con medio-bassa intensità assistenziale medica, con la responsabilità clinica affidata al MMG, in quanto sanitario a cui è affidato il malato ed è il titolare delle decisioni diagnostico terapeutiche. La responsabilità funzionale è dell'equipe infermieristica (Dirigente infermieristico, Coordinatore infermieristico, Personale OSS ed ausiliario) mentre la responsabilità organizzativa spetta al Distretto.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Sistema Urgenza Emergenza

Con la decisione formale di realizzare una **unica Centrale operativa 118** su scala regionale, incardinata nell'Azienda Ospedaliera di Perugia, si è avviata una fase di riorganizzazione dell'intero Sistema dell'Urgenza e dell'Emergenza, a partire da una vera e propria cabina di regia dell'intero sistema, rappresentata dalla centrale operativa, in grado di orientare le attuali **postazioni mobili (autoambulanze e auto mediche)**, distribuite sull'intero territorio regionale e che dovranno essere confermate sulla base della stima dei volumi di attività nonché degli ambiti e della capacità operative, verso presidi ospedalieri dotati di **Dipartimenti Emergenza Accettazione (DEA), sia di I che di II livello**, in grado di gestire sia le situazioni di urgenza che di emergenza sanitaria. La centrale operativa sarà anche la garante di protocolli operativi riguardanti tre patologie tempo dipendenti: infarto del miocardio, ictus cerebrale e politrauma grave.

Alte specialità chirurgiche (Neurochirurgia, Chirurgia toracica, Cardiochirurgia)

Il numero di unità operative attualmente esistenti dovrà essere riconfigurato non più su ambito aziendale o provinciale ma su scala regionale, tenendo conto dei dati epidemiologici, delle linee guida internazionali e delle intervenute modifiche dei percorsi diagnostico terapeutici degli ultimi anni, quale esempio il trasferimento di molte prestazioni dalla cardiocirurgia alla cardiologia interventistica o il miglioramento della diagnostica e della chemio e radioterapia nel caso dei tumori toracici. Il riordino del "sistema alta specialità" deve essere sostenuto e garantito dalla costituzione di Dipartimenti unici interaziendali tra i Presidi Ospedalieri di Perugia e Terni.

Per quanto riguarda la **Neurochirurgia** l'offerta attuale soddisfa la domanda assistenziale sia in termini qualitativi che quantitativi e necessita di uno sviluppo differenziato di qualificazione professionale tra le due sedi di Perugia e di Terni, tenendo anche conto che il sistema dell'urgenza /emergenza prevede nei presidi sedi di DEA di II livello le prestazioni di neurochirurgia.

L'evoluzione della **Chirurgia toracica** umbra dovrà portare all'integrazione delle due strutture esistenti presso le aziende ospedaliere di Perugia e di Terni per realizzare una unica struttura dotata del parco tecnologico e delle figure professionali adeguate.

Nell'ambito della **cardiocirurgia** vanno mantenute le due strutture nei presidi ospedalieri di Perugia e di Terni, sedi di DEA di II livello, ma con la necessità di una maggiore integrazione, con l'elaborazione di protocolli di integrazione funzionale tra le due strutture e lo sviluppo differenziato di qualificazione professionale tra le due sedi, per favorire il recupero della mobilità passiva, il consolidamento dell'indice di attrazione extraregionale e l'integrazione con il sistema dell'urgenza/emergenza.

Cardiologia interventistica

A livello regionale vanno garantite 6 strutture di Unità Terapeutica Intensiva Cardiologica UTIC, di cui 3 dotate di emodinamica H24 (Ospedali di Perugia, Terni e Foligno) che forniscano ciascuna il numero minimo di procedure pari a 400 PCI/anno e strutture di cardiologia la cui dotazione di posti letto copra il fabbisogno complessivo della popolazione. E' previsto il mantenimento di una attività di emodinamica "programmata" presso l'ospedale di Branca, integrata funzionalmente con la Cardiologia interventistica di Perugia.

Chirurgie Generali e specialistiche

Si rende necessaria l'evoluzione, almeno parziale, delle **Unità Operative di Chirurgia Generale** verso attività prevalentemente di **week surgery**, sia presso ospedali DEA di 1° livello che ospedali di territorio. Il numero di posti letto attualmente esistente va considerato ottimale e non incrementabile e pertanto vanno ridefinite la strutture H24 e le strutture day/week surgery con relativa dotazione di posti letto. Inoltre, occorre una riqualificazione delle strutture chirurgiche con definizione di una "mission" prevalente per ottimizzare l'offerta chirurgica e ridurre la mobilità passiva con particolare riferimento alla chirurgia oncologica. E' necessario pertanto l'elaborazione di protocolli di integrazione funzionale ed organizzativa con definizione dei modelli di operatività tra Aziende USL e Aziende Ospedaliere che consentano l'**interscambio di professionisti**, anche in relazione alla complessità della casistica.

Per quanto riguarda le **Chirurgie Specialistiche** occorre riqualificazione le strutture chirurgiche per ottimizzare l'offerta chirurgica specialistica e ridurre la mobilità passiva, prevedendo in particolare: **a)** l'integrazione funzionale fra aziende ospedaliere e ospedali di territorio di riferimento per alcune discipline (es. ortopedia, chirurgia pediatrica, oculistica e otorino); **b)** il potenziamento dell'offerta della branca di ortopedia-traumatologia nel territorio del Perugino anche attraverso la realizzazione di una ulteriore struttura operativa. E' necessaria pertanto la riorganizzazione delle chirurgie specialistiche con "**pool itineranti di professionisti**" per aumentare l'offerta nelle discipline a maggior mobilità passiva extra-regionale.

Medicina Generale

Analogamente si prospetta lo stesso percorso per le **Unità Operative di Medicina Generale** verso UO per le cure intermedie, differenziando in diversi livelli assistenziali e prevedendo anche l'implementazione di forme alternative al ricovero (ambulatori, day service, cure intermedie con particolare riferimento a RSA a degenza breve). Tale riordino prevede la definizione puntuale delle strutture di Medicina d'urgenza con relativa dotazione di posti letto integrate nel sistema emergenza/urgenza e il riequilibrio tra le strutture specialistiche, le strutture di day service e le strutture ambulatoriali, con relativa dotazione dei posti letto e la definizione dei livelli di intensità di cura. Inoltre, è necessaria la definizione delle strutture da riconvertire parzialmente o totalmente da strutture a degenza per acuti a strutture intermedie con l'**attivazione di posti letto di RSA a degenza breve**.

Punti nascita

E' stato realizzato un rilevamento sui requisiti minimi sia strutturali che organizzativi degli undici punti nascita regionali, che permette di avere un quadro puntuale sulla efficienza operativa e sull'efficacia nei termini di costi, di sicurezza e di ricorso al taglio cesareo non appropriato. Dal quadro analizzato si evidenziano criticità sia riguardo i numeri di parti effettuati, rispetto agli standard minimi di cui all'Accordo sull'appropriatezza del percorso nascita, sia alla disponibilità H24 di medici nonché alla dotazione tecnologica. Relativamente al taglio cesareo risultano valori di inappropriatezza in alcuni punti nascita. La mancata

attivazione in Umbria del Trasporto Neonatale (STEN) e del Trasporto in utero (STAM) comporta una ulteriore criticità in termini di sicurezza al sistema attualmente vigente.

La rete dei punti nascita va pertanto ridisegnata perché sia in grado di garantire tempi rapidi di accesso e al contempo massima sicurezza della madre e del bambino.

Negli ospedali di **Perugia** e di **Terni** sono identificabili le **UO di Ostetricia di II livello**, in grado di garantire un numero di parti superiore a 1.000, assicurando la presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata nonché le UO Neonatologiche di II livello. Vanno invece ridimensionate le **Unità di Ostetricia di I livello** a cui saranno associate le Unità di Neonatologia di I livello, in quanto esistono almeno 5/6 punti nascita con meno di 500 parti all'anno. I criteri per l'accorpamento dei punti nascita dovranno essere i volumi storici di attività, i flussi attuali di utenza, la localizzazione geografica, il possesso di requisiti relativi ad almeno due sale travaglio/parto, sale operatorie, assistenza ostetrico ginecologica, anestesiologicala, pediatrica/neonatale tutte H24 e la disponibilità degli esami di laboratorio, di indagini di diagnostica per immagini ed emotrasfusioni sempre H24.

La rete dei punti nascita dovrà essere inoltre supportata dall'attivazione di un sistema standardizzato di **Trasporto Assistito Materno (STAM)** e da un **Trasporto Neonatale d'Urgenza (STEN)**.

Per quanto sopra si propone alla Giunta Regionale di adottare il documento dal titolo "Misure di riordino e razionalizzazione dei servizi del Servizio Sanitario Regionale" allegato al presente atto che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Perugia, lì 28/05/2012

L'istruttore
- Marcello Catanelli

FIRMATO

PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, lì 28/05/2012

Il responsabile del procedimento
- Marcello Catanelli

FIRMATO

PARERE DI LEGITTIMITÀ

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto è stato espresso:

- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto e si dichiara che l'atto non comporta oneri a carico del Bilancio regionale;

Perugia lì 28/05/2012

Il dirigente di Servizio
- Marcello Catanelli

FIRMATO



Regione Umbria

Giunta Regionale

DIREZIONE REGIONALE SALUTE, COESIONE SOCIALE E SOCIETA' DELLA
CONOSCENZA

OGGETTO: Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale. Preadozione.

PARERE DEL DIRETTORE

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:

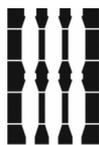
- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,
- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione,

esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, li 28/05/2012

IL DIRETTORE
- EMILIO DUCA

FIRMATO



Regione Umbria

Giunta Regionale

Assessorato regionale "Tutela della salute. Programmazione ed organizzazione sanitaria ivi compresa la gestione e valorizzazione del patrimonio sanitario. Sicurezza dei luoghi di lavoro. Sicurezza alimentare."

OGGETTO: Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale. Preadozione.

PROPOSTA ASSESSORE

L'Assessore ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, li 28/05/2012

Assessore Franco Tomassoni

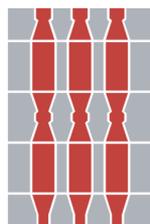
FIRMATO

Si dichiara il presente atto urgente

Perugia, li 28/05/2012

Assessore Franco Tomassoni

Regione Umbria



Regione Umbria

Giunta Regionale

**MISURE DI RIORDINO
E RAZIONALIZZAZIONE DEI SERVIZI
DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE**

SOMMARIO

PREMESSA	3
1) ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	10
1a) Attività Vaccinale	11
1b) Gli Screening	14
1c) Commissioni per il riconoscimento di invalidità civile e dell'handicap.....	18
2) ASSISTENZA DISTRETTUALE	19
2a) Medicina Generale, Pediatria di Libera Scelta e Continuità assistenziale	19
2b) Centri di Salute - riorganizzazione e razionalizzazione dei punti di erogazione	25
2c) Cure intermedie	28
2d) Liste di attesa	30
3) ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	34
3a) Riordino del sistema urgenza/emergenza	34
3b) Alta specialità.....	40
3b1) <i>Chirurgie di alta specialità</i>	40
3b2) <i>Cardiologia interventistica</i>	50
3c) Integrazione degli ospedali – configurazione della rete ospedaliera.....	54
3c1) <i>Chirurgie generali e specialistiche</i>	55
3c2) <i>Medicine</i>	58
3d) Punti Nascita	60

PREMESSA

1.

Il Servizio Sanitario umbro, a partire dalla sua istituzione e fino ad oggi, ha dato prova d'essere all'altezza delle funzioni e dei compiti ad esso affidati dalla Riforma Sanitaria e dalle successive modificazioni intervenute per effetto sostanzialmente di leggi nazionali quali i D.Lgs. n. 502/1992, n. 517/1993 e n. 229/1999, facendo registrare una notevole capacità di adattamento ai profondi mutamenti imposti sia dal rapido evolversi del quadro demografico che dalla introduzione, nel sistema sanitario, di sostanziali innovazioni in ambito strutturale, professionale, tecnologico, terapeutico-assistenziale, farmacologico e riabilitativo.

Sono stati anni connotati da profondi rimodellamenti che hanno riguardato, da una parte, l'ammodernamento anche strutturale della rete ospedaliera regionale - tesa ad assicurare sia prestazioni di alta specialità che la continuità dei percorsi assistenziali - e, dall'altra, la diffusione uniforme nel territorio di strutture e servizi sanitari e socio-sanitari.

I risultati conseguiti, in termini di efficacia delle prestazioni e di efficienza nell'erogazione degli interventi, ha consentito all'Umbria, nel confronto con le altre Regioni, di ben figurare, soprattutto relativamente a:

- qualità delle risposte assistenziali;
- quantità delle strutture e dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali;
- diffusione degli screening per la diagnosi precoce di patologie neoplastiche;
- capacità di gestione economico-finanziaria delle risorse assegnate dal Fondo Sanitario Nazionale.

A questo proposito sono decisamente significativi i dati dell'ultimo "Rapporto SaniRegio 2011" del CeRM, che individuano l'Umbria come modello per la gestione della Sanità e la collocano al primo posto tra le Regioni italiane sia per la capacità di controllo della spesa (spesa pro-capite più bassa) che per l'alta qualità delle prestazioni erogate (efficacia degli interventi sanitari, livello di soddisfazione dell'assistenza sanitaria, andamento della mobilità e rischio di ospedalizzazione).

Un Sistema Sanitario Regionale che, fino ad oggi è stato capace, pur collocato al livello di eccellenza delle prestazioni, di non gravare sulle finanze dei propri cittadini attraverso l'introduzione di tasse regionali e ticket: a conferma dell'eccellenza raggiunta sui livelli di spesa, secondo i dati della stessa Corte dei Conti, emerge, infatti, come solo l'Umbria e la Lombardia, uniche due Regioni a statuto ordinario, siano riuscite a conseguire risultati economici positivi con le sole risorse ripartite per il SSN evitando il ricorso ad altri fondi regionali o prelievi fiscali per il finanziamento della Sanità.

Oggi, la capacità del Servizio Sanitario Regionale di continuare a fornire ai cittadini risposte eque, efficaci ed efficienti è sottoposta a nuove e più complesse sfide generate, da un lato, dall'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico e dall'altro, dalla progressiva diminuzione delle risorse economiche messe a disposizione delle Regioni italiane. Elementi questi che costringono l'Umbria a ripensare in maniera sostanziale sia il modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale che le modalità di erogazione delle prestazioni e degli interventi sanitari e socio-sanitari, cercando di migliorare ulteriormente l'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni nel contesto di risorse economiche disponibili limitate.

2.

Una analisi che non può non prendere avvio dalla considerazione delle profonde e rapide trasformazioni che, in questo momento, caratterizzano il quadro sociale, con il continuo invecchiamento della popolazione, il crescente peso degli anni di vita vissuti in condizioni di non autosufficienza, l'incremento delle persone immigrate, la scomposizione della famiglia con l'aumento dei nuclei unipersonali e di nuclei di anziani soli o in coppia, le difficoltà di inserimento occupazionale stabile per le giovani generazioni.

Le **tendenze demografiche** attualmente in atto in Italia mostrano, oltre che in senso assoluto, un aumento degli anziani anche in senso relativo, legato al "declino" dei segmenti più giovani. Questo fenomeno demografico che investe ed interessa anche la popolazione Umbria ha importanti ripercussioni nei settori sociali e sanitari.

L'aumento delle malattie croniche che inevitabilmente accompagna l'invecchiamento della popolazione infatti comporta una crescente domanda di assistenza continuativa.

Le malattie croniche sono caratterizzate da eziologia incerta, fattori di rischio multipli, lungo periodo di latenza, lunga durata, cause non infettive, disabilità funzionale associata, incurabilità.

Nei loro confronti sono pertanto ipotizzabili interventi tesi a diminuirne l'incidenza, a posporre l'insorgenza di disabilità, ad alleviare la gravità della patologia e a prolungare la vita del paziente affetto.

L'evoluzione descritta della cronicità, unita alla progressiva diminuzione delle risorse economiche per la non autosufficienza impone l'assunzione di misure volte a pianificare adeguati interventi sia in termini di prevenzione che di trattamento.

3.

Mutamenti altrettanto radicali in ordine alle **risorse finanziarie** disponibili stanno condizionando la capacità degli Stati, in particolare nell'area dell'euro, di garantire e sviluppare adeguate politiche pubbliche e sostenere i sistemi di Welfare esistenti.

La stessa OCSE, pur confermando nel Report 2011 buoni livelli di spesa conseguiti dall'Italia rispetto alla qualità dei servizi e una notevole capacità di controllo della stessa, nei documenti strategici (Health care systems: getting more value for money - 12/2010), partendo dall'assunto che "il sistema migliore non è per forza quello più costoso", ipotizza che i governi nella congiuntura data debbano incrementare non la spesa ma l'efficacia dei sistemi. Per questa strada "si potrebbe raggiungere nell'area OCSE un risparmio della spesa pubblica pari a quasi il 2% del PIL entro il 2017".

Tale indirizzo di riduzione dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, declinato sotto forma di "universalismo selettivo" e cofinanziamento a carico dei cittadini, costituisce il nucleo delle elaborazioni in materia di livello governativo (libro bianco sul welfare del Ministro del Lavoro) e potrebbe essere oggetto degli eventuali ulteriori interventi di correzione dei conti pubblici.

La recente congiuntura economica, caratterizzata dalla pressione sui debiti sovrani da parte della speculazione finanziaria, nel nostro paese ha determinato nell'ultimo anno ripetuti interventi per la riduzione della spesa pubblica, che hanno drasticamente ridotto le dinamiche di finanziamento del SSN, passando da incrementi medi del 5% nel triennio 2004/2006 e del 4% nel triennio 2007/2009 al +1,2% previsto nel triennio 2010/2012, con una punta di caduta dell'incremento per il 2013 dello 0,5%, dati che fanno ipotizzare, in assenza di interventi, seri problemi di sostenibilità dei sistemi sanitari regionali.

La prima manovra disposta per la stabilizzazione finanziaria è stata attuata con la Legge n. 111 del 15.7.2011 che ha previsto un importante contributo al riequilibrio dei conti pubblici da parte del settore sanitario (2,5 miliardi per l'anno 2013 e 5,450 miliardi per il 2014). Un contributo frutto della

forte contrazione del tasso di crescita del finanziamento riconosciuto dallo Stato alle Regioni, previsto di solo lo 0,5% nel 2013 e dell'1,4% nel 2014, a fronte di una proiezione tendenziale, in linea con il tasso di crescita del Pil nominale, pari a circa il 3,4 % medio annuo. Si rileva che all'Umbria, per gli effetti della suddetta manovra, verranno a mancare, sulla base della quota d'accesso attuale, rispettivamente 38 milioni di €uro nel 2013 e 83 milioni di €uro nel 2014, per un totale di oltre 120 milioni di €uro nel biennio.

A compensazione della consistente contrazione del finanziamento, la manovra ha individuato una serie di misure che dovrebbero consentire alle Regioni di realizzare la prevista riduzione della spesa: elaborazione di prezzi di riferimento per beni e servizi, attribuzione alle aziende farmaceutiche del 35% del superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, introduzione di un tetto alla spesa per i dispositivi medici e, dal 2014, blocco delle dinamiche retributive del personale (dipendente e convenzionato) nonché istituzione di misure di compartecipazione sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni sanitarie.

Lo sforzo richiesto risulta tuttavia particolarmente pesante ed i provvedimenti adottati appaiono iniqui per i cittadini che saranno gravati da ulteriori misure di compartecipazione alla spesa sanitaria. Inoltre, la stessa Manovra ha previsto, a partire dall'entrata in vigore della Legge (17 luglio 2011), la reintroduzione della quota fissa per ricetta (ticket) pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, in precedenza sospeso con Legge 133/2008 per il periodo 2009-2011. Tale intervento ha comportato una riduzione del finanziamento complessivo destinato al SSN per l'anno 2011 pari a 381,5 Milioni di €uro che per l'Umbria si è tradotto in una diminuzione di 5,8 Milioni, che a partire dal 2012 comporterà un minor trasferimento di risorse dallo Stato su base annua pari a circa 12,6 Milioni di €uro.

La Legge n. 214 del 22.12.2011 di conversione del D.L. n. 201/2011 (Decreto "Salva Italia" del Governo "Monti"), pur non intervenendo sulle dinamiche di finanziamento descritte, prevede all'art. 18 la c.d. clausola di salvaguardia che incrementa l'IVA di 2 punti percentuali a decorrere dal 1 ottobre 2012 per le aliquote del 10 e del 21 per cento e, a decorrere dal 2014, programma un ulteriore incremento di 0,5 punti percentuali. Tale disposizione determina un generale incremento del livello dei costi, settore sanitario compreso, determinando, di fatto, un decremento del finanziamento disponibile per i LEA. Per l'Umbria si stima, per il triennio 2012-2014, un aggravio in termini di maggiori costi di circa 39 Milioni.

Si tratta complessivamente di riduzioni di finanziamento disponibile che, ancorché in parte supportate da misure che dovranno essere oggetto di specifica intesa tra Stato e Regioni, appaiono difficilmente sostenibili, soprattutto dopo una fase prolungata di contenimento dei finanziamenti che hanno interessato l'ultimo triennio e che possono indurre preoccupanti scadimenti di qualità e, di fatto, una contrazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Nel contesto descritto, come sottolineato in precedenza, appare fortemente in discussione la sostenibilità complessiva del Servizio Sanitario Regionale, ossia il mantenimento congiunto dell'equilibrio economico e delle caratteristiche qualitative del sistema.

Per mantenere elevato il grado di copertura e la qualità assistenziale del Sistema Sanitario Regionale risulta opportuno individuare specifiche misure di razionalizzazione e sviluppo organizzativo, con l'obiettivo di garantire la stabilità dei conti e di evitare forme di "razionamento" delle prestazioni e/o di ridimensionamento dei livelli di assistenza.

In attesa di avviare il processo di revisione del SSR, si è tuttavia ritenuto fondamentale anticipare comunque alcune delle misure previste dalla citata Legge 111/2011, con lo scopo di rafforzare gli indirizzi di programmazione economica-finanziaria volti al mantenimento dell'equilibrio di bilancio.

Con DGR n. 1733 del 29.12.2011 sono state individuate misure urgenti di programmazione economico-finanziaria, che integrano i precedenti indirizzi di programmazione di cui alla DGR

1273/2011, cui le Aziende Sanitarie sono tenute a conformarsi, delineando per le stesse una strategia di spending review che, pur preservando un livello accettabile di autonomia aziendale nella combinazione dei fattori produttivi, individui obiettivi di risparmio sui costi della produzione, con particolare riferimento a specifiche aree o voci di bilancio, sui quali sono stati individuati distinti obiettivi/vincoli di spesa.

Inoltre, con riferimento al costo del personale, sono stati individuati ulteriori vincoli di spesa che integrano le precedenti direttive in materia, al fine di avviare il percorso verso l'adeguamento graduale dell'attuale modello organizzativo aziendale ai parametri standard previsti dall'art. 12 del vigente Patto per la Salute.

4.

Per fornire nuove risposte alla profonda modifica della tipologia e dell'intensità dei bisogni e alla prospettiva di risorse decrescenti, è necessario individuare un nuovo modello assistenziale, che da una parte chiama in causa il sistema sanitario, con una serie di innovazioni ormai ineludibili sul piano organizzativo e gestionale, dall'altra attribuisce un ruolo altrettanto determinante alla comunità e all'assistito competente e attivo. Anche la componente sanitaria privata viene chiamata a svolgere una funzione assistenziale integrata più incisiva nel sistema salute.

L'obiettivo prioritario della Regione Umbria rimane il mantenimento di un sistema sanitario "universalistico", che garantisca i livelli essenziali di assistenza e quelli aggiuntivi previsti dalla normativa regionale a tutta la popolazione residente, senza distinzioni di genere, età, reddito, lavoro.

Il processo inevitabile di razionalizzazione della spesa sanitaria deve garantire sostenibilità all'intero sistema, ma nel contempo rafforzare l'equità del servizio sanitario regionale, garantendo uniformità nell'accesso e omogeneità nel trattamento, superando disomogeneità assistenziali, duplicazioni di servizi, eterogeneità delle prestazioni.

L'**appropriatezza** diventa così un aspetto fondamentale della qualità assistenziale, in una relazione fortemente dinamica con le altre componenti della qualità: sicurezza, efficacia, equità, continuità assistenziale, coinvolgimento del cittadino, efficienza.

Mentre il miglioramento dell'appropriatezza clinica garantisce l'effettivo miglioramento della qualità dell'assistenza, l'uso efficiente delle risorse (appropriatezza organizzativa) riduce i costi e rende massimo il numero di cittadini che possono accedere a interventi efficaci.

E' indubbio che interventi appropriati producono anche effetti equitativi, permettendo di contrastare i fattori di rischio e di ostacolo all'accesso che potrebbero penalizzare i più svantaggiati. Proprio per questo l'appropriatezza include la presa in considerazione della soddisfazione del paziente e il suo coinvolgimento.

Il Servizio Sanitario Regionale deve individuare interventi mirati sul tema dell'appropriatezza, per superare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale, con conseguente riduzione del livello di copertura di altri livelli assistenziali, disattendendo in tal modo i diritti da garantire a tutti i cittadini.

Pertanto l'erogazione e il mantenimento dei LEA richiede, accanto alla esplicita definizione degli stessi ed all'attivazione di un sistema di monitoraggio e di garanzia, un importante impegno da parte delle Regioni a livello programmatico.

E' compito delle regioni, tenendo conto dei vincoli finanziari, definire le condizioni di erogabilità delle prestazioni LEA, considerando i criteri di particolare tutela della urgenza/complessità, della fragilità sociale e della accessibilità territoriale, definendo assetto organizzativo e modelli di attuazione personalizzati.

5.

In tale contesto generale, già nel mese dicembre 2011 la Giunta Regionale, con appositi provvedimenti di indirizzo strategico (cfr. DD.GG.RR. nn. 1584-1585-1586), ha avviato un processo teso ad introdurre delle misure di razionalizzazione del sistema sanitario con l'obiettivo di coniugare appropriatezza e sostenibilità:

- ottimizzazione, su scala regionale, della logistica delle Aziende sanitarie;
- gestione unitaria, su scala regionale, del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende sanitarie;
- istituzione della Centrale Operativa unica regionale "118" e riordino complessivo del sistema dell'emergenza-urgenza.

Gli indirizzi strategici per l'ottimizzazione della **logistica** delle Aziende sanitarie regionali, attraverso l'individuazione di un'Azienda capofila per la predisposizione di uno studio di fattibilità, sono finalizzati, partendo da un'attenta analisi della situazione esistente presso le singole aziende, alla definizione di un modello organizzativo per la gestione centralizzata dei magazzini economici e farmaceutici, attraverso l'adozione di procedure standard semplificate e l'utilizzo delle ICT, valorizzando le esperienze positive oggi esistenti. L'attuazione dell'iniziativa, anche sulla base di esperienze similari previste da altre regioni, consente di ottenere effetti positivi sul versante qualitativo dell'offerta di beni all'interno delle Aziende, oltre che di stimare, in modo del tutto prudentiale, una riduzione complessiva dei costi, al netto degli investimenti, quantificabile a regime nell'ordine del 7-10% rispetto all'attuale spesa regionale sostenuta per la logistica. La minor spesa è direttamente riferibile ad un processo di semplificazione dell'attuale sistema oggi improntato a logiche molto diverse da azienda a azienda. Il processo di semplificazione partendo da una qualificazione dei servizi rivolti all'utenza esterna ed interna, intende abbattere gli oneri amministrativi razionalizzando i processi, riorganizzare la rete di distribuzione, ridurre il numero di magazzini (farmaceutici, tecnici ed economici) con conseguente riduzione delle scorte, oltre che delle perdite connesse al deterioramento dei materiali presenti in magazzino (es. farmaci scaduti, obsolescenza dei materiali ecc).

Quanto alla gestione unitaria, su scala regionale, del **sistema assicurativo** ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende sanitarie, la Giunta regionale ha individuato un'Azienda capofila per la predisposizione di uno studio di fattibilità che partendo da un'attenta analisi della situazione esistente presso le aziende sanitarie regionali (analisi della sinistrosità verificatasi nell'arco temporale 2006-2010, costi sostenuti per le polizze RCT per regolazione premio e franchigie, liquidazione dei sinistri), definisca un modello organizzativo regionale per la gestione unitaria del sistema assicurativo senza ricorrere al mercato. L'attuazione dell'iniziativa, anche sulla base di esperienze similari previste da altre regioni, consente di stimare un risparmio economico, al netto degli investimenti, quantificabile a regime nell'ordine del 15-20% dell'attuale costo regionale. Inoltre ulteriori effetti positivi in questo nuovo modello sono da intravedere nel recupero di un rapporto di fiducia con i cittadini danneggiati garantendo tempi più rapidi e certi per l'eventuale risarcimento.

Con l'istituzione della **Centrale Operativa unica regionale "118"** è stato avviato un processo di riordino complessivo del sistema dell'emergenza-urgenza che dovrà progressivamente portare alla ridefinizione degli assetti organizzativi dei DEA di primo e secondo livello, della dislocazione territoriale delle postazioni del "118" e del sistema di trasporto sanitario primario e secondario.

6.

Inoltre, la Regione, mediante l'adozione del Documento Annuale di Programmazione (DAP) 2012/2014, nella sezione dedicata alla riforma del sistema sanitario e del nuovo welfare regionale, ha fissato gli obiettivi per il riordino del SSR finalizzati al contenimento della spesa sanitaria ed ha delineato l'avvio di un processo strategico di spending review con l'obiettivo di risparmio complessivo in termini di costi della produzione senza diminuire i livelli di qualità, efficienza, efficacia e sicurezza del sistema.

In particolare:

Razionalizzazione degli oneri per l'approvvigionamento di "beni e servizi" - A supporto dell'attività di programmazione regionale per l'acquisto di beni e servizi sono stati già sviluppati strumenti di monitoraggio quali: il *servizio di reportistica del programma di razionalizzazione della PA*, in cui sono rilevati tutti gli eventi di acquisto effettuati dalle Aziende del SSR; l'*Osservatorio regionale dei Contratti*, con cui vengono acquisite le informazioni dei procedimenti di gara e contrattuali posti in essere dalle stazioni appaltanti; il *servizio* (ad accesso riservato ai Responsabili del procedimento) *per la rilevazione dei prezzi in sanità*; l'*Osservatorio regionale delle Tecnologie*. Inoltre, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), la Regione gestisce una *banca dati* finalizzata al *monitoraggio dei prezzi e dei consumi dei dispositivi medici* utilizzati nelle strutture sanitarie.

In tale contesto si devono promuovere processi di integrazione, accorpamento e razionalizzazione del sistema degli approvvigionamenti attraverso il riordino delle competenze e, ove possibile, l'unificazione delle strutture, con il superamento dell'Agenzia Umbria Sanità, pur confermando il modello organizzativo di una *Centrale di committenza* il cui ruolo non dovrà essere solo quello di espletare le procedure di gara centralizzate, ma soprattutto quello di semplificare l'intero processo di acquisto, a partire da una corretta analisi e raccolta dei fabbisogni, da una corretta programmazione delle acquisizioni, da una omogeneizzazione della codifica dei beni sanitari, da una corretta standardizzazione della modulistica.

Inoltre, in ordine alla programmazione degli acquisti unificati, la Centrale di committenza dovrà permettere di valutare le modalità di acquisto ottimali in relazione a volumi ed a categorie merceologiche, ovvero valutare quali acquisti effettuare utilizzando le iniziative e gli strumenti messi a disposizione da Consip mediante le Convenzioni, il Sistema dinamico di acquisizione, il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA), quali gestire a livello centralizzato, quali gestire a livello aziendale, migliorando il potere contrattuale della domanda ed individuare una standardizzazione delle procedure.

Indirizzi e standard per la riduzione del costo del personale - La spesa per personale dipendente assorbe circa il 43% della spesa complessiva del Servizio Sanitario Regionale.

Stante l'entità di tale voce di costo nel corso degli ultimi anni sono stati formulati una serie di indirizzi finalizzati al conseguimento della riduzione della spesa del personale, anche in applicazione di vincoli previsti dalla normativa nazionale. A livello regionale, recentemente, tali vincoli di spesa sono stati integrati delineando una logica di turn-over selettivo e fissando un ulteriore obiettivo di riduzione dei costi (DGR n. 1733/2011) da supportare con una strategia di revisione delle dotazioni organiche e dei relativi fondi delle aziende sanitarie in applicazione di quanto previsto dall'art.12 del Patto per la Salute 2010/2012.

La norma in questione prevede da parte delle Regioni la definizione di misure di riduzione stabile del personale in servizio con conseguente riduzione dei fondi contrattuali attraverso anche la definizione a livello regionale di standard per la individuazione delle strutture complesse, semplici, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti.

Introduzione di metodologie di Health Technology Assessment (HTA) per una sistematica valutazione delle conseguenze assistenziali, economiche e sociali determinate in modo diretto e indiretto dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione.

Il PSN 2006-2008 riporta precise indicazioni in materia di HTA ed in particolare *“La valutazione delle tecnologie sanitarie, intesa come insieme di metodi e strumenti per supportare le decisioni, si rivolge ai diversi livelli decisionali secondo modelli operativi differenziati, rivolti a fornire supporto a:*

- *decisioni di politica sanitaria (adozione, diffusione e finanziamento di nuove tecnologie);*
- *decisioni “manageriali” di investimento in nuove tecnologie a livello aziendale e per la promozione di un utilizzo appropriato delle tecnologie medesime tramite l’elaborazione di protocolli;*
- *decisioni cliniche, per la diffusione di modelli di governo (governance) individuati da strutture centrali, e da adottare a livello organizzativo, quali la definizione e diffusione degli standard qualitativi e quantitativi”.*

In tale contesto appare evidente che l’introduzione della componente tecnologica impatta sia sull’articolazione degli spazi ospedalieri e sia sull’organizzazione sanitaria aziendale, in ultima istanza sui criteri di programmazione regionale. Pertanto, è prioritario affrontare la problematica dei processi di introduzione, diffusione, utilizzo e finanziamento delle tecnologie sanitarie. Attualmente è da rilevare la presenza di un insufficiente procedimento di verifica e valutazione dell’introduzione nel sistema delle aziende sanitarie delle grandi apparecchiature che richiede di essere meglio precisato in coerenza con le specifiche attribuzioni di competenze della programmazione regionale e aziendale.

Su tali premesse va attivato il procedimento di verifica di congruità degli investimenti in grandi attrezzature sanitarie programmati dalle aziende sanitarie regionali, attraverso l’individuazione ed utilizzazione di parametri per una valutazione ai fini della decisione dell’investimento.

Gli effetti economici dei suddetti interventi non sono immediatamente stimabili, sebbene la realizzazione del progetto di semplificazione sarà la base per migliorare le politiche di governo di tutti i processi che interessano le Aziende del SSR e, per la Regione, di monitorare i fenomeni di introduzione di elementi correttivi/migliorativi, di contenimento dei costi.

1) ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Con la DGR n. 101 del 6.02.2012 sono state adottate le linee di indirizzo per il riordino del Dipartimento di Prevenzione, macrostruttura organizzativa che eroga le prestazioni proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita dei singoli e della collettività, attraverso interventi che possono superare i confini del settore sanitario e coinvolgere l'intera società civile.

Il nuovo assetto organizzativo, a carattere prettamente funzionale è stato individuato con l'obiettivo di:

- recuperare risorse attraverso il potenziamento del livello di aggregazione tra servizi affini mediante la definizione di obiettivi comuni e integrati, agibili come risposte articolate a bisogni di salute complessi, non sempre adeguatamente espressi dalla collettività;
- favorire la azione di governance nei confronti del sistema delle diverse istituzioni e forze sociali, che svolgono la funzione di portatori di interesse rispetto ai principali determinanti di salute.

In altri termini lo scopo di tale revisione organizzativa è quindi quello di far assumere al Dipartimento di Prevenzione concretamente il ruolo di "cabina di regia" rispetto ai tutti quei processi che, essendo complessi, si realizzano attraverso la erogazione di prestazioni specialistiche a diversi livelli organizzativi del sistema, necessitando quindi obbligatoriamente di una fase programmatoria che si deve accompagnare ad una attenta valutazione non solo dei risultati in termini di salute, ma anche e soprattutto di processo.

Per questo il presente documento si concentrerà solo su alcuni di questi processi, che necessitano di essere rivisitati sotto il profilo organizzativo/gestionale per rispondere meglio alle mutate esigenze della collettività e contemporaneamente a criteri di appropriatezza ed efficienza.

1a) Attività Vaccinale

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

La periodica valutazione dei livelli di copertura per le vaccinazioni dell'infanzia mette in evidenza come questi, pur rimanendo buoni rispetto alla media nazionale, presentino un trend in diminuzione e rimangano comunque quasi sempre (vaccinazione anti-meningococco, vaccinazione contro morbillo parotite e rosolia, vaccinazione anti-pneumococco e vaccinazione anti-HPV) al di sotto degli standard previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014, che, con l'obiettivo generale di armonizzare le strategie vaccinali in atto nel nostro Paese, definisce come obiettivi vaccinali specifici per ciascuna vaccinazione del calendario livelli di copertura uguali o superiori al 95%, che debbono essere raggiunti in tutte le regioni nella popolazione generale e nei gruppi a rischio.

Coperture I dose MPR - Coorte 2009 al 31.12.2011

	residenti	vaccinati	percentuale
Az. USL 1	1036	960	92,66
Az. USL 2	2943	2790	94,80
Az. USL 3	1157	1109	95,85
Az. USL 4	1475	1406	95,32
Umbria	6611	6265	94,77

Coperture II dose MPR - Coorte 2004 al 31.12.2011

	residenti	vaccinati	Percentuale
Az. USL 1	1004	882	87,85
Az. USL 2	2920	2727	93,39
Az. USL 3	1142	1091	95,53
Az. USL 4	1698	1586	93,40
Umbria	6764	6286	92,93

Coperture III dose Vacc. Antipneumococcico - Coorte 2009 al 31.12.2011

	residenti	vaccinati	Percentuale
Az. USL 1	1040	903	86,8
Az. USL 2	2942	2754	93,6
Az. USL 3	1159	1063	91,7
Az. USL 4	1472	1408	95,7
Umbria	6613	6128	92,7

Coperture Vacc. Antimeningococco C - Coorte 2009 al 31.12.2011

	residenti	vaccinati	Percentuale
Az. USL 1	1040	880	84,6
Az. USL 2	2942	2705	91,9
Az. USL 3	1159	1016	87,7
Az. USL 4	1472	1375	93,4
Umbria	6613	5976	90,4

Copertura Vacc. anti-HPV - Coorti 1997/1999 al 31.12.2011

NATE 1997	I dose	II dose	III dose
	%	%	%
Az. USL 1	82,1	77,0	74,28
Az. USL 2	78,3	77,5	76,22
Az. USL 3	85,0	84,2	83,23
Az. USL 4	84,4	83,7	81,45
Umbria	81,5	80,0	78,28

NATE 1998	I dose	II dose	III dose
	%	%	%
Az. USL 1	84,6	83,8	78,29
Az. USL 2	79,6	78,5	75,91
Az. USL 3	78,4	77,5	69,19
Az. USL 4	80,1	79,2	75,96
Umbria	80,4	79,4	75,19

NATE 1999	I dose	II dose	III dose
	%	%	%
Az. USL 1	80,0	78,6	69,75
Az. USL 2	79,2	77,1	51,92
Az. USL 3	79,1	78,2	72,57
Az. USL 4	80,8	79,2	64,09
Umbria	79,7	78,0	61,42

La difficoltà a raggiungere e mantenere gli standard previsti dal Piano Nazionale Vaccini (95% di copertura per tutte le vaccinazioni in tutte le aziende sanitarie della regione) deriva da una serie di fattori:

- la scelta di decentrare al massimo l'attività vaccinale, da sempre fatta nella nostra Regione, in conseguenza della quale **risultano ancora attivi in Umbria 65 punti di erogazione** di tali prestazioni, poco si concilia con la scarsità di personale a disposizione. Proprio la scelta di erogare tali prestazioni il più vicino possibile all'utenza determina da un lato fasce orarie di apertura spesso estremamente ristrette, dall'altro bacini di utenza così risicati da far diventare tale attività del tutto marginale rispetto a quelle erogate dai Centri di Salute, con conseguente non completa dimestichezza del personale con le problematiche connesse all'attività vaccinale stessa;
- la attività vaccinale, alla luce della complessità raggiunta dal calendario vaccinale adottato, non può essere più considerata una mera prestazione, erogabile da personale non completamente qualificato, in quanto al contrario è una vera propria attività specialistica, che comporta competenze specifiche, tra le quali non va dimenticata quella comunicativa, necessarie per svolgere una adeguata attività di counselling nei confronti dei genitori, soprattutto in occasione delle prime vaccinazioni.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

Alla luce di ciò è necessario riprogettare l'offerta vaccinale puntando alla **accorpamento dei punti vaccinali** al fine di raggiungere i seguenti standard, in linea con quanto previsto dal Piano della Prevenzione Vaccinale

- bacino di utenza non inferiore ai 300-400 nuovi nati/anno;
- sedute vaccinali della durata di almeno 6 ore, articolate anche nelle fasce pomeridiane, in modo da facilitare l'accesso da parte dell'utenza e da consentire la vaccinazione di almeno 30 soggetti. Nelle 6 ore debbono essere inoltre svolte tutte le attività correlate alla somministrazione del vaccino, quale la generazione degli inviti in base al calendario vaccinale, la registrazione della attività svolta, le verifiche degli inadempienti, il rilascio delle certificazioni, ma anche l'attività di counselling soprattutto nei confronti dei genitori che si presentano per la prima volta;
- équipe vaccinale composta da 1 medico e 2 infermieri o assistenti sanitari.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

Migliorare i livelli di copertura per tutte le vaccinazioni previste dal Piano per la Prevenzione vaccinale (2012-2014) attraverso un riorganizzazione del processo che punti a rendere l'offerta più aderente alle esigenze della popolazione (maggiore elasticità di orari) e più adeguata alla necessità di offrire una prestazione di qualità:

- riorganizzare l'offerta vaccinale secondo i criteri e gli standard sopra definiti, puntando all'ampliamento delle fasce orarie e alla organizzazione della attività che consenta lo svolgimento di una adeguata attività di counselling e la erogazione di prestazioni di qualità;
- supportare il processo di riorganizzazione con una campagna informativa specifica.

1b) Gli Screening

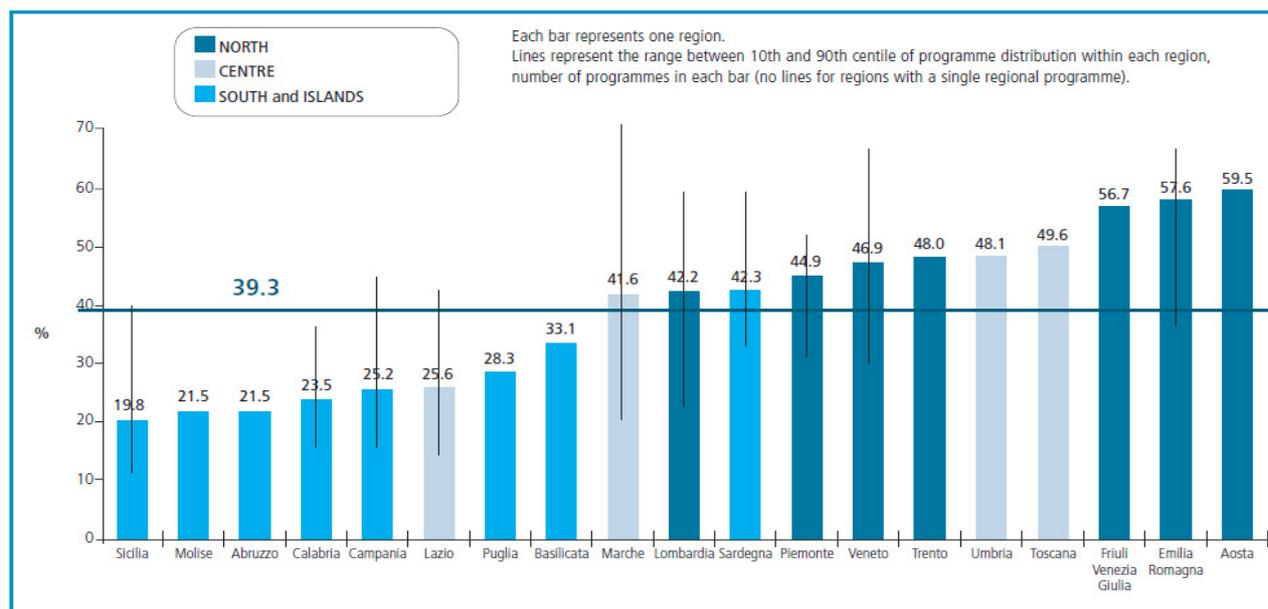
STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

Gli screening oncologici contro il cancro della mammella, della cervice uterina e del colon retto rappresentano nella nostra regione una realtà organizzativa complessa che vanta risultati nella media superiori a quelli nazionali. Per tutti e tre gli screening sia nel 2010 che nel 2011 sono stati registrati livelli di adesione al primo e al secondo livello decisamente superiori agli standard definiti come accettabili.

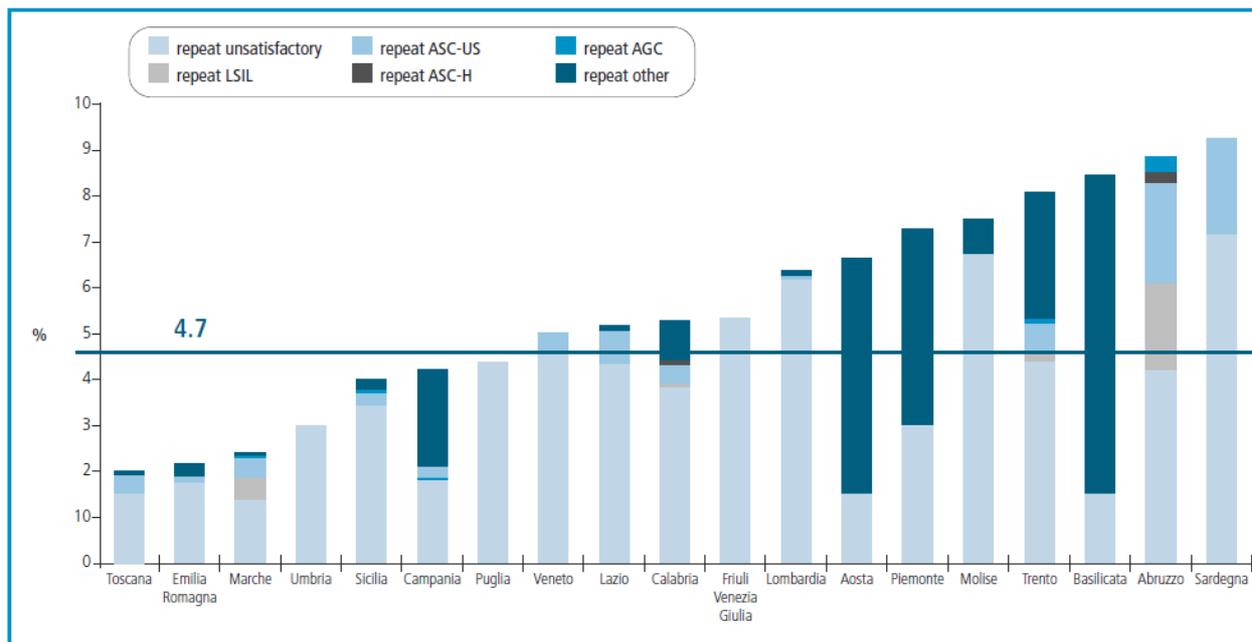
Region	Crude attendance		Adjusted attendance	
	%	10th-90th percentile*	%	10th-90th percentile*
Valle d'Aosta	60.8		62.1	
Piemonte	62.1	52.4-69.5	64.5	57.2-70.3
Liguria	46.3		53.1	
Lombardia	57.5	41.9-64.8	65.9	60.3-70.7
Trentino	74.8		79.2	
Alto Adige	67.1		67.8	
Veneto	62.0	51.5-79.0	71.6	61.7-83.6
Friuli-Venezia Giulia	57.7		57.7	
Emilia-Romagna	66.8	59.0-78.9	73.2	66.6-79.8
North	61.0	47.6-76.0	67.6	57.9-79.2
Toscana	67.3	60.6-74.1	70.6	62.3-77.2
Umbria	66.1		67.9	
Marche	53.1	33.1-74.6	53.6	33.2-82.9
Lazio	39.5	28.5-54.8	41.6	28.6-63.0
Centre	53.7	31.2-73.4	56.0	32.3-76.8
Abruzzo	51.5		52.0	
Molise	56.6		56.8	
Campania	31.1	23.3-47.5	33.6	24.3-47.5
Puglia	44.2		46.5	
Basilicata	47.2		47.2	
Calabria	26.4	15.6-53.6	26.8	16.2-56.4
Sicilia	37.7		38.2	
Sardegna	47.0	45.8-49.3	51.8	50.2-55.5
South and Islands	39.3	22.4-52.0	40.8	22.4-56.8
Italy	55.3	30.8-73.2	59.7	31.7-78.1

Values below minimal standards are shown in colour; values above optimal standards are in bold.
*only for regions with more than 3 local programmes.

Adesione grezza e corretta allo screening mammografico nelle regioni italiane - Anno 2009



Distribuzione della adesione percentuale all'invito allo screening cervicale nelle regioni italiane - Survey 2009



Distribuzione della percentuale della popolazione screenata per il cancro della cervice che ha avuto indicazione a ripetere la citologia per qualsiasi causa nelle regioni - Survey 2009

Region	Invited subjects (N)	Extension of invitations*		Screened (N)	Adjusted compliance**	
		%	10th - 90th percentiles		%	10th - 90th percentiles
Valle d'Aosta	16 886	106.0		11 360	67.3	
Piemonte°	105 419	47.8	15.7 - 90.3	36 995	35.1	27.7 - 43.9
Liguria	24 962	11.4		9 589	40.0	
Lombardia	1 085 109	87.0	67.1 - 115.5	493 443	47.5	31.1 - 69.1
Trentino	46 562	74.6		23 914	52.9	
Veneto	373 845	64.5	35.2 - 104.9	239 821	66.9	49.4 - 76.3
Friuli-Venezia Giulia	137 312	87.8		54 268	40.4	
Emilia-Romagna	477 580	90.4	71.8 - 101.3	242 437	51.9	44.6 - 63.8
North	2 267 675	66.0	18.2 - 107.9	1 111 827	50.8	31.4 - 74.0
Toscana	356 600	74.5	69.4 - 94.7	182 020	53.5	43.1 - 59.0
Umbria	86 566	79.4	64.1 - 88.0	41 132	51.3	43.7 - 54.7
Marche	1 737	1.0		399	22.8	
Lazio	62 181	8.9	5.3 - 36.1	21 001	34.6	21.0 - 40.4
Centre	507 084	34.2	0.0 - 90.7	244 552	50.3	22.6 - 55.8
Abruzzo	35 014	21.4	11.7 - 34.4	12 720	37.9	28.3 - 46.0
Molise	43 333	113.3		13 017	30.0	
Basilicata	41 384	58.9		14 364	36.0	
Calabria	14 386	5.9		4 047	30.0	
Campania	36 730	5.3		19 720	47.9	
Sardegna	7 286	3.3		2 667	37.8	
South/Islands	178 133	7.2	0.0 - 106.7	66 535	39.0	22.8 - 46.3
Italy	2 952 892	40.2	15.2 - 107.0	1 422 914	50.0	28.8 - 70.4

* proportion of the regional annual target population that was actually invited.

** subjects attending out of those invited, excluding from denominator those reporting a recent test and those who did not receive the invitation letter.

Estensione e adesione corretta allo screening colorettole nelle regioni italiane - Survey 2009

Per la regione Umbria la fascia di popolazione screenata è compresa tra i 50 e i 74 anni.

Come si sa peraltro, un programma di screening, in quanto programma organizzato di intervento su popolazione asintomatica, con l'intento di sottoporla periodicamente a controllo con l'obiettivo di individuare la patologia neoplastica prima dell'insorgenza dei sintomi, necessita di livelli di standardizzazione e di qualità particolarmente elevati, da garantire sull'intero territorio regionale.

Molto in questo senso è stato ottenuto nel corso degli ultimi anni, grazie anche al processo di "regionalizzazione" di alcune funzioni, quale quella dello sviluppo di un sistema informativo unico per tutti e tre gli screening, al fine di gestire in modo uniforme, attraverso la implementazione di un'anagrafe unica regionale, gli inviti e le storie di screening, nonché, come ulteriori esempi, quella della progettazione della comunicazione, sia nei confronti del singolo cittadino che della collettività o quella della formazione e aggiornamento costante degli operatori.

Con la DGR n. 101 del 6.02.2012 del febbraio scorso è stato compiuto un ulteriore passo, in quanto si è stabilito di:

- 1) garantire la manutenzione degli aspetti gestionali dei tre percorsi di screening sia per quanto riguarda il primo livello, che rispetto ai rapporti tra questo e il secondo livello, attraverso la costituzione, in seno alla Macroarea Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione, del cosiddetto "centro screening";
- 2) procedere alla chiusura del laboratorio di citologia per lo screening cervicale nella azienda USL 4 e contestualmente attivare le procedure per il trasferimento dell'attività laboratoristica finalizzata allo screening cervicale erogata da quel Servizio presso il Laboratorio di screening della Azienda USL 2, che diventa in questo modo struttura laboratoristica unica a valenza regionale per lo screening citologico.

La necessità di coniugare standard di qualità e di appropriatezza elevati e comunque rispondenti a quelli stabiliti su scala nazionale, con l'evoluzione tecnologica da un lato e la necessità di comprimere al massimo i costi dall'altro, rende necessario però promuovere un'ulteriore evoluzione del sistema degli screening.

In linea teorica infatti per ciascun programma di screening sono individuabili almeno 5 "aree di intervento" o funzioni:

- programmazione
- gestione
- attività diagnostica e laboratoristica di patologia clinica di I livello
- attività istologica
- valutazione

Nella nostra regione si è stabilito che la **funzione di programmazione** spetti al livello regionale che la attua attraverso il Tavolo permanente di coordinamento dei programmi di screening oncologici tenuto dal Servizio Prevenzione, Sanità Animale e Sicurezza Alimentare, mentre quella di **gestione**, descrivibile come la individuazione della popolazione bersaglio, la programmazione e la gestione degli inviti, il rapporto con il secondo livello specialistico etc, viene svolta dal livello aziendale attraverso i cosiddetti "centri screening". L'**attività diagnostica e quella laboratoristica di patologia clinica** comprende invece l'attività laboratoristica per la ricerca del sangue occulto e quella citologica per la lettura dei pap-test, che, anche in attuazione della delibera sopra richiamata, sono di fatto già accorpate presso il laboratorio di screening della azienda USL 2, nonché la attività diagnostica radiologica non invasiva di I livello effettuata nel territorio da radiologi senologi, non sempre dedicati esclusivamente allo screening mammografico. Al contrario l'**attività istologica** è attualmente svolta dai quattro servizi di Anatomia Patologica, ovviamente non dedicati. Infine la **valutazione**, sia di processo che epidemiologica, che attualmente viene svolta in ciascuna delle quattro aziende, sia pure con difficoltà, con il supporto del livello regionale.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

La evoluzione fisiologica di tale sistema non può essere quindi che quella di sostenere l'evoluzione tecnologica che ciascuno dei tre screening deve affrontare nei prossimi mesi (la introduzione del test HPV quale test primario nella fascia 35-69 anni per lo screening citologico, la completa digitalizzazione dello screening mammario allo scopo di rendere possibile la lettura da parte di un pool unico di lettori, la evoluzione del kit per la raccolta del campione fecale nel caso dello screening coloretale) con un'ulteriore fase di accorpamento delle funzioni soprarichiamate, ad eccezione di quella gestionale, che deve rimanere erogata a livello di ciascuna azienda sanitaria.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

Mantenere e migliorare le performance degli screening oncologici, attraverso:

- la introduzione di innovazioni tecnologiche che contribuiscano all'adeguamento del processo agli standard nazionali, favorendo contestualmente un risparmio sia in risorse umane che materiali;
- la messa a punto di un modello organizzativo che attraverso il completamento dell'accorpamento delle attività di patologia clinica e diagnostica istologica in un **"laboratorio unico per lo screening"**, così come di quella della valutazione epidemiologica, consenta il recupero di risorse sia umane che materiali (personale e attrezzature) consentendo contestualmente il raggiungimento dei gold standard individuati dall'Osservatorio Nazionale Screening.

Sotto il profilo tecnico:

- introdurre il test HPV come test primario per lo screening citologico nelle donne appartenenti alla fascia di età 35-69 anni su scala regionale entro la fine del 2013;
- attivare il pool unico di radiologi lettori per lo screening mammografico entro il 2013;
- migliorare il livello di sicurezza nella fase di raccolta del campione fecale.

Sotto il profilo organizzativo:

- messa a punto di un documento preliminare entro i prossimi sei mesi per la costituzione di un "laboratorio unico di screening" presso la Azienda USL 2, con conseguente funzionalizzazione dell'attività di anatomia patologica nei diversi presidi.

1c) Commissioni per il riconoscimento di invalidità civile e dell'handicap

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

La introduzione, ormai più di due anni fa, del sistema informatizzato INPS per la gestione dei calendari e delle pratiche di invalidità delle Commissioni Civili e gli sforzi messi in campo per garantire la collaborazione all'INPS nella fase di avvio della procedura informatizzata, non hanno comunque consentito di superare completamente alcune criticità che tuttora si riverberano sull'utente, come per esempio l'obbligo ad effettuare due accertamenti distinti, da parte di due commissioni mediche, anche se affetto da patologie neoplastiche per le quali la norma prevede già l'unicità di accertamento, nel caso di necessità del duplice riconoscimento.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

Poiché nei prossimi mesi tutte le Commissioni mediche per il riconoscimento dell'invalidità civile nonché della condizione di handicap dovranno essere rinnovate, si deve cogliere tale occasione per accorpate in un'unica commissione i due accertamenti, anche in ragione del fatto che la normativa vigente prevede la possibilità che le commissioni effettuino accertamenti diversi contestualmente nella stessa seduta di visita medica (L. 68/1999 e L. 80/2006). Ciò comporterà un indubbio vantaggio per il cittadino disabile, che potrà recarsi una sola volta presso gli Uffici della ASL con conseguente risparmio anche sotto il profilo economico.

La istituzione di un'unica Commissione per entrambi gli accertamenti medico-legali, quella dell'IC accanto a quella per l'handicap comporterà infatti un risparmio anche per la pubblica amministrazione.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

Procedere al rinnovo delle commissioni medico legali per il riconoscimento delle I.C. e dell'handicap avendo cura di costituire commissioni integrate per il riconoscimento dell'IC e della condizioni di handicap, al fine di consentire l'effettuazione di accertamenti diversi contestualmente nella stessa seduta di visita medica (L. 68/1999 e L. 80/2006) così come previsto dalla normativa vigente.

Definire attraverso nota di indirizzo regionale la composizione della commissione unica per l'accertamento medico legale della condizione di invalidità civile e dell'handicap.

2) ASSISTENZA DISTRETTUALE

2a) Medicina Generale, Pediatria di Libera Scelta e Continuità assistenziale

E' in fase di discussione una ipotesi di accordo regionale sia con i Medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale, e sia con i Pediatri di Libera Scelta. In tale contesto si sta valutando l'opportunità e la fattibilità del pieno coinvolgimento dei MMG e CA e dei PLS nell'area della prevenzione, della medicina di iniziativa, della appropriatezza degli interventi e nell'orientamento all'utenza.

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

La Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta

Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale, avviato dai decreti legislativi n. 502 del 30 dicembre 1992, n. 517 del 7 dicembre 1993 e n. 229 del 29 giugno 1999, ha comportato una riorganizzazione complessiva dell'assistenza primaria stimolando una continua, dinamica e innovativa crescita che ha contribuito a migliorare la qualità dell'assistenza e lo sviluppo di una cultura e di un modo di operare teso all'uso appropriato dell'offerta di prestazioni sanitarie.

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta sono parti integranti ed essenziali dell'organizzazione sanitaria complessiva e a loro sono affidati in una visione promozionale nei confronti della salute, compiti di promozione e assistenza della salute.

L'attuale organizzazione della Medicina Generale consta di:

- 758 MMG
- 45 nuclei di assistenza primaria nei 12 Distretti dell'Umbria

L'attuale organizzazione della Pediatria di Libera Scelta consta di:

- 114 PLS
- 17 nuclei di pediatria di libera scelta nei 12 Distretti dell'Umbria

La Continuità Assistenziale

La continuità assistenziale fa parte del programma delle attività distrettuali. Al fine di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, la stessa si realizza assicurando, per le urgenze notturne, festive e prefestive, interventi domiciliari e territoriali, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

La continuità assistenziale è organizzata nell'ambito della programmazione regionale ed è strutturata, a livello locale, dalla Azienda competente per territorio. Sulla base della organizzazione distrettuale dei servizi stabilita dalle Aziende USL nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale e in osservanza del Programma delle Attività Territoriali che prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta, le attività di continuità assistenziale, garantite nel Distretto, sono assicurate:

- a) da medici convenzionati;
- b) da gruppi di medici, anche organizzati in forme associative, convenzionati per la medicina generale per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore, in zone territoriali definite;
- c) da un singolo convenzionato per la medicina generale residente nella zona anche in forma di disponibilità domiciliare.

L'attuale organizzazione della Continuità Assistenziale consta di:

- 229 medici titolari
- 19 nuclei di continuità assistenziale
- 81 medici sostituti (media mensile)
- 43 punti di continuità assistenziale nel territorio umbro dei 12 Distretti

	ASL n.1	ASL n.2	ASL n.3	ASL n. 4	Totale Regione
Numero Medici titolari di CA	32	70	58	69	229
Numero medio mensile sostituti Medici di CA	19	23	16	23	81
Numero equipe di CA	4	5	3	7	19
Punti di C.A.	7	11	15	10	43
Ore annue	64.045	105.011	98.052	102.855	369.963
Numero di chiamate	39.610	55.524	42.322	44.662	182.118
Popolazione assistita	135.155	375.839	163.197	232.295	906.486
Superficie (km ²)	1.808	2.495	2.201	1.951	8.455,12
Densità (per km ²)	74,7	150,6	74,1	119,1	107,2
Comuni	14	24	22	32	92
Distretti	2	4	3	3	12
Rapporto medico/assistito (solo titolari)	1/4.224	1/5.369	1/2.814	1/3.367	1/4.256
Rapporto medico/assistito (titolari e sostituti)	1/2.650	1/4.041	1/2.205	1/2.525	1/3.083

REQUISITI

Quella attuale è una fase storica di profonda transizione determinata da una grande molteplicità di fattori che vanno ad incidere sia sulla domanda che sulla offerta di servizi quali quelli di natura:

- demografica
- epidemiologici
- economici
- politici
- sociali
- sanitari
- culturali

Sul piano sanitario gli effetti che ne risultano si traducono in un aumento dell'intensità e della complessità assistenziale, dei costi legati alle nuove tecnologie, delle aspettative dei cittadini, del gap tra bisogni e risorse tradizionali.

L' aumento costante dei bisogni di salute e della domanda di servizi e di prestazioni sanitarie, come pure la necessità di mantenere la qualità dell'assistenza erogata, ci pongono davanti ad una vera e propria sfida per la sostenibilità economica di tutto il sistema ed impone profonde modificazioni in

tema di programmazione ed organizzazione della rete dei servizi sanitari come pure di ripensare la modalità di offerta dei servizi, orientandola ai bisogni crescenti ed alle nuove esigenze che contraddistinguono le società cosiddette evolute.

Le strategie fondamentali su cui puntare sono:

- il **potenziamento delle Cure Primarie** che rappresentano il **sistema** in cui affrontare e gestire in maniera più appropriata e a costi più sostenibili la “cronicità” e l’assistenza “estensiva”, laddove la Medicina Generale è parte essenziale ed insostituibile del sistema, risorsa determinante ed irrinunciabile, e quindi:
 - sviluppo della medicina di iniziativa;
 - potenziamento e qualificazione delle cure domiciliari;
 - appropriatezza degli interventi;
 - attuazione di un modello orientato allo sviluppo e promozione dell’assistenza territoriale, che prevede la realizzazione di adeguate forme di continuità dell’assistenza e delle cure attraverso modalità di aggregazione/integrazione tra professionisti;
 - attivazione della Casa della Salute.
- la **riorganizzazione della Continuità Assistenziale** che ha finora risentito di forti difficoltà nell’assumere realmente una funzione di integrazione nel sistema assistenziale.
- l’**attivazione delle Cure Intermedie**, in quanto i principali elementi di criticità del nostro sistema sono legati spesso alla difficoltà a dare alcune risposte, determinando inappropriata della risposta stessa (ad es. ricovero ospedaliero), o a garantire la continuità della risposta assistenziale.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

La Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta

E’ ribadito il ruolo centrale del medico di medicina generale quale garante, gestore e promotore della salute globale del cittadino-utente nel territorio, attraverso:

- compiti e programmi di prevenzione;
- educazione sanitaria;
- riduzione del rischio clinico;
- potenziamento della gestione delle cronicità e attività di medicina di iniziativa da realizzare non con la semplice collaborazione dei Distretti sanitari, dei Centri di Salute e di altre figure professionali, bensì con una integrazione piena per facilitare la partecipazione attiva ai programmi di salute distrettuali, aziendali e regionali, diventando parte attiva del sistema salute nella presa in carico degli assistiti e delle loro necessità e strumento stesso della programmazione sanitaria regionale.

L’attuale modello di associazionismo, che pure ha portato benefici al sistema, anche se in maniera non uniforme sul territorio, va superato e migliorato e l’aggregazione funzionale e l’integrazione tra professionisti deve improntarsi su diversi piani:

- **culturale** tramite le logiche di audit integrati al fine di concordare strategie, azioni e protocolli comportamentali comuni;
- **organizzativo-operativo** tramite la gestione integrata, con percorsi assistenziali condivisi;
- **comunicativo-informativo** tramite l’uso di strumenti di comunicazione informatici sulla gestione dei pazienti.

Per quanto concerne le aggregazioni tra i medici, bisogna compiere un ulteriore passo decisivo rispetto alla situazione attuale, indicando esplicitamente che i medici devono operare in aggregazioni funzionali territoriali, coinvolgendo possibilmente anche diverse figure professionali

operanti nel distretto. Pertanto, va superato l'associazionismo come fattore volontario, per divenire un aspetto integrante e strutturale del rapporto contrattuale tra il medico di famiglia e il Servizio Sanitario Nazionale. Vanno stimolati e potenziati modelli operativi di aggregazione per cui i professionisti condividono nell'operatività quotidiana un *modus operandi* comune sia dal punto di vista organizzativo-strutturale che dal punto di vista clinico-sanitario, consentendo così un approccio omogeneo, condiviso e globale all'assistenza.

Le Cure Primarie rappresentano il **sistema** in cui affrontare e gestire in maniera più appropriata e a costi più sostenibili la "cronicità" e l'assistenza "estensiva".

Di pari passo bisogna puntare sull'appropriatezza degli interventi e sullo sviluppo dell'ICT quali supporti essenziali per l'efficientamento del sistema e che contribuiscono a determinare efficacia, qualità e sicurezza delle cure.

La Continuità Assistenziale

I medici di continuità assistenziale hanno finora risentito di forti difficoltà nell'assumere realmente una funzione di integrazione nel sistema assistenziale. Tali difficoltà derivano principalmente dai cambiamenti intervenuti nella funzione della "continuità assistenziale" successivamente alla attivazione del servizio di emergenza sanitaria territoriale "118" e dalla sua naturale evoluzione. Il servizio di emergenza "118" è infatti ampiamente conosciuto da tutti i cittadini e viene da essi correntemente e normalmente attivato in tutte le reali condizioni di emergenza urgenza (e talora anche in situazioni di minore gravità, quale ad esempio l'utilizzazione impropria dimostrata dal peso dei "codici bianchi"). In tale nuovo contesto, l'attività della continuità assistenziale assume un ruolo tendenzialmente depotenziato e pone al SSR l'esigenza di una profonda riorganizzazione per lo sviluppo e la qualificazione di un'attività integrata nel sistema e orientata verso specifici settori assistenziali. Nella Regione si deve raggiungere il rapporto medico/assistito 1/5.000 così come previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale.

La riorganizzazione delle attività di continuità assistenziale è pertanto strettamente correlata con una riqualificazione del servizio così da prevedere accanto a requisiti specificatamente organizzativi, requisiti di evoluzione qualitativa del servizio quali possono essere:

1. la **relazione funzionale con il sistema "118"**. La Continuità Assistenziale deve contribuire al governo del sistema urgenza/emergenza favorendo la riduzione degli accessi impropri ai servizi di emergenza e ciò è possibile solo in presenza di una forte integrazione tra le strutture territoriali della Continuità Assistenziale e la CO118. La riqualificazione del servizio passa attraverso sia la rivisitazione del numero delle postazioni, delle risorse e delle dotazioni strumentali sia attraverso la rivisitazione di modelli operativi interni al sistema e di relazione fra il sistema 118/PS e la Medicina Generale al fine di favorire una integrazione reale e funzionale del servizio nel sistema.
2. il **contributo allo sviluppo delle cure intermedie**. Con l'ultimo PSR la Regione dell'Umbria ha avuto il merito di focalizzare l'attenzione su un'area grigia e poco presidiata dell'assistenza, soprattutto perché in continua evoluzione ed in continuo incremento quale è quella delle cure intermedie, laddove la medicina di continuità assistenziale potrebbe rappresentare l'elemento innovativo del sistema.

Può accadere che episodi di riacutizzazione o di scompenso di affezioni croniche possono mettere in crisi il sistema delle Cure Primarie, soprattutto quando si inseriscono anche elementi socio-familiari o ambientali in senso più generale.

In questo caso, risulta necessario individuare nuove forme di organizzazione e nuovi servizi in grado di garantire (con elevati livelli di efficacia e sicurezza per il paziente al costo più equo

possibile o, comunque, sostenibile) quell'area intermedia o sub-intensiva di bisogni non gestibili altrimenti.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

1) Stipula del nuovo accordo regionale per la Medicina Generale che contempli:

- **Obiettivi di salute** nelle aree tematiche ritenute di importanza strategica per la programmazione, organizzazione e valorizzazione dell'assistenza territoriale:
 - area della prevenzione
 - area della medicina di iniziativa
 - area della appropriatezza degli interventi:
 - appropriatezza prescrittiva farmaceutica
 - appropriatezza prescrittiva diagnostica
 - cure domiciliari e cure palliative
- **Aspetti organizzativi e normativi:**
 - forme associative dell'assistenza primaria - sviluppo della medicina di gruppo e della medicina in rete
 - forme organizzative dell'assistenza primaria - sviluppo dell'AFT (aggregazione funzionale territoriale) e dell'UCCP (unità complessa cure primarie)
- **Sviluppo dell'ICT:**
 - sviluppo dei flussi informativi
 - Tessera Sanitaria e ricetta elettronica - due sono le componenti previste: la certificazione di malattia on-line e la prescrizione elettronica

2) Stipula del nuovo accordo regionale per la Pediatria di Libera Scelta che contempli:

- **Obiettivi di salute** nelle aree tematiche ritenute di importanza strategica per la programmazione, organizzazione e valorizzazione della pediatria di base:
 - potenziare le relazioni professionali tra i medici che operano nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali;
 - sviluppare la medicina di iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi;
 - migliorare la presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e aderire ai livelli assistenziali di diagnosi e cura, previsti dai percorsi diagnostici-terapeutici assistenziali (PTDA) condivisi;
 - garantire il collegamento con il sistema informatico regionale dotando il proprio studio medico degli idonei ed efficaci strumenti informatici.

3) Riorganizzazione del nuovo Modello della Continuità Assistenziale (CA):

La riorganizzazione delle attività di continuità assistenziale è strettamente correlata con una riqualificazione del servizio così da prevedere requisiti specificatamente organizzativi quali:

- la definizione di un **rapporto tra medici e assistiti pari a 1/5.000**, salvo casi particolari in territori che presentino situazioni oro-geografiche considerate disagiate, da valutare a livello aziendale ma che comunque non possono essere inferiori al rapporto 1/4.000;
- la rivisitazione dei punti di CA nei 12 Distretti della Regione, anche in relazione alle postazioni di 118, per distribuire nel territorio la rete dell'urgenza e dell'urgenza/emergenza con copertura omogenea e garante dell'intercettazione dei bisogni ed in relazione alla tipologia di risposta (ambulatoriale o domiciliare);

- la attivazione di un **numero unico regionale** per la gestione delle urgenza; le chiamate al numero unico dovranno essere gestite dalla Centrale operativa 118 e da questa smistate alla CA attivando di fatto un collegamento diretto e una stretta e interdipendente relazione fra i due sistemi;
- la sua piena integrazione nelle equipe territoriali dei MMG e PLS;
- la dotazione della strumentazione informatica idonea a garantire la piena integrazione nel sistema sanitario.

Con la riorganizzazione il rapporto medico/assistito tanto per le aree disagiate che per le aree non disagiate dovrà essere sovrapponibile nei 12 Distretti, omogeneizzando l'attività di continuità assistenziale su tutto il territorio regionale.

Inoltre le ore che si renderanno disponibili a seguito della riorganizzazione, consentiranno di impiegare le stesse per il perseguimento dei requisiti di evoluzione qualitativa del servizio, quale quelli:

- di istituzionalizzazione di un servizio di medicina generalista nelle strutture residenziali intermedie con la copertura del Medico di Continuità Assistenziale, definendo i rapporti con il MMG. Tale servizio organizzato per fasce orarie nei giorni feriali garantisce la presenza di un medico all'interno della struttura per la valutazione complessiva di tutti gli ospiti che rimangono in carico al medico di medicina generale che accede alla struttura o su chiamata o in maniera programmata;
- di perseguimento di ulteriori obiettivi di governo clinico da definire in sede di accordi decentrati.

2b) Centri di Salute - riorganizzazione e razionalizzazione dei punti di erogazione

Il Distretto rappresenta il livello dell'assistenza in cui si ricompongono i percorsi assistenziali complessi in un'ottica di integrazione e multidisciplinarietà attraverso sistemi operativi proattivi che garantiscano la reale presa in carico e la continuità delle cure e la promozione della salute quale elemento di contenimento dell'insorgenza della patologia cronico-degenerativa e della sua evoluzione.

Le funzioni di pertinenza dell'assistenza distrettuale, come elencate nelle specifiche tabelle del DPCM 14 febbraio 2001 attengono prevalentemente alle aree:

- materno-infantile
- anziani
- disabili
- patologie psichiatriche e dipendenze da droghe, alcool, farmaci
- patologie per infezioni da HIV e patologie terminali
- inabilità e disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Nel confermare la centralità del Distretto, quale principale momento di governo di specifici e ben identificati ambiti territoriali, in stretta sinergia con le zone sociali e i distretti scolastici, si conferma anche la sua articolazione in Centri di Salute e i relativi punti di erogazione, ambiti di eccellenza per le prestazioni di prossimità e per la interazione con la Medicina del territorio (MMG e PLS).

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

L'attuale organizzazione territoriale è così ripartita:

ASL	Distretto	Centri di Salute	Punti di Erogazione
ASL 1	DIS n. 1 Alto Chiascio	3	8
ASL 1	DIS n. 2 Alto Tevere	3	6
ASL 2	DIS n. 1 Perugino	6	12
ASL 2	DIS n. 2 Assisano	2	6
ASL 2	DIS n. 3 Media Valle del Tevere	3	9
ASL 2	DIS n. 4 Lago Trasimeno	3	6
ASL 3	DIS n. 1 Valnerina	2	9
ASL 3	DIS n. 2 Spoleto	3	7
ASL 3	DIS n. 3 Foligno	4	13
ASL 4	DIS n. 1 Terni	3	12
ASL 4	DIS n. 2 Narni Amelia	2	14
ASL 4	DIS n. 3 Orvieto	2	13
TOTALE	12	36	115

N.B.: I dati non tengono conto delle sedi di attività del Dipartimento Dipendenze e del Dipartimento Salute Mentale.

Le principali prestazioni attualmente garantite dai Centri di Salute, anche se con differenze fra i punti di erogazione, sono quelle sotto elencate:

n.	Tipologia di prestazione
1	Attività infermieristica ambulatoriale
2	Attività di cure domiciliari
3	Attività di consultorio familiare
4	Attività sociali
5	Attività di vaccinazioni
6	Attività di medicina legale
7	Attività di anagrafe sanitaria
8	Attività CUP
9	Attività specialistiche ambulatoriali
10	Attività di assistenza primaria
11	Attività di assistenza integrativa e protesica

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

Nel suo ruolo di garante della continuità delle cure, il Distretto è impegnato a ricercare la massima integrazione ospedale-territorio al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e semplificare i percorsi di accesso ai cittadini, attraverso gli strumenti dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, le Dimissioni Protette e le cure intermedie e domiciliari.

L'attuale offerta delle prestazioni di cui sopra evidenzia una dispersione territoriale in alcune prestazioni che potrebbero essere centralizzate a favore di una maggiore qualità e appropriatezza. Nel confermare che alcune prestazioni devono rimanere di prossimità per garantire la capillare presa in carico delle necessità assistenziali è altrettanto importante centralizzare quelle la cui natura ha subito una ulteriore accelerazione tecnologica e professionale.

A tal fine si ipotizza la prevalenza delle stesse:

n.	Tipologia di prestazione	Allocazione
1	Attività infermieristica ambulatoriale	Prossimale
2	Attività di cure domiciliari	Prossimale
3	Attività di consultorio familiare	Centralizzata
4	Attività sociali	Prossimale
5	Attività di vaccinazioni	Centralizzata
6	Attività di medicina legale	Centralizzata

7	Attività di anagrafe sanitaria	Centralizzata
8	Attività CUP	Centralizzata
9	Attività specialistiche ambulatoriali	Centralizzata
10	Attività di assistenza primaria	Prossimale
11	Attività di assistenza integrativa e protesica	Centralizzata

Questo identifica la naturale evoluzione del modello organizzativo che vede:

- **riduzione del numero dei PES** e loro qualificazione come punto prossimale di erogazione solo di alcune attività;
- potenziamento del Centro di Salute con centralizzazione di alcune attività;
- Casa della Salute come modello evolutivo del Centro di Salute.

La **Casa della Salute** va vista infatti come una evoluzione dei Centri di Salute, come una loro ulteriore strutturazione sia logistica che funzionale, finalizzata a garantire ai cittadini sportelli unici di accesso sia ai servizi sanitari che a quelli sociali e organizzare la risposta nelle forme più appropriate, grazie alla compresenza di diverse professionalità, sia tecnico amministrative sia infermieristiche, sia della riabilitazione e dell'intervento sociale, sia della medicina di base e della specialistica ambulatoriale. La realizzazione della Casa della Salute dovrà pertanto avvenire solo al momento in cui si creeranno le condizioni in determinati ambiti territoriali per realizzare strutture caratterizzate da visibilità e accessibilità, prossimità, continuità assistenziale H24, polifunzionalità. Allo stato attuale è stata avviata la sperimentazione di 2 Case della Salute a Marsciano (già operativa) ed a Trevi. E' necessario che la sperimentazione si allarghi e coinvolga tutti i Distretti della Regione Umbria.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

- Presentazione del modello di riorganizzazione dell'offerta con riduzione e riqualificazione dei PES, con particolare riferimento alla Casa della Salute;
- Riorganizzazione dell'offerta dei 12 Distretti nel rispetto delle linee di principio sopraelencate.

2c) Cure intermedie

Le cure intermedie, nella loro interpretazione più autentica, sono attuate in strutture di cura e di riabilitazione destinate ad accogliere persone malate che non necessitano del ricovero in ospedale per acuti ma, nel contempo, non possono veder risolti i propri problemi di salute in ambito domiciliare. In Umbria possono essere concepite come una evoluzione delle RSA a degenza breve o, non necessariamente in alternativa, come specifici moduli da realizzare all'interno degli ospedali DEA di 1° livello, degli ospedali di territorio o all'interno delle Case della Salute. Sono comunque presidi territoriali di prossimità collocati all'interno di strutture polifunzionali, purché con delimitazione degli spazi ed accessi autonomi, orientati alla persona malata, aperta al territorio, integrati con il sociale, aperti alle famiglie e ai caregivers. Il target sono le acuzie non domiciliabili né ospedalizzabili e la cronicità in fase di riacutizzazione. Sono strutture con un definito turnover di ricoveri, ad alta intensità assistenziale infermieristica e con medio/bassa intensità riabilitativa (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale) e assistenziale medica, con la responsabilità clinica affidata al MMG, in quanto sanitario a cui è affidato il malato, titolare delle decisioni diagnostiche terapeutiche. La responsabilità funzionale è dell'equipe infermieristica (Dirigente infermieristico, Coordinatore infermieristico, Personale OSS ed ausiliario) mentre la responsabilità organizzativa spetta al Distretto. La responsabilità gestionale del medico referente è possibile solo nella misura in cui si garantisce supporto geriatrico, supporto riabilitativo e la disponibilità della Continuità Assistenziale e del Sistema Emergenza Urgenza "118".

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

L'assistenza intermedia viene definita come un'area di servizi integrati, sanitari e sociali - domiciliari e residenziali, caratterizzati da forte territorialità ed alto livello di prossimità. E' finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera per acuti e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti. Il rafforzamento di questa area assistenziale favorisce la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri, l'accorciamento della durata delle degenze in strutture per acuti e previene un'assegnazione precoce ai sistemi di lunga assistenza (riabilitativi, domiciliari o residenziali). L'elemento caratterizzante è la possibilità di utilizzare una nuova risorsa per rispondere all'evolversi delle complessità del bisogno assistenziale e delle modalità organizzative attuali, che si pone quale elemento di raccordo tra il livello ospedaliero e quello territoriale.

La DGR n. 1708 del 30 novembre 2009 "Legge Regionale 4 giugno 2008, n. 9 - Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni" nell'Allegato 1 già prevedeva RSA a degenza breve, prefigurando in ogni Distretto un'offerta destinata al trattamento temporaneo per la stabilizzazione clinica di casi di post acuzie, con esito di non autosufficienza e prevedendo che i posti da attivare fossero in riduzione della dotazione ospedaliera per acuti, secondo i seguenti standard di occupazione:

Programmazione dotazione max. dei posti letto in RSA a degenza breve - Triennio 2009-2011			
AZIENDA	2009-2011	ATTIVI 2008	DA ATTIVARE
USL 1	58	10	48
USL 2	165	78	87
USL 3	71	37	34
USL 4	106	0	106
TOTALE	400	125	275

Fonte: DGR n. 1708/2009 PRINA

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

I mutamenti del bisogno assistenziale e la necessità di razionalizzare l'offerta della rete ospedaliera conducono ad una rivisitazione dell'assistenza complessiva attraverso l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri e la promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale riconvertendo parti di ricoveri per acuti verso l'assistenza residenziale e domiciliare.

L'evoluzione del sistema prevede che:

- per ogni paziente, al momento della dimissione da un reparto per acuti o del manifestarsi di una condizione di necessità a domicilio, dal sanitario che lo ha in carico in collaborazione con il sanitario della struttura intermedia, debba essere definito un piano di assistenza individuale. Tale piano specifica le prestazioni da erogare in regime di ricovero intermedio, includendo i farmaci e gli eventuali presidi ed ausili necessari e gli elementi utili per la valutazione dell'intero percorso assistenziale indicante anche i tempi per il reinserimento domiciliare o in struttura di lunga assistenza;
- il rientro a domicilio, e quindi la dimissione dalla struttura intermedia, avvenga previo contatto con i servizi domiciliari coinvolti (Punto di Ascolto del Centro di Salute);
- la gestione della struttura venga garantita da personale infermieristico e da operatori socio-sanitari che danno esecuzione al Piano assistenziale individuato. L'assistenza medica generalista venga assicurata dai medici della continuità assistenziale che garantiscono la continuità tra assistenza ospedaliera e medico di medicina generale, nel rispetto dei principi enunciati e degli obiettivi indicati dagli specifici accordi nazionali, regionali ed aziendali;
- venga garantita la valutazione da parte di specialisti ospedalieri (consultant), qualora necessaria.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

- Ottenere l'**integrazione funzionale ospedale-territorio**: l'obiettivo è quello di definire modelli funzionali di supporto al processo di integrazione tra ospedale e territorio anche con il contributo e il supporto delle reti assistenziali che laddove esistenti rappresentano un ottimo sistema di collegamento e di relazione fra strutture.
- Perseguire l'appropriatezza nella gestione dei ricoveri per acuti delle medicine attraverso:
 - aumento di disponibilità dei posti letto di Osservazione Breve presso il Pronto Soccorso;
 - attivazione di nuclei di RSA a degenza breve nelle U.O. di medicina;
 - Riduzione dei tempi di degenza per le U.O. per acuti, ma non per il paziente;
 - Riduzione dei ricoveri ripetuti per stesso DRG.
- Garantire la continuità assistenziale con ottimizzazione delle **dimissioni protette** dopo la dimissione ospedaliera per acuti per favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti.
- Promuovere il rientro a domicilio rispetto all'inserimento in strutture di lunga assistenza attraverso la riorganizzazione del contesto familiare e della progettazione dei supporti che garantiscano livelli di autonomia adeguati alla specifica situazione.
- Garantire la continuità assistenziale fra domicilio e strutture intermedie qualora al manifestarsi di una esigenza a domicilio possa essere valutato l'inserimento in una struttura intermedia non ricorrendo ad un accesso ospedaliero non appropriato.
- Perseguire il piano di formazione integrato ospedale-territorio con definizione dei criteri che garantiscano la continuità tra le diverse forme di assistenza (ospedale - cure intermedie - domicilio) e definizione del sistema tariffario.

2d) Liste di attesa

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

La Regione Umbria ha attivato nel corso degli anni vari progetti o programmi volti alla gestione delle liste di attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri, in coerenza con le indicazioni formulate a livello nazionale.

Con l'Accordo della Conferenza dello Stato e delle Regioni e Province autonome del 28 ottobre 2010 è stata approvato il Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa per il triennio 2010-2012 e la nostra Regione ha redatto conseguentemente il nuovo Piano regionale per il Controllo dei tempi di attesa per il triennio 2011-2013 (DGR n.48 del 24 gennaio 2011).

Nel Piano sono state ridefinite le strategie da attuare nel triennio, offrendo al cittadino che necessita di prestazioni specialistiche programmabili la garanzia di poter soddisfare il suo bisogno in condizioni di qualità adeguata entro un intervallo di tempo massimo, a garanzia di un servizio che preveda ed espliciti ex ante i comportamenti che il sistema deve assumere nel caso in cui si verifichi il superamento dei livelli massimi di attesa nell'accesso alle prestazioni specialistiche e di ricovero.

L'obiettivo primario è la riduzione delle liste di attesa attraverso molteplici azioni che coinvolgono le diverse figure professionali e che agiscono sia sul versante dell'appropriatezza della domanda, sia sull'efficienza dell'offerta dei servizi.

Per rispondere agli obiettivi del piano è stato effettuato:

- l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali fissa i tempi massimi di attesa;
- l'individuazione come strategia principale per governare la domanda di prestazioni l'uso sistematico delle classi di priorità (RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei) e il rispetto dei tempi e delle modalità previste dai sistemi di monitoraggio;
- la condivisione di procedure per l'utilizzo delle classi di priorità, per la presenza del quesito diagnostico e la identificazione delle prime visite e dei controlli;
- la definizione le prestazioni richieste in classe P e senza indicazione di priorità, indicando i criteri di utilizzo;
- la riorganizzazione del CUP regionale, per integrare l'offerta pubblica e del privato accreditato e per supportare i percorsi diagnostico terapeutici, recependo le Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'accordo Stato - Regioni del 29 aprile 2010;
- l'individuazione di modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui con l'ordinaria offerta aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa;
- la definizione di flussi informativi per il monitoraggio delle liste e dei tempi di attesa e della sospensione dell'erogazione delle prestazioni;
- la ridefinizione del ruolo delle prestazioni erogate in regime libero professionale all'interno delle Aziende Sanitarie nell'ambito del governo delle liste di attesa, stabilendone il monitoraggio;
- l'attuazione, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, di una attenta attività di monitoraggio;
- l'implementazione di iniziative di Information & Communication Technologies in tale ambito;
- la formulazione di programmi attuativi aziendali.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

Ulteriore sviluppo del CUP regionale.

Uno dei punti cardine del Piano è stata la ridefinizione del Centro Unico di Prenotazione regionale, per consentire a tutti i cittadini umbri di accedere a tutti i servizi regionali e di effettuare prenotazioni per prestazioni di specialistica ambulatoriale su tutte le strutture del territorio regionale, dando priorità alle prestazioni sottoposte a “prioritarizzazione”, secondo la metodica dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO.

Il CUP regionale dà la possibilità al cittadino di prenotare prestazioni su qualsiasi struttura regionale, accedendo da qualsiasi punto di prenotazione (farmacie, centro CUP degli ospedali o dei poliambulatori).

L'opportunità di recarsi in strutture collocate in aziende diverse da quella di propria residenza è utilizzata con soddisfazione da molti cittadini: la possibilità di prenotare in tempi brevi le prestazioni esiste, e si è potuto constatare che punti di maggior richiesta (e con tempi di attesa più lunghi) spesso sono dettati dalla scelta del cittadino di recarsi in una struttura piuttosto che in un'altra, rinunciando ad ottenere in tempi brevi risposta alla propria domanda.

Il sistema è a regime ormai dal dicembre 2011, ma deve essere completato e ottimizzato.

Le agende di prenotazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale dovranno essere messe completamente a sistema, standardizzando parallelamente le modalità di prenotazione e accesso alle prestazioni, permettendo alle aziende sanitarie di garantire offerte specifiche per i percorsi assistenziali specifici per patologie numericamente rilevanti.

Estensione del numero di prestazioni sottoposte a Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO)

Si è lavorato alla corretta utilizzazione dei RAO, che forniscono agli utenti una prenotazione sulla base dell'urgenza richiesta dalle condizioni cliniche del paziente invece che sulla base di un semplice ordine cronologico di prenotazione.

Il governo della domanda di prestazioni si rende possibile innanzitutto assicurando l'appropriatezza prescrittiva in collaborazione con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera Scelta. A tal fine si è inteso implementare l'uso sistematico delle classi di priorità per i RAO già avviato con il precedente Piano regionale PRTCA 2006-2008.

Per la realizzazione di tale attività i medici prescrittori hanno un ruolo fondamentale, per tale motivo le Aziende Sanitarie hanno previsto una specifica formazione.

Dal 2011 è aumentato progressivamente il numero di prestazioni sottoposte a RAO su tutto il territorio regionale.

Nel corso del 2012, dovranno essere adottati i RAO delle ulteriori prestazioni da sottoporre a “prioritarizzazione”, come previsto dalla programmazione nazionale e regionale.

I medici prescrittori dovranno indicare, per le prescrizioni di prime visite e primi accertamenti diagnostici, le appropriate classi di priorità:

- la casella U quando la prestazione deve essere garantita entro 3 giorni. Per quanto riguarda questa casella è da ricordare che la classe U in questo caso è da intendersi come “urgenza differita”, richiesta dal medico di medicina generale e non ha nulla a che fare con la urgenza che si deve garantire entro un limitato numero di ore, ma che accede tramite Pronto Soccorso e con modalità diversificate;
- la casella B quando la prestazione deve essere garantita entro 10 giorni;
- la casella D quando la prestazione deve essere garantita entro 30 o 60 giorni (a seconda che sia prestazione diagnostica o strumentale);

- la casella P quando la prestazione è programmabile. Visti i tempi di attesa che si riscontrano nella nostra regione il 70% deve avere la garanzia di 180 giorni, il 20% di 240 giorni ed il 10% di 300 giorni.

E' da considerare inoltre che in particolari situazioni non esistono liste di attesa e non trova indicazione la necessità di "prioritarizzare":

- le urgenze che esigono risposta immediata trovano risposta entro il tempo necessario tramite accesso diretto ai Pronto Soccorso;
- da anni nella nostra regione sono attivi gli screening oncologici che garantiscono risposte per la patologia tumorale prevenibile adeguate e senza attesa;
- sono stati attivati nelle aziende percorsi diagnostico terapeutici/pacchetti di prestazioni per particolari patologie, che garantiscono i cittadini con patologie particolari (es. diabete).

Inoltre, le agende di prenotazione a CUP permettono di prenotare i controlli anche a tempi lunghissimi. Il cittadino, correttamente informato, deve recarsi a prenotare le prestazioni di controllo (di norma previste a tempi medio lunghi 6-12 mesi) prima possibile, potendo così scegliere sede e data congrue alle proprie esigenze. I servizi sono attrezzati per comunicare eventuali modifiche dell'appuntamento, sempre possibili in base alle mutate esigenze organizzative dei servizi.

Ai cittadini/utenti vanno assicurati sistemi di garanzia nel caso in cui si verificano, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, le seguenti situazioni:

- prenotazioni nel bacino di utenza aziendale di residenza oltre i tempi massimi stabiliti: in tal caso i cittadini hanno diritto ad effettuare la prestazione in strutture extra aziendali pubbliche o private autorizzate, provvisoriamente convenzionate, senza oneri aggiuntivi;
- mancata erogazione nel giorno stabilito della prestazione prenotata: in tal caso è compito della Azienda Sanitaria, una volta stabilita l'impossibilità di erogare tale prestazione dalla struttura prevista nel tempo stabilito, individuare percorsi alternativi mettendo in atto forme di presa in carico del paziente.

Il coordinamento regionale.

Da anni è attivo un gruppo di lavoro regionale "Back Office CUP", formato da referenti delle Aziende Sanitarie regionali e della Direzione regionale Salute, che con assiduo lavoro ha permesso di realizzare in maniera omogenea e condivisa le azioni previste per la realizzazione del CUP regionale e per il monitoraggio dei tempi attesa.

Il gruppo di lavoro va implementato e formalizzato per realizzare una "**task force**" regionale che coordini l'implementazione dell'intero sistema regionale di governo delle liste di attesa, rispondendo in modo tempestivo e omogeneo a qualsiasi esigenza legata alla problematica, da punto di vista organizzativo, informatico e formativo/informativo.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA RELAZZARE

- Costituzione di un gruppo di **coordinamento regionale per la gestione dei tempi di attesa**.
- Completamento della apertura delle agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a CUP.
- Definizione di percorsi assistenziali per agevolare la presa in carico del paziente con patologie complesse.
- Corretta gestione e prenotazione dei controlli.
- Estensione dell'utilizzo delle classi di priorità alle prestazioni critiche.
- Corretto utilizzo delle attività di libera professione intramuraria.
- Trasparenza dei tempi di attesa e corretta informazione ai cittadini.

- Monitoraggio dei tempi di attesa secondo quanto stabilito dal livello nazionale.
- Coinvolgimento dei professionisti per la formulazione delle schede con i quesiti diagnostici per la utilizzazione degli ulteriori RAO.
- Formazione ai medici prescrittori per il corretto utilizzo dei RAO e degli specialisti erogatori delle prestazioni per la rilevazione della concordanza e dell'appropriatezza della richiesta.
- Informazione ai cittadini/utenti sui tempi di attesa, sulle sedi prenotabili, sulle procedure utilizzate per la riduzione dei tempi di attesa, sulla corretta prenotazione dei controlli e sui sistemi di garanzia per eventuali mancate risposte nei tempi stabiliti.
- Implementazione dei sistemi informativi per il corretto monitoraggio del fenomeno.

3) ASSISTENZA OSPEDALIERA

3a) Riordino del sistema urgenza/emergenza

Con la decisione formale di realizzare una unica Centrale operativa 118 su scala regionale, incardinata nell'Azienda Ospedaliera di Perugia, si è avviata una fase di riorganizzazione dell'intero Sistema dell'Urgenza e dell'Emergenza, a partire da una vera e propria cabina di regia dell'intero sistema, rappresentata dalla centrale operativa, in grado di orientare le attuali postazioni mobili (autoambulanze e auto mediche), distribuite sull'intero territorio regionale e che dovranno essere confermate sulla base della stima dei volumi di attività nonché degli ambiti e delle capacità operative, verso presidi ospedalieri dotati di Dipartimenti Emergenza Accettazione (DEA), in grado di gestire sia le situazioni di urgenza che di emergenza sanitaria. La centrale operativa sarà anche la garante di protocolli operativi riguardanti tre patologie tempo dipendenti: infarto del miocardio, ictus cerebrale e politrauma grave.

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

Nel Sistema di Emergenza ed Urgenza la rete regionale ospedaliera deve essere in grado di valutare e rispondere a tutte quelle situazioni che necessitano "di cure immediate" ben sapendo come:

- *l'Emergenza*, evento statisticamente poco frequente (1 intervento ogni 750 abitanti pari al 2-5% di tutte le prestazioni erogate), sia una condizione patologica di drammatica gravità ad evoluzione rapidissima richiedente interventi terapeutici immediati per le condizioni gravissime di pericolo di vita;
- *l'Urgenza* sia invece un evento statisticamente più frequente (1 intervento ogni 30 abitanti anno) per una condizione patologica ad evoluzione abbastanza rapida ma che non compromette la vita di un paziente se l'intervento terapeutico viene rimandato, anche se è necessario adottare entro breve tempo l'opportuno intervento terapeutico.

Le caratteristiche fondamentali dell'Emergenza Urgenza sono rappresentate del resto da alcune peculiarità quali:

- *occasionale gravità* (pochi i pazienti in immediato pericolo di vita);
- *costante criticità* (tutti richiedono un trattamento entro breve tempo);
- *imprevedibilità* del momento in cui l'evento si verifica, anche se la probabilità con cui si possa verificare è fornita da dati epidemiologici che vanno tenuti presenti sia sotto il profilo organizzativo che assistenziale, quali il numero di arresti cardiaci (1/1000/abitanti/anno) o il politrauma grave (380-400/politraumi/1000000/abitanti/anno).

La rete regionale della emergenza-urgenza denominata Umbria Soccorso 118, è attualmente così costituita:

- **3** Centrali Operative 118, ubicate presso l'Ospedale "Santa Maria della Misericordia" di Perugia, presso l'Ospedale "San Giovanni Battista" di Foligno e presso l'Ospedale "Santa Maria" di Terni;
- **7** Ospedali, definiti "Ospedali dell'Emergenza", così individuati: Città di Castello, Branca, Perugia, Foligno, Spoleto, Orvieto e Terni. Tali Ospedali sono sede di DEA di I° e II° livello:
 - **2** DEA di II° livello sono negli Ospedali di Perugia e di Terni;
 - **3** DEA di I° livello sono negli Ospedali di Città di Castello-Branca (unico DEA articolato in due sedi), Foligno-Spoleto (unico DEA articolato in due sedi) e Orvieto;

- **32** postazioni mobili, dotate principalmente di Ambulanze H24, sulle quali è previsto il medico in base alla assegnazione del cosiddetto “codice colore” (pochissime sono H16 - H12), quindi “medicalizzate”.
- **4** “auto medicalizzate”, posizionate a Perugia, Terni, Orvieto, Pantalla, in dotazione per raggiungere l’Ambulanza laddove dovesse esserci presenza successiva del medico.

Attualmente, non esiste dotazione propria né convenzionata di elisoccorso.

Delle singole postazioni sul territorio sono responsabili le Aziende Sanitarie che devono sempre garantire la loro funzionalità, così come sono le Aziende ad esperire i Bandi per l’assegnazione del pubblico servizio.

STANDARD, REQUISITI ed EVOLUZIONE DEL SISTEMA

IL SISTEMA 118.

Alla luce della DGR n.1586 del 16/12/2011 si deve prevedere che, per la realizzazione della Centrale Unica Regionale 118, venga attuato nei tempi prestabiliti un iter differenziato su problematiche diverse; una prima tecnico-gestionale propria della CO118 di Perugia ed una seconda di carattere assistenziale territoriale.

La prima fase prevede le seguenti azioni:

- 1. la centralizzazione del sistema informatico e trasmissione radio;**
- 2. la centralizzazione del sistema telefonico;**
- 3. la quantificazione, identificazione e modalità di acquisizione degli operatori necessari;**
- 4. la rivisitazione delle postazioni 118** (le ambulanze medicalizzate - MSA con medico ed infermiere a bordo, le automediche - ASA con medico e infermiere a bordo, i mezzi avanzati di base con infermiere - MSAB e le ambulanze di base con personale soccorritore certificato - MSB).

IL SISTEMA OSPEDALIERO PER ACUTI.

Ad integrazione delle azioni precedentemente descritte è necessaria la riorganizzazione dei Pronto Soccorsi e dei Dipartimenti Emergenza Accettazione quali strutture ospedaliere dedicate al trattamento specifico dei pazienti presi in carico dal sistema territoriale del 118.

In queste strutture vanno garantite condizioni strutturali, tecnologiche, organizzative e le risorse umane capaci di fornire risposte di qualità alle zone servite.

Il DEA è inteso in regione Umbria come “il modello organizzativo multidisciplinare che affronta, con l’apporto sinergico delle competenze professionali esistenti nell’ospedale e nel Sistema 118, i problemi assistenziali della emergenza urgenza collocandoli presso le strutture ospedaliere dotate delle competenze e delle strutture adeguate ad affrontarli in modo appropriato”.

E' importante che il nuovo livello di integrazione ricollochi gli ospedali di territorio nella rete dell'emergenza con una nuova precisa specificazione, circa le loro competenze e le prestazioni urgenti erogabili a quel livello.

Il modello HUB & SPOKE focalizzandosi non solo sulle capacità tecnologiche e di specializzazione si basa su una chiara definizione dei livelli d’assistenza dei vari nodi della rete, per indirizzare il paziente nel luogo in cui riceverà la cura definitiva, senza soste o trasferimenti intermedi.

- a. Presidi ospedalieri con DEA di 2° livello** (centri HUB per 500.000 - 1.000.000 abitanti) vanno considerati come ospedali di riferimento sovraziendale in quanto, disponendo di tutte le specialità, ad esse sono portati dal 118 o trasferiti i pazienti quando è superata la soglia di

complessità prevista nelle strutture sotto-ordinate secondo specifici e condivisi protocolli tenendo presente come il centro HUB funge anche da SPOKE per il bacino di propria competenza, riferito al territorio della ASL. L'ospedale con DEA di 2° livello deve essere dotato, secondo i criteri ministeriali, di tutte le Strutture previste per il DEA di I Livello e devono essere presenti le altre Strutture, che attengono alle discipline più complesse non previste di norma nel DEA di I Livello.

Il Pronto Soccorso deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i fabbisogni sanitari complessi della popolazione; organizzato in Struttura Complessa, è riferimento ordinario per le funzioni di SPOKE relative al territorio di competenza e di riferimento funzionale sovrazonale per le funzioni complesse e deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva.

b. Presidi ospedalieri con DEA di 1° Livello (centri SPOKE per 100.000-200.000 abitanti o qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di Dea superi i 60 minuti).

Sono da considerare come gli ospedali di rete nell'area di propria competenza per poter svolgere un ruolo importante in ambito delle specialità di media diffusione sul territorio e pur essendo articolati anche su più sedi, devono avere all'interno di un solo presidio ospedaliero le strutture preposte, per modalità e dotazioni organiche, a gestire l'emergenza con adeguate modalità e dotazioni organiche, secondo le indicazioni ministeriali.

Il Pronto Soccorso che eroga funzioni di DEA di I Livello deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al DEA di II Livello (HUB) secondo protocolli concordati e definiti dalla CO 118 per le patologie di maggiore complessità. È ubicato in un Presidio Ospedaliero dell'ASL, che presenti una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio-alta. E' organizzato in Struttura Complessa, operante sia in guardia attiva sia in reperibilità anche su più presidi.

c. Presidi Ospedalieri di Territorio

Tale presidi devono garantire un Punto di Primo Intervento (PPI fisso o mobile), in grado di compiere interventi diagnostico/terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro SPOKE o HUB di riferimento, secondo protocolli concordati con la CO 118 per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.

d. La telemedicina

Al fine di una effettiva funzionalità dell'intero sistema è necessaria l'implementazione di moderni sistemi in grado di garantire, sia tra presidi che postazioni mobili le seguenti prestazioni:

- trasmissione remota e refertazione centralizzata dell'ecg;
- rete radiologica integrabile a quella della emergenza-urgenza.

LE PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI.

Per le patologie tempo dipendenti complesse devono essere previste forme di consultazione, di trasmissione delle refertazioni necessarie e trasferimento dei pazienti secondo protocolli concordati all'interno della rete ospedaliera.

a. Emergenza cardiologica

L'infarto miocardico acuto rappresenta una delle cinque patologie predominanti (First Hour Quintet) con le quali i Servizi 118 si confrontano quotidianamente. Secondo i dati forniti dal Ministero della Salute, per una popolazione di quasi 57 milioni di abitanti il numero di infarti miocardici acuti è stato pari a 102.210 nel 2001 e 111.298 nel 2002 (studio Blitz, Venere, GestiMA); tuttavia il dato epidemiologico di maggiore interesse è quello relativo al numero di STEMI osservati a meno di 12 ore dall'esordio dei sintomi, quindi con indicazione al trattamento ripercussivo immediato.

E' noto come nei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta (SCA) a ST elevato (STEMI) i vantaggi più significativi in termini di sopravvivenza e di riduzione del danno miocardico si ottengono quando il trattamento ripercussivo viene praticato entro il più breve tempo possibile. La riduzione del tempo che intercorre tra l'insorgenza dell'IMA e ricanalizzazione coronarica è determinante per contenere le dimensioni dell'area miocardica interessata dall'ischemia, preservare la funzione ventricolare sinistra e migliorare la prognosi del paziente a breve e a lungo termine: tale vantaggio è massimo se effettuato entro la prima ora dalla comparsa dei sintomi di IMA per poi diminuire con il passare del tempo ed è stato dimostrato come per tali pazienti l'organizzazione del soccorso deve essere indirizzata a diminuire il tempo di ischemia, sia che si decida di effettuare una ricanalizzazione meccanica che farmacologica.

b. Emergenza cerebro-vascolare

Il Ministero della Salute ha definito l'ictus come: "una sindrome caratterizzata dall'improvviso e rapido sviluppo di sintomi e segni riferibili a deficit focale delle funzioni cerebrali senza altra causa apparente se non quella vascolare".

L'ictus cerebrale rappresenta la seconda causa di morte nei Paesi occidentali ed una delle prime cause di disabilità essendo la prima causa di invalidità nell'età senile, la seconda di demenza, la terza di morte ed è uno dei principali motivi di ospedalizzazione.

L'incidente cerebrovascolare è causato nell'80% dei casi da un'ischemia (ictus ischemico), mentre nel restante 20% da un'emorragia (ictus emorragico) intracerebrale - intraventricolare (15%) o meningea (5%), motivo per cui l'obiettivo primario è quello di identificare lo stroke quale urgenza "tempo dipendente" differenziandone la forma ischemica da quella emorragica e realizzando una "prehospital stroke chain of survival and recovery".

Le strategie che permettono di ridurre l'impatto della malattia, oltre alla prevenzione, riguardano la gestione della fase acuta con *due approcci terapeutici ritenuti i più efficaci: la trombolisi per l'ictus ischemico nelle prime tre ore e le stroke unit per tutti gli ictus acuti.*

Lo scopo della valutazione iniziale:

- confermare che la situazione clinica è da imputare ad un attacco ischemico e non ad altre patologie, in particolare ad una emorragia endocranica;
- determinare la immediatezza per un trattamento con trombolitici;
- distinguere le complicanze mediche da quelle neurologiche;
- ottenere dati anamnestici o altre informazioni per stabilire la distribuzione vascolare dello stroke e la sua etiopatogenesi.

I pazienti con stroke dovrebbero essere valutati e trattati entro 3 ore dall'insorgenza dei sintomi e il focus del trattamento in emergenza è quello di una continua osservazione dei pazienti instabili, di un monitoraggio emodinamico e del trattamento della ipertensione endocranica secondo le 7D (Detection, Dispatch, Delivery, Door, Data, Decision and Drug).

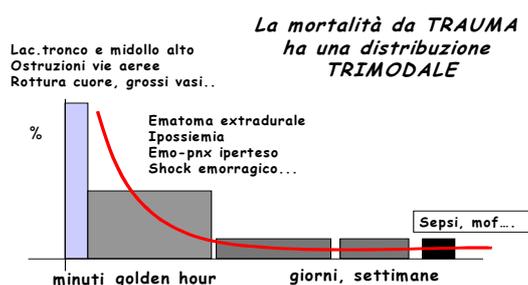
c. Trauma grave

Si definisce come trauma grave la presenza di lesioni mono o pluridistrettuali, delle quali almeno una può determinare pericolo di vita o essere in grado di produrre gravi disabilità.

La definizione di “trauma maggiore” o “complesso” fa riferimento ad un alto livello di emergenza-urgenza sia traumatologica che chirurgica.

Il politrauma, con una mortalità pari a 8000 morti/anno, rappresenta in Italia, secondo i dati ISTAT del 1997, la terza causa di morte assoluta (0,6/1000) e la prima sotto i 44 anni. Viene subito dopo la patologia cardiovascolare (4,3/1000), dopo i tumori (2,6/1000) e prima delle malattie respiratorie (0,5/1000).

Fra i 19 e 24 anni è attualmente (dati ISTAT) la prima causa di morte con un rapporto invalidità/decesso 2:1. La mortalità avviene in modo trimodale (vedi schema) e quindi può essere migliorabile



Le morti per trauma si possono distinguere in

- non evitabili per lesioni singole o multiple di gravità tale da non consentire la sopravvivenza, indipendentemente dal trattamento;
- potenzialmente evitabili per lesioni gravi, ma talvolta responsive ad un trattamento aggressivo in condizioni di assistenza ed organizzazione ottimali;
- francamente evitabili per lesioni di modesta entità e facile trattamento, in cui l'evoluzione sfavorevole è conseguenza ad una errata gestione sanitaria (circa del 10%) legata soprattutto:
 - a) insufficienza respiratoria acuta (ostruzione delle vie aeree, pnx ipertensivo);
 - b) shock emorragico (emoperitoneo, emotorace).

La mortalità da causa traumatica avviene prima e dopo l'arrivo in Ospedale e potrebbe essere ridotta solo migliorando la qualità del trattamento pre- ed intra-ospedaliero.

IL CONTRIBUTO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La Continuità Assistenziale (CA) deve contribuire alla riduzione degli accessi impropri ai servizi di emergenza, seguendo e condividendo quanto disposto nel recente Accordo Integrativo sugli Obiettivi di PSN per il 2011, approvato in conferenza Stato-Regioni il 27 luglio 2011, anche grazie alla possibilità di istituire nella nostra regione il numero unico europeo (116117) per le necessità sanitarie non urgenti, in modo di aver un unico riferimento, a fronte degli oltre 40 numeri attualmente in funzione relativi alle sedi di Continuità Assistenziale.

Tale contributo è possibile solo in presenza di una forte integrazione tra le strutture territoriali della Continuità Assistenziale e la CO118.

Le chiamate alla CA vanno centralizzate, allocando la gestione delle chiamate presso la centrale operativa 118, utilizzando le dotazioni tecnologiche, informatiche ed organizzative della suddetta centrale.

Il riordino della CA, in coerenza con il riordino del sistema urgenza-emergenza, non deve passare inevitabilmente per la soppressione delle postazioni esistenti, ma per eventuali accorpamenti effettuati utilizzando alcuni indicatori, quali ad esempio il numero e la tipologia delle prestazioni

effettuate, la popolazione afferente al bacino d'utenza, le distanze tra comuni e l'orografia del territorio.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

- **RIORGANIZZAZIONE del SISTEMA 118** con particolare attenzione a:
 - la centralizzazione del sistema informatico e trasmissione radio;
 - la centralizzazione del sistema telefonico;
 - la quantificazione, identificazione e modalità di acquisizione degli operatori necessari;
 - la rivisitazione delle postazioni 118.

- **RIORGANIZZAZIONE del SISTEMA OSPEDALIERO PER ACUTI** con particolare attenzione a definire:
 - DEA di 2° livello (centri HUB);
 - DEA di 1 Livello (centri SPOKE);
 - Presidi Ospedalieri di Territorio;
 - la telemedicina;
 - il trasporto sanitario.

- **DEFINIZIONE DEI PROTOCOLLI PER LE PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI** con particolare attenzione a definire i protocolli per la:
 - emergenza cardiologica;
 - emergenza cerebro-vascolare;
 - emergenza Trauma.

3b) Alta specialità

3b1) Chirurgie di alta specialità

Il numero di unità operative attualmente esistenti dovranno essere riconfigurate non più su ambito aziendale o provinciale ma su scala regionale, tenendo conto dei dati epidemiologici, delle linee guida internazionali e delle intervenute modifiche dei percorsi diagnostico terapeutici degli ultimi anni, quale ad esempio il trasferimento di molte prestazioni dalla cardiocirurgia alla cardiologia interventistica o il miglioramento della diagnostica e della chemio e radioterapia nel caso dei tumori toracici.

L'obiettivo centrale è quello di avviare la realizzazione di nuovi modelli di integrazione organizzativa delle strutture ospedaliere, realizzando **strutture uniche interaziendali** dove operano in maniera omogenea, condivisa e multidisciplinare professionisti qualificati. Nel salvaguardare gli investimenti realizzati (tecnologie, elevate competenze professionali del singolo e delle équipes) è necessario metterli a disposizione dell'intero sistema per garantire trattamenti appropriati, per recuperare la mobilità passiva e per consolidare l'attrazione extraregionale al fine di una qualificazione sempre maggiore e sostenibile del sistema di "alta specialità".

Questo significa realizzare strutture uniche dal punto di vista funzionale ed organizzativo, operanti con le stesse modalità in 2 sedi (laddove previste), magari con qualificazione e differenziazione in settori specifici della branca specialistica, ma con professionisti ed équipes itineranti operanti su 2 sedi a garanzia della sostenibilità di un sistema efficiente costantemente adeguato all'evoluzione tecnico-scientifica.

Il riordino del "sistema alta specialità" integrato e collegato con la rete sanitaria regionale deve essere sostenuto e garantito dalla **costituzione di Dipartimenti unici interaziendali tra i Presidi Ospedalieri di Perugia e Terni**, che devono rappresentare il "collante" dell'organizzazione.

La dotazione massima dei posti letto di chirurgie di alta specialità nelle strutture ospedaliere della Regione, così come rilevata da NS/S al 31.12.2011, è la seguente:

NEUROCHIRURGIA						
Ospedali	Codice disciplina	Descrizione disciplina	N. strutture	P.L. Degenza ordinaria	P.L. Degenza DH/DS	P.L. Totale
Azienda Ospedaliera di Perugia	30	Neurochirurgia	1	26	0	26
Azienda Ospedaliera di Terni	30	Neurochirurgia	1	13	1	14
TOTALE			2	39	1	40

CHIRURGIA TORACICA						
Ospedali	Codice disciplina	Descrizione disciplina	N. strutture	P.L. Degenza ordinaria	P.L. Degenza DH/DS	P.L. Totale
Azienda Ospedaliera di Perugia	13	Chirurgia toracica	1	18	0	18
Azienda Ospedaliera di Terni	13	Chirurgia toracica	1	10	0	10
TOTALE			2	28	0	28

CARDIOCHIRURGIA						
Ospedali	Codice disciplina	Descrizione disciplina	N. strutture	P.L. Degenza ordinaria	P.L. Degenza DH/DS	P.L. Totale
Azienda Ospedaliera di Perugia	7	Cardiochirurgia	1	12	0	12
Azienda Ospedaliera di Terni	7	Cardiochirurgia	1	13	0	13
TOTALE			2	25	0	25

3b1a Neurochirurgia

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

La tabella successiva mostra l'andamento dei dati di attività della Neurochirurgia in Regione Umbria relativamente alle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni.

ANNO 2009	P.L.	DIMESSI	DRG CHIR.	TASSO UTILIZZO	
Azienda Ospedaliera Perugia	26.5	790	492	88.4%	
Azienda Ospedaliera Terni	13	797	702	123.4%	
TOTALI	39.5	1.587	1.194		
ANNO 2010	P.L.	DIMESSI	DRG CHIR.	TASSO UTILIZZO	
Azienda Ospedaliera Perugia	25	770	461	83.6%	
Azienda Ospedaliera Terni	13	826	699	127.7%	
TOTALI	38	1.596	1.160		
ANNO 2011	P.L.	DIMESSI	DRG CHIR.	TASSO UTILIZZO	EXTRAREGIONE
Azienda Ospedaliera Perugia	25	798	532	90.9%	133
Azienda Ospedaliera Terni	13	883	776	127.6%	295
TOTALI	28	1.681	1.308		428

STANDARD E REQUISITI

La definizione degli standard fa riferimento al Documento "Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Neurochirurgia" emanato dalla Regione Emilia-Romagna (2004).

Le caratteristiche strutturali e funzionali di entrambe le SC di Neurochirurgia sono inquadrabili nella tipologia di strutture facenti parte del sistema che opera in elezione e partecipa al sistema della emergenza regionale.

Entrambe posseggono infatti la dotazione organica di Dirigenti Medici e personale di Comparto idonea ad assicurare almeno 500 interventi l'anno (tra elezione ed urgenza) e l'organizzazione funzionale (guardie, reperibilità) prevista per l'espletamento di tali funzioni.

I requisiti strutturali sono soddisfatti in entrambe le strutture con la particolarità, per quanto riguarda la struttura di Terni, della forte integrazione con la S.C. di Neurologia. Parallelamente, come richiesto dagli stessi standards le S.C. di Neurochirurgia operano in stretta connessione con la Neuroradiologia, in particolare interventistica, e, per quanto riguarda la S.C. di Terni, anche con la struttura di Radiochirurgia Stereotassica.

I criteri di cui sopra sono soddisfatti anche per quanto riguarda le dotazioni del blocco operatorio e della Terapia Intensiva post-operatoria.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

Da quanto sopra illustrato emerge che il sistema "Neurochirurgia" è in Umbria maturo per capacità di soddisfacimento della domanda assistenziale sia in termini quantitativi che qualitativi e necessita di uno sviluppo differenziato di qualificazione professionale fra le due sedi.

Il sistema urgenza/emergenza prevede comunque nei presidi DEA di secondo livello le prestazioni di neurochirurgia quale elemento caratterizzante tale snodo del sistema, come da indicazioni ministeriali.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

In base a quanto sopra argomentato sembra ragionevole affermare che l'evoluzione della Neurochirurgia umbra dovrebbe prioritariamente rivolgersi a:

- consolidare i risultati sin qui ottenuti attraverso l'aggiornamento tecnologico e professionale, prevedendo anche lo sviluppo differenziato di qualificazione professionale fra le due sedi;
- elaborazione di protocolli di integrazione funzionale ed organizzativa fra le due strutture con definizione dei modelli di operatività fra le 2 sedi anche con interscambio di professionisti;
- elaborazione di protocolli di integrazione funzionale fra le due strutture e il sistema regionale dell'urgenza-emergenza;
- perseguire livelli di eccellenza nazionale ed internazionale sia in campo assistenziale che nella ricerca.

3b1b Chirurgia Toracica

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

La tabella seguente mostra l'andamento dei dati di attività della Chirurgia Toracica in Regione Umbria relativamente alle Aziende Ospedaliere di Perugia e di Terni.

ANNO 2009	P.L.	DIMESSI	DRG CHIR.	TASSO UTILIZZO
Azienda Ospedaliera Perugia	18	636	418	65,20%
Azienda Ospedaliera Terni	13	335	201	53,90%
TOTALI	31	971	619	
ANNO 2010	P.L.	DIMESSI	DRG CHIR.	TASSO UTILIZZO
Azienda Ospedaliera Perugia	18	688	457	69,60%
Azienda Ospedaliera Terni	14	317	191	59,10%
TOTALI	32	1.005	648	
ANNO 2011	P.L.	DIMESSI	DRG CHIR.	TASSO UTILIZZO
Azienda Ospedaliera Perugia	18	680	417	69,95%
Azienda Ospedaliera Terni	10	328	158	61,32%
TOTALI	28	1.008	575	

STANDARD E REQUISITI

Si fa riferimento al Programma di accreditamento istituzionale della European Society of Thoracic Surgery (ESTS).

Nel pubblicare il "Database Annual Report 2011" l'ESTS comunica l'approvazione di un programma di accreditamento istituzionale aperto a tutte le Unità Operative di Chirurgia Toracica partecipanti al suddetto Database.

Lo scopo del programma è quello di definire una serie di standards di buona pratica clinica al fine di promuovere il miglioramento della qualità delle cure.

Il programma si basa sullo sviluppo di indicatori standardizzati di esito e di processo (Composite Performance Score - CTS) scelti in base al loro livello di evidenza.

Relativamente ai requisiti strutturali vengono elencati una serie di parametri che possono costituire un utile pannello di indicatori nel valutare i dati di attività e predisporre eventuali interventi di razionalizzazione della assistenza su scala regionale.

Criteria strutturali di Ospedale e Dipartimento:

- staff dedicato e risorse istituzionali;
- 1 sala operatoria completamente attrezzata e con una potenzialità di 300-400 procedure toraciche maggiori per anno;
- accesso a una Terapia Intensiva con esperienza di casi di Chirurgia Toracica;
- reparto dedicato;
- ambulatori e radiologia;

- accesso a tutte le necessità e supporti assistenziali (ematologia, microbiologia, biochimica, fisiopatologia respiratoria, endoscopia toracica, visita cardiologica, test da sforzo cardiopolmonare, radiologia con TC e PET etc.);
- organizzazione interna per ricerca e formazione.

Volumi di attività:

- è suggerito un volume minimo di 150 +/- 50 procedure toraciche maggiori per anno;
- per la resezione esofagea un volume minimo di 20 +/- 5 procedure per anno;
- per trapianto di polmone volume minimo di 10 procedure.

Qualificazione dei chirurghi:

Tutti i chirurghi devono essere qualificati secondo la legislazione nazionale o europea.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

I requisiti strutturali, sia di Ospedale che di Unità Operativa, sono soddisfatti dalle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni.

Va considerato che nell'ambito della Chirurgia Toracica è possibile distinguere le attività rispetto alla differenziazione fra procedure. Tutte le procedure toraciche maggiori per entrambe le strutture aziendali rientrano negli standard di letteratura. Gli interventi sull'esofago al contrario hanno una casistica ottimale solo nella Struttura della Azienda Ospedaliera di Perugia.

Il trapianto polmonare non è realisticamente prevedibile nella nostra regione.

Quindi, complessivamente la Chirurgia Toracica delle Aziende Ospedaliere evidenzia un livello di attività che rientra per i parametri principali sui livelli previsti dal sistema di accreditamento della ESTS.

Pertanto, i possibili interventi di riorganizzazione regionale non derivano da necessità di ordine "qualitativo" bensì dalla opportunità che si crea in questo particolare frangente della evoluzione socio-sanitaria di procedere ad interventi di razionalizzazione sul territorio regionale.

In tale contesto si può prevedere di far convergere su una delle due Aziende Ospedaliere tutta l'attività di Chirurgia Toracica.

Tale scelta si caratterizza per il maggiore volume di attività della struttura unica con i conseguenti potenziali benefici in termini di uso delle risorse e qualità assistenziale.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

In base a quanto sopra argomentato sembra ragionevole affermare che l'evoluzione della Chirurgia Toracica umbra dovrebbe portare all'integrazione delle 2 strutture esistenti per realizzare una unica struttura dotata del parco tecnologico e delle figure professionali adeguate a garantire i livelli assistenziali della popolazione umbra.

3b1c Cardiochirurgia

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

Si sono realizzate, in questi ultimi anni, innovazioni di grande portata, a tal punto da modificare la storia naturale della cardiopatia ischemica e delle sue complicanze, le modalità di approccio terapeutico e, inevitabilmente, il ruolo della cardiochirurgia nell'adulto.

Esse hanno interessato in primo luogo la prevenzione, sia primaria che secondaria, contribuendo a ridurre il rischio di morbilità cardiovascolare e a prolungare la sopravvivenza di pazienti trattati per eventi acuti coronarici o per scompenso cardiaco.

Le innovazioni chirurgiche e anestesologiche hanno anch'esse offerto nuove opportunità attraverso tecniche di chirurgia a cuore battente e approcci mininvasivi.

L'evoluzione tecnica e organizzativa dell'angioplastica percutanea ha modificato radicalmente il primo approccio all'evento coronarico acuto restringendo in maniera complementare lo spazio della rivascularizzazione chirurgica. Né si può dire che l'evoluzione delle tecniche endovascolari possa considerarsi conclusa sia riguardo al trattamento della malattia coronarica sia relativamente al trattamento della patologia valvolare aortica. Tutto ciò ha comportato, tra l'altro, un aumento dell'età media dei pazienti sottoposti a intervento cardiochirurgico per patologia coronarica e l'affermarsi di una cardiochirurgia valvolare per riparazione di lesioni degenerative, mentre, nello stesso tempo, è pressoché scomparsa la valvulopatia reumatica.

Tali profondi cambiamenti, intervenuti nel corso degli ultimi anni, e come già detto, tuttora in corso, hanno fatto sì che il numero dei pazienti cardiochirurgici sia rimasto negli ultimi anni nel complesso stabile o, semmai, tendente alla riduzione.

Nel contesto dei cambiamenti descritti si è evidenziato un altro fenomeno carico di implicazioni assistenziali ed organizzative: l'incremento degli interventi in urgenza ed emergenza che, in alcune casistiche nazionali, raggiungono il 40% della attività cardiochirurgica.

La tabella successiva mostra l'andamento dei dati di attività della Cardiochirurgia in Regione Umbria relativamente alle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni.

ANNO 2009	P.L.	DIMESSI	DRG CHIR.	TASSO UTILIZZO
Azienda Ospedaliera Perugia	12	369	341	84.3%
Azienda Ospedaliera Terni	13	320	314	62.2%
TOTALI	25	689	655	
ANNO 2010	P.L.	DIMESSI	DRG CHIR.	TASSO UTILIZZO
Azienda Ospedaliera Perugia	12	374	352	85.5%
Azienda Ospedaliera Terni	13	304	283	57.5%
TOTALI	25	678	635	
ANNO 2011 *	P.L.	DIMESSI	DRG CHIR.	TASSO UTILIZZO
Azienda Ospedaliera Perugia	12	337	313	73.4%
Azienda Ospedaliera Terni	13	272	238	49.9%
TOTALI	25	609	551	

* = dati di preconsuntivo

Il riposizionamento della cardiocirurgia, per effetto dei fenomeni descritti sopra, si conferma anche nella nostra Regione e interessa in maniera omogenea entrambe le strutture. Infatti, sia la struttura dell'AO di Perugia, sia quella di Terni, hanno visto nel 2011 contrarsi il numero dei DRG chirurgici. Parallelamente si nota come il numero dei ricoveri annuali per patologia cardiocirurgica sia, nella nostra Regione, al disotto della media attesa. E' noto, infatti, che i ricoveri cardiocirurgici si attestano su un valore annuo di che oscilla intorno a 1000 per milione di abitanti, valore non raggiunto nemmeno nel 2009 (anno della maggiore numerosità dei ricoveri regionali). Nella realtà, al dato dei ricoveri nelle strutture della nostra regione vanno aggiunti i dati della mobilità passiva. Facendo riferimento ai dati relativi all'anno 2009, si rileva come dei circa 500 casi di mobilità passiva per Sistema Cardiovascolare Chirurgico (escluso Legatura e stripping di vene), circa 140 sono per DRG tipici di cardiocirurgia, che, quindi, aggiunti ai ricoveri nelle strutture della Regione, portano il totale a un valore prossimo agli 850 e quindi prossimo al numero di ricoveri attesi per la popolazione dell'Umbria.

In tale ambito va anche valutata la mobilità attiva regionale che con i 18 casi di Perugia ed i 76 di Terni compensa parzialmente, sul livello regionale, i dati di mobilità passiva (tabella successiva - anno 2011).

Dati di attività Strutture di Cardiocirurgia, anno 2011.

	Azienda Ospedaliera PG	Azienda Ospedaliera TR
posti letto medi	12	13
n. Dirigenti Medici	7	6
n. Personale di Comparto	16	17
n. ricoveri umbri	319	238
n. ricoveri extra regione	18	76
n. interventi (DRG chirurgici)	313	272
età media pazienti	66,8	69,7
Peso Medio	4,11	4,48
Peso Medio Chirurgici	4,37	4,8
degenza totale media	13,9	13,6
degenza preoperatoria media	1,98	1,5
Euroscore	6,22	7,31

STANDARD E REQUISITI

Non ci sono indagini di rilievo nazionale che consentano una chiara individuazione degli standard/requisiti per definire i livelli organizzativi più appropriati in uno specifico ambito territoriale. In assenza di criteri definiti ci si limita ad utilizzare quali parametri quelli sottoelencati:

- Volume interventi (la media nazionale colloca la maggior parte delle strutture tra 300 e 450 interventi);
- Percentuale di attività in elezione e in urgenza-emergenza (l'osservazione delle strutture con volumi di attività fra 300 e 750 interventi/anno determina che il rapporto fra elezione e urgenza/emergenza è pari a 70 e 30. Le strutture con lista d'attesa superiore a 50-60 giorni

tendono ad avere una maggiore percentuale di urgenze-emergenze che, in talune strutture raggiungono anche il 50% dell'attività totale);

- Tipologia dell'attività (è documentata la tendenza alla stabilizzazione-riduzione delle procedure di by-pass e l'incremento delle procedure valvolari).

Il confronto della casistica cardiocirurgica umbra con tali parametri evidenzia come le 2 strutture regionali pur collocandosi nella media dei valori parametrici si attestano alla coda iniziale della media.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

In un quadro di sostanziale stabilità dell'attività cardiocirurgica è evidente la tendenza alla ricomposizione delle percentuali di rappresentazione dei vari tipi di intervento con una tendenza alla riduzione degli interventi di BPAC ed un incremento degli altri interventi, in particolare valvolari; più stabili appaiono gli interventi sull'aorta toracica.

L'avvento di tecniche endovascolari per via percutanea ha ridotto lo spazio del BPAC nel trattamento della stenosi coronarica; al contrario è meno definito il ruolo del trattamento endovascolare percutaneo della stenosi aortica severa; sul confronto fra tale tecnica, la tecnica chirurgica tradizionale e la terapia medica sono in corso studi prospettici, anche nazionali.

Da quanto sopra illustrato emerge che il sistema "Cardiocirurgia" in Umbria pur essendo maturo per capacità di soddisfacimento della domanda assistenziale sia in termini quantitativi che qualitativi, tuttavia necessita di una maggiore integrazione fra le due strutture per favorire:

- il recupero della mobilità passiva;
- il consolidamento dell'indice di attrazione extra-regionale;
- l'integrazione con il sistema urgenza/emergenza .

Allo stato attuale, va infatti considerato che le 2 strutture cardiocirurgiche pur collocandosi nella media dei valori parametrici considerati (volumi di interventi) si attestano alla coda iniziale della media e che complessivamente garantiscono circa 680 interventi/annui, mentre i valori attesi sarebbero di 900 interventi annui (1000 per milione di abitanti). Questo dato coincide con i volumi di mobilità passiva extraregionale, il che impone che il recupero della mobilità passiva dovrebbe quindi attestarsi su circa 200 casi/anno.

Il recupero di tale casistica (che sposterebbe il volume di attività delle strutture verso la mediana), l'opportunità di consolidare l'indice di attrazione extraregionale e la necessità di strutturare un modello integrato per garantire in maniera efficace ed efficiente il sistema dell'urgenza/emergenza delineano l'attuale strategia: mantenere le 2 strutture nei 2 Ospedali di II livello. Sono le stesse considerazioni che parimenti dettano le basi per un pensiero di sviluppo futuro che dovrebbe consolidarsi nella riorganizzazione delle 2 strutture esistenti per realizzare una unica struttura interaziendale dotata del parco tecnologico e delle figure professionali adeguate necessarie a garantire i livelli assistenziali della popolazione umbra e diventare punto di eccellenza e di riferimento per un territorio più ampio di quello geograficamente stabilito.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

In base a quanto sopra argomentato sembra ragionevole affermare che l'evoluzione della Cardiocirurgia umbra dovrebbe prioritariamente rivolgersi a:

- consolidare i risultati sin qui ottenuti attraverso l'aggiornamento tecnologico e professionale, prevedendo anche lo sviluppo differenziato di qualificazione professionale fra le due sedi;

- elaborazione di protocolli di integrazione funzionale ed organizzativa fra le due strutture con definizione dei modelli di operatività fra le 2 sedi anche con interscambio di professionisti e di équipes e obiettivi di recupero della mobilità passiva extra-regionale;
- elaborazione di protocolli di integrazione funzionale fra le due strutture e il sistema regionale dell'urgenza-emergenza;
- valutare nel tempo la possibilità di riorganizzazione delle 2 strutture esistenti per realizzare una unica struttura interaziendale;
- perseguire livelli di eccellenza nazionale ed internazionale sia in campo assistenziale che nella ricerca.

3b2) Cardiologia interventistica

Sono ormai operative due emodinamiche H24 presso le due aziende ospedaliere di Perugia e di Terni, in grado di garantire sia le prestazioni in emergenza che in elezione dell'intero territorio regionale. Una tale organizzazione richiede l'ottimizzazione delle risorse e la piena integrazione delle due emodinamiche, per raggiungere elevati livelli di qualità e di sicurezza. Si tratta inoltre di valutare l'opportunità che una terza emodinamica H24 venga attivata presso altri presidi ospedalieri, sia per ragioni di sostenibilità sia per ragioni di sicurezza nel caso non si raggiungano volumi di attività previste dalle linee guida internazionali.

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

In Italia, le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte e il loro impatto in termini di mortalità, morbosità e sui ricoveri ospedalieri si mantiene elevato, rimanendo il primo problema di sanità pubblica.

L'attuale organizzazione regionale vede:

- 45 posti letto di UTIC
- 102 posti letto di Cardiologia degenza ordinaria e 7 posti letto di Day hospital
- 2 centri di Emodinamica H24 per 7 giorni la settimana (Perugia e Terni)
- 1 centro di Emodinamica nella fascia oraria 8-20 nei giorni lunedì-venerdì (Foligno)
- 1 sede di attività di Emodinamica (Branca)
- 8 strutture di Cardiologia

L'analisi dei dati di attività dei Servizi di Emodinamica della Regione degli ultimi 3 anni evidenzia una numerosità stabile della casistica trattata, con circa 2500 PCI/anno, il che rapportato ad una popolazione di circa 900.000 abitanti determina un indice rapporto casi/popolazione 0,27% (27 procedure ogni 1.000 abitanti).

Aziende	Ospedale	Numero Casi Trattati 2009	Numero Casi Trattati 2010	Numero Casi Trattati 2011	Popolazione	Rapporto casi/popolazione
ASL 101	Branca	157	176	147		
AO 901	AO Perugia	1315	1219	1218		
ASL 103	Foligno	357	351	340		
AO 902	AO Terni	660	713	763		
		2.489	2.459	2.468		

STANDARD E REQUISITI

La gestione ottimale del paziente con infarto miocardico acuto deve prevedere la creazione di un sistema in rete (network) per l'emergenza tra ospedali (a diversa complessità assistenziale) e territorio, connessi da un adeguato sistema di trasporto, che abbia lo scopo di assicurare la ripercussione ottimale a tutti i pazienti con infarto miocardico acuto con ST sopraslivellato, con strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato, sul profilo di rischio del paziente e dall'altro, sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

L'obiettivo generale di tale sistema per lo STEMI è quello di garantire la migliore strategia di riperfusione nel minor tempo possibile per il singolo paziente in relazione alla latenza di presentazione e ai tempi necessari per il trattamento riperfusivo al fine di ridurre mortalità, complicanze precoci e tardive e disabilità residua.

Questo si traduce nella seguenti azioni:

- a) diagnosticare lo STEMI nel più breve tempo possibile;
- b) ottenere il numero più elevato possibile di pazienti riperfusi (angioplastica primaria o fibrinolisi);
- c) rendere disponibili, nel minor tempo possibile, trattamenti adeguati per tutti i pazienti con STEMI, indipendentemente dal luogo dove viene formulata la diagnosi;
- d) ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione Elettrocardiografica a distanza.

Secondo il documento "Standard e Linee Guida per i Laboratori di Diagnostica e Terapia Cardiovascolare Invasiva" della Società di Cardiologia Invasiva GISE 2010 vengono delineati i criteri sia in relazione ai volumi di attività indispensabili a mantenere adeguate condizioni di sicurezza per i pazienti che ai requisiti organizzativi indispensabili ad ottenere il miglior utilizzo delle risorse umane e tecnologiche assegnate.

Tali standard di riferimento sono:

- numero di posti letto di UTIC pari a 1 PL/20.000 abitanti;
- 1 struttura di UTIC Spoke con 6-8 PL ogni 120.000-150.000 abitanti;
- 1 struttura UTIC Hub collegata ad una emodinamica con 6-8 posti letto ogni 350.000 abitanti;
- attività di Emodinamica continuativa con apertura effettiva per almeno 5 giorni alla settimana e in considerazione dei benefici del trattamento percutaneo delle sindromi coronariche acute l'apertura all'utenza per 7/7 giorni e 24/24 ore utilizzando l'istituto contrattuale della pronta disponibilità;
- adozione di protocolli operativi e percorsi diagnostici-terapeutici che garantiscono l'attività della rete HUB & SPOKE e la garanzia della presa in carico dello STEMI;
- quantificare il numero di strutture di emodinamiche diagnostiche e terapeutiche per garantire globalmente il fabbisogno annuale di angioplastiche coronariche (STE - ACS, NonSTE - ACS, angina cronica stabile) stimato tra 2350 e 2650 procedure/milione di abitanti/anno;
- esecuzione di almeno 400 procedure di PCI all'anno presso un Centro di Emodinamica;
- adeguata preparazione un numero di PCI > 75/operatore/anno;
- almeno 3/4 medici cardiologi per il trattamento delle SCA e delle eventuali complicanze di procedure elettive e per mantenere un adeguato livello di competenza è opportuno che ciascuno di essi esegua almeno 75 PCI all'anno, ma preferibilmente 100;
- deve essere assicurata la degenza del paziente per 24 ore in un reparto che possa fornire una adeguata sorveglianza ed assistenza e da cui si possa nuovamente accedere con rapidità all'Emodinamica in caso di complicanze.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

Il sistema ottimale è la rete di tipo HUB & SPOKE: esso prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (SPOKE).

L'ischemia miocardica acuta è un evento con prognosi tempo-dipendente, è indispensabile definire protocolli per l'utilizzo del 118 e delle UTIC, al fine di ridurre al minimo il tempo intercorrente tra

l'insorgenza dell'evento e il trattamento diagnostico - interventistico. E' necessario evitare passaggi inappropriati presso strutture ospedaliere senza Emodinamica.

Un centro viene definito "**HUB**" se dotato di UTIC con Emodinamica. Le UTIC dei Centri Hub ricevono e gestiscono tutte le sindromi coronariche acute che necessitano di angioplastica afferenti direttamente al Centro, trasferite dai Centri Spoke o direttamente dal territorio (118) all'interno del bacino di utenza. L'UTIC Hub si trova quindi a trattare pazienti con livello medio di rischio più elevato.

Un centro viene definito "**SPOKE**" se dotato di UTIC senza Emodinamica. Le UTIC dei Centri Spoke inviano le sindromi coronariche acute che necessitano di angioplastica direttamente al Centro Hub. Il Centro Spoke deve avere la disponibilità di ricevere il paziente dopo trattamento interventistico, ove il paziente sia a basso rischio e trasportabile.

E' pertanto necessario che ciascuna struttura in grado di diagnosticare e iniziare il trattamento per lo STEMI abbia conoscenza precisa dei tempi necessari per un eventuale trasferimento del paziente nel Centro Hub.

Laddove, sulla base delle considerazioni precedenti sia stata prescelta la terapia fibrinolitica come trattamento primario, il paziente deve comunque essere avviato al Centro Hub senza attendere la comparsa dei segni di ripercussione a 60'-90'. La valutazione della eventuale avvenuta ripercussione viene demandata ai medici dell'UTIC del Centro Hub, i quali, una volta ricevuto il paziente decideranno per un'angioplastica secondaria entro 24 ore o una angioplastica di salvataggio immediata.

Partendo dall'analisi dei dati, dall'articolazione attuale del sistema e dai requisiti per garantire la sicurezza e l'efficacia delle prestazioni rese nel rispetto dei principi di economicità e sostenibilità al fine di efficientare il sistema regionale si delinea lo scenario evolutivo.

Fermo restando che la rete di tipo **HUB & SPOKE** resta il sistema ottimale da garantire si rende necessario definire quali e quanti devono essere i centri Hub e i centri Spoke su base regionale e la loro relazione e integrazione con il sistema dell'urgenza-emergenza:

- deve essere garantito un posto letto di UTIC ogni 20.000 abitanti il che determinerebbe 45 posti letto di UTIC su base regionale;
- deve essere realizzata una UTIC ogni 120.000/150.000 il che determinerebbe 6 strutture di UTIC a livello regionale comprese le strutture Hub;
- in base agli standard per la popolazione umbra, pari a 906.486 abitanti, si prevede un valore atteso compreso tra 2130 e 2400 procedure, e quindi deve essere garantito lo standard di un Centro Hub ogni 350.000 abitanti, il che determinerebbe 3 strutture di Emodinamica a livello regionale;
- per ogni centro di Emodinamica andrebbe garantito l'esecuzione di almeno 400 procedure di PCI all'anno con tendenza ad effettuare un numero ottimale di più di 600 PCI/ anno.

Alla luce di quanto prospettato si determina:

- la necessità di 6 strutture di UTIC a livello regionale di cui 3 Hub e 3 Spoke la cui dotazione di posti letto complessiva pari a 40/45, associata alla dotazione di posti letto di semintensiva nelle strutture Hub, copre il fabbisogno complessivo della popolazione;
- la necessità di 3 strutture di UTIC - Emodinamica H24 Hub a livello regionale che garantiscono il numero minimo di procedure pari 400 PCI/anno;
- la necessità di 3 strutture di UTIC di tipo Spoke a livello regionale nelle sedi geograficamente più lontane dagli HUB;
- la necessità di 8 strutture di Cardiologia a livello regionale la cui dotazione di posti letto è pari a 98 e copre il fabbisogno complessivo della popolazione;

- la distanza massima dalla periferia del bacino di utenza ad un centro Spoke deve essere contenuta entro i 30 min. con trasporto protetto.

Tale determinazione va tuttavia perseguita in maniera graduale per consentire alla nuova organizzazione di impiantarsi in maniera solida e sicura.

E così la riorganizzazione si può realizzare attraverso:

- il consolidamento dell'attività della Cardiologia Interventistica H24 di Perugia con rispetto degli standard;
- il consolidamento dell'attività della Cardiologia Interventistica H24 di Terni con rispetto degli standard;
- l'implementazione dell'attività della Cardiologia Interventistica H24 di Foligno con rispetto degli standard;
- il mantenimento di una attività di Emodinamica nella sede dell'Ospedale di Branca attiva dal lunedì al venerdì in fasce orarie delimitate, ovvero negli orari di maggiore congestione della rete viaria, integrata funzionalmente con la Cardiologia Interventistica di Perugia. Tale integrazione funzionale deve essere garantita dalla stretta collaborazione dell'équipe medica e tecnica della Cardiologia interventistica di Perugia con la struttura di Branca per garantire in maniera funzionale standard altrimenti non garantibili (n. di procedure struttura e n. procedure/medico). Una unica équipe e una unica struttura che opera su 2 sedi soltanto dal lunedì al venerdì. La configurazione di una unica équipe funzionale permetterà di progredire, in un prossimo futuro, a trasferire e quindi a trattare la casistica in un'unica sede e non solo per efficientare al meglio il sistema, ma quanto per perseguire un miglioramento dei livelli di efficacia e di sicurezza consolidando livelli ottimali di assistenza.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

- strutturare 3 centri di Emodinamica che devono essere H24, ovvero con apertura effettiva per almeno 5 giorni alla settimana e in considerazione dei benefici del trattamento percutaneo delle sindromi coronariche acute l'apertura all'utenza per 7/7 giorni e 24/24 ore utilizzando l'istituto contrattuale della pronta disponibilità;
- garantire nei centri di Emodinamica il mantenimento di un'adeguata preparazione dei professionisti medici (ciascuno di essi deve eseguire almeno 75 PCI all'anno, ma preferibilmente 100);
- strutturare i 3 centri HUB dove sono allocate le emodinamiche collegandole con i posti letto di UTIC, adeguando i posti letto di UTIC per ogni centro HUB nel rispetto degli standard;
- realizzare uno stretto collegamento spaziale delle Emodinamiche con l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), con tutte le apparecchiature per la diagnostica strumentale incruenta, con il Pronto Soccorso/Dipartimento di Emergenza;
- garantire le dotazioni tecnologiche e strumentali previsti per le strutture di UTIC e di Emodinamica;
- chiudere i posti letto di UTIC nelle sedi non individuate né come Hub, né come Spoke, riservando in tali sedi solo le attività cardiologiche;
- adottare protocolli operativi e percorsi diagnostici-terapeutici che garantiscono l'attività della rete HUB & SPOKE e la garanzia della presa in carico dello STEMI;
- devono essere definiti e rispettati gli obiettivi e i risultati prefissati a livello regionale anche attraverso la periodica rivalutazione per l'eventuale revisione del modello organizzativo.

3c) Integrazione degli ospedali - configurazione della rete ospedaliera

Si rende necessaria l'evoluzione, almeno parziale, delle Unità Operative di Chirurgia Generale verso attività prevalentemente di week surgery, sia presso ospedali DEA di 1° livello che ospedali di territorio. Analogamente si prospetta lo stesso percorso per le Unità Operative di Medicina Generale verso le cure intermedie con l'attivazione di posti letto di RSA a degenza breve. Ciò comporta una maggiore integrazione tra presidi ospedalieri e assistenza sanitaria territoriale, sia sul piano delle risorse umane che logistiche.

L'attuale organizzazione della rete degli Ospedali mette in luce, infatti, un modello di strutturazione dell'offerta ospedaliera da superare perché non più contestualizzabile alla situazione regionale e questo sia per aspetti socio-demografici-epidemiologici che per aspetti specificatamente connessi con il progresso scientifico e l'evoluzione naturale dei sistemi sanitari.

Non si può più prescindere dal fatto che la sanità oggi si deve muovere attraverso azioni integrate, quali la ridefinizione del ruolo e delle modalità organizzative delle cure primarie e delle cure intermedie e la riqualificazione dei percorsi diagnostici terapeutici in particolare delle cure ospedaliere.

In questa ottica si inserisce la necessità di riconfigurare la rete dell'offerta ospedaliera per riordinarla, razionalizzarla, potenziarla dove necessita, qualificarla e specializzarla evitando duplicazioni di attività, integrando le strutture a tutti i livelli in maniera orizzontale e verticale all'interno dei singoli stabilimenti ospedalieri, all'interno dell'intera rete ospedaliera regionale, nonché con il territorio e con il sistema urgenza-emergenza.

Si tratta di strutturare un modello dell'offerta ospedaliera regionale per organizzare da un lato le strutture mediche e le strutture chirurgiche strettamente connesse con il sistema urgenza-emergenza nei Presidi sede di DEA e dall'altro **strutture specialistiche, anche uniche aziendali o interaziendali**, per trattare casistiche più ampie e per favorire il recupero della mobilità passiva extra-regionale.

"Pool itineranti di professionisti" che, spostandosi da una struttura di un Presidio ad un'altra di un altro Presidio, possono accreditare e potenziare la propria casistica; contribuire allo sviluppo di una cultura della integrazione, della multidisciplinarietà, dell'adesione alle evidenze scientifiche, dell'applicabilità dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali; facilitare e promuovere la formazione e l'acquisizione di competenze tecnico-professionali *on the-job*.

La riorganizzazione dell'offerta può anche concretizzare la necessità della riconversione di alcune strutture dall'ospedale per acuti a strutture intermedie (quali RSA a degenza breve).

3c1) Chirurgie generali e specialistiche

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

La dotazione massima dei posti letto nelle strutture ospedaliere della Regione, così come rilevata da NS/S al 31.12.2011, permette di differenziare l'offerta tra la disciplina di chirurgia generale e le branche specialistiche con la seguente distribuzione complessiva:

Descrizione disciplina	N. strutture	P.L. Degenza ordinaria	P.L. Degenza DH/DS	P.L. Totale
CHIRURGIA GENERALE	18	313	59	372
CHIRURGIE SPECIALISTICHE	56	607	90	697
TOTALE	74	920	149	1069

STANDARD E REQUISITI

Per un servizio qualificato a livello regionale nell'area chirurgica, il requisito principale è l'appropriata ripartizione delle funzioni e delle attività assistenziali tra le diverse tipologie di Ospedale (Azienda Ospedaliera, Ospedale dell'emergenza e Ospedale di territorio).

Anche per quanto riguarda il riordino delle chirurgie generali e specialistiche si ritiene infatti opportuno intervenire sull'appropriatezza delle prestazioni erogate, sia in termini di appropriatezza clinica (percorso assistenziale più efficace, oltre che sicuro, efficiente ed economico) sia di appropriatezza organizzativa (adeguatezza del *setting* assistenziale suddiviso in interventi in urgenza-emergenza, ricoveri ordinari programmati, ricoveri effettuabili in chirurgia a ciclo breve e chirurgia ambulatoriale).

La determinazione del grado di appropriatezza viene definita sulla base di **indicatori** e relativi **standard** proposti dal Ministero della salute e da Società scientifiche.

Sulla base di tali indicazioni, si propongono gli standard per alcuni indicatori:

- Tasso di occupazione dei PL per U.O. Chirurgia
 - regime ordinario: 90%
 - day/week surgery: 100%
- Degenza media per U.O. Chirurgia
 - pre-operatoria: 0,5 giorni
 - post-operatoria: definibile a seconda della complessità
- PL totali U.O. Chirurgia:
 - % DRG chirurgici/Totale dimessi:
 - a) regime ordinario: 85% - 90%;
 - b) day/week surgery: 95%
 - % DRG a rischio di inappropriatezza sul totale dei ricoveri: da definire in seguito ad analisi più approfondita per stabilire il numero di posti letto che devono essere convertiti da degenza ordinaria a day/week surgery

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

L'attuale dotazione di posti letto complessivi per l'area chirurgica soddisfa le necessità e contribuisce a definire la dotazione standard del 3 x 1.000 ab. (solo area chirurgica 1,4 x 1.000 ab.), in considerazione anche della trasferibilità di alcuni trattamenti dal regime di ricovero al setting ambulatoriale. Pertanto il numero di posti letto attualmente esistente va considerato ottimale e non incrementabile. Di conseguenza la dotazione attuale va qualificata.

L'evoluzione del sistema prevede:

- Ridefinizione delle Chirurgie generali definendo:
 - le strutture H24 con relativa dotazione di posti letto;
 - le strutture di day/week surgery con relative dotazione di posti letto;
 - le strutture chirurgiche ambulatoriali con definizione dei percorsi assistenziali;
 - l'allocazione della tipologie di struttura in relazione alla rete dell'emergenza/urgenza;
 - qualificazione delle strutture chirurgiche con definizione di una mission prevalente per ottimizzare l'offerta chirurgica e ridurre la mobilità passiva con particolare riferimento alla chirurgia oncologica.
- Ridefinizione delle Chirurgie specialistiche definendo:
 - le strutture h24 con relativa dotazione di posti letto;
 - le strutture di day/week surgery con relative dotazione di posti letto;
 - le strutture chirurgiche ambulatoriali con definizione dei percorsi assistenziali;
 - l'allocazione della tipologie di struttura in relazione alla rete dell'emergenza/urgenza;
 - qualificazione delle strutture chirurgiche specialistiche per ottimizzare l'offerta chirurgica specialistica e ridurre la mobilità passiva, prevedendo in particolare: a) l'integrazione funzionale fra aziende ospedaliere e ospedali di territorio di riferimento per alcune discipline (es. ortopedia, chirurgia pediatrica, oculistica e otorino); b) il potenziamento dell'offerta della branca di ortopedia-traumatologia nel territorio del Perugino anche attraverso la realizzazione di una ulteriore struttura operativa.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

Obiettivo generale:

- Omogeneizzare l'offerta assistenziale in area chirurgica nei vari territori della Regione Umbria (valutata l'attuale disomogeneità in termini dell'offerta di PL ordinari, day/week surgery e chirurgia ambulatoriale);
- Riorganizzazione dell'attività chirurgica in ciascuna ASL/AO sulla base degli indicatori sopra descritti, con particolare attenzione a 4 elementi prioritari:
 - ridefinizione delle Chirurgie generali con urgenza/emergenza limitandole ai Presidi con DEA;
 - trasformazione posti letto, in tutti gli Ospedali non sede di DEA, delle degenze ordinarie in day/week surgery centralizzate, multidisciplinari con stabilità dell'equipe di nursing;
 - elaborazione di protocolli di integrazione funzionale ed organizzativa con definizione dei modelli di operatività tra Aziende USL e Aziende Ospedaliere che consentano l'**interscambio di professionisti**, anche in relazione alla complessità della casistica;
 - riorganizzazione delle chirurgie specialistiche con "**pool itineranti di professionisti**" per aumentare l'offerta nelle discipline a maggior mobilità passiva extra-regionale (es. chirurgia pediatrica, oculistica e otorino) e potenziamento della chirurgia ortopedica nel territorio del Perugino anche attraverso la realizzazione di una ulteriore struttura operativa.

Obiettivi specifici:

- Riduzione % DRG a rischio di inappropriatelyzza sul totale dei ricoveri in regime ordinario;
- Raggiungimento del livello atteso per la degenza media per Unità Operative di Chirurgia (pre- e post-operatoria);
- Aumento % DRG chirurgici/Totali dimessi;
- Aumento indice di trasferibilità: 75% (il livello dell'indice di trasferibilità dipende da un ampliamento dell'elenco delle prestazioni trattabili in Day Surgery);
- Trasferibilità degli interventi chirurgici dal regime ordinario e diurno al setting ambulatoriale nel rispetto delle indicazioni del Patto per la Salute definendo gli indici di trasferibilità a livello regionale;
- Definizione dei percorsi di chirurgia ambulatoriale nel rispetto del nuovo nomenclatore tariffario;
- Recupero/riduzione della mobilità passiva extra-regionale in particolare per chirurgia oncologica, ortopedia-traumatologia, chirurgia pediatrica, otorinolaringoiatria e oculistica.

3c2) Medicine

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

La dotazione massima dei posti letto nelle strutture ospedaliere della Regione, così come rilevata da NS/S al 31.12.2011, permette di differenziare l'offerta tra la disciplina di medicina generale e le medicine specialistiche con la seguente distribuzione complessiva:

Descrizione disciplina	N. strutture	P.L. Degenza ordinaria	P.L. Degenza DH/DS	P.L. Totale
MEDICINA GENERALE	23	522	46	568
SPECIALISTICHE	40	365	113	478
TOTALE	63	887	159	1046

STANDARD E REQUISITI

Per un servizio qualificato a livello regionale nell'area medica, il **requisito principale** è l'appropriata ripartizione delle funzioni e delle attività assistenziali tra Ospedale e Territorio e tra le diverse tipologie di Ospedale (Azienda Ospedaliera, Ospedale dell'emergenza e Ospedale di territorio).

Questo riordino di funzioni e attività ha l'obiettivo di rispondere ai mutati bisogni di salute della popolazione tenendo conto dei dati demografici ed epidemiologici.

Anche per quanto riguarda il riordino delle medicine si ritiene infatti opportuno intervenire sull'appropriatezza delle prestazioni erogate, sia in termini di appropriatezza clinica (percorso assistenziale più efficace, oltre che sicuro, efficiente ed economico) sia di appropriatezza organizzativa (adeguatezza del *setting* assistenziale prescelto e quindi, per esempio, di ospedalizzazione evitabile).

La determinazione del grado di appropriatezza viene definita sulla base di alcuni **indicatori** e dei relativi **standard** forniti dal Ministero della salute e dalle Società scientifiche.

Sulla base di tali indicazioni, si propongono gli standard per alcuni indicatori:

- Tasso di occupazione dei PL per U.O. Medicina: 85-90%
- Degenza media per U.O. Medicina: 6-6,5 giorni
- PL totali U.O. Medicina: 0,4-0,42‰
- % DRG a rischio di inappropriata sul totale dei ricoveri: da definire in seguito ad analisi più approfondita
- % ricoveri brevi (<0-1 giorno e 2-3 giorni) con DRG medico: da definire in seguito ad analisi più approfondita

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

La razionalizzazione dell'area medica consiste nella differenziazione in diversi livelli assistenziali prevedendo anche l'implementazione/sviluppo di forme alternative al ricovero (*ambulatorio, day service, cure intermedie con particolare riferimento a RSA a degenza breve*). Il processo di appropriatezza, togliendo ricoveri inappropriati alle UU.OO. di Medicina, libera presso gli stessi Ospedali una capacità produttiva che può essere utilizzata sia per adeguare la rete ospedaliera sia per rendere disponibili risorse che possano compensare il blocco totale o parziale del turnover.

L'attuale dotazione di posti letto complessivi per l'area medica soddisfa le necessità e contribuisce a definire la dotazione standard del 3 x 1.000 ab. (solo area medica 1,13 x 1.000 ab.), in considerazione anche della attivazione dei percorsi diagnostici-terapeutici soprattutto per le patologie croniche. Pertanto il numero di posti letto attualmente esistente va considerato ottimale e non incrementabile. Di conseguenza la dotazione attuale va qualificata.

L'evoluzione del sistema, pertanto, prevede:

- Riordino dell'area medica definendo:
 - le strutture di Medicina d'Urgenza con relativa dotazione di posti letto integrate nel sistema della rete dell'emergenza/urgenza;
 - le strutture specialistiche con relativa dotazione di posti letto integrate nel sistema della rete dell'emergenza/urgenza laddove rappresentano punti della rete dell'emergenza/urgenza;
 - le strutture specialistiche e non con relativa dotazione di posti letto e definizione dei livelli di intensità di cura;
 - le strutture da riconvertire parzialmente o totalmente da strutture a degenza per acuti a strutture intermedie con l'attivazione di posti letto di RSA a degenza breve;
 - le strutture ambulatoriali con definizione dei percorsi per l'attivazione dei day service, soprattutto per le finalità diagnostiche.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

Obiettivo generale:

- Definizione del numero e della sede delle medicine specialistiche con elaborazione di protocolli di integrazione funzionale e definizione dei modelli di operatività fra Presidi che consentano l'interscambio di professionisti e l'adozione di metodologie lavorative comuni;
- Definizione delle strutture da riconvertire parzialmente o totalmente da strutture a degenza per acuti a strutture intermedie con l'**attivazione di posti letto di RSA a degenza breve**;
- Omogeneizzare l'offerta assistenziale in area medica nei vari territori della Regione Umbria (valutata l'attuale disomogeneità in termini di offerta di PL per acuti, lungodegenza e Residenza Sanitaria Assistita).

Obiettivi specifici:

- Raggiungimento del livello atteso per il tasso di ospedalizzazione;
- Raggiungimento del livello atteso per il tasso di degenza media;
- Raggiungimento del livello atteso per il numero di posti letto per degenza ordinaria per acuti;
- Raggiungimento del livello atteso per la % di ricoveri attribuiti a DRG LEA con degenza ≥ 2 giorni;
- Raggiungimento del livello atteso per la % di ricoveri brevi con DRG medico (0-1 giorno e 2-3 giorni)
- Abolizione del ricovero diurno (DH) di tipo diagnostico con DRG medico ed attivazione Day Service.

3d) Punti Nascita

STATO DELL'ARTE e DATI di ATTIVITA'

La Regione Umbria, nel dare corso all'attuazione delle linee di indirizzo (Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 su *"Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"*), ha avviato una serie di riflessioni e di azioni con le Direzioni Aziendali ed i professionisti e, avvalendosi della Commissione tecnica della Rete Materno Infantile e dell'età evolutiva regionale, ha realizzato un rilevamento sui requisiti minimi sia strutturali che organizzativi degli undici punti nascita regionali, che permette di avere un quadro puntuale sulla efficienza operativa e sull'efficacia in termini di costi, di sicurezza e di ricorso al taglio cesareo non appropriato. Dal quadro analizzato si evidenziano criticità sia riguardo i numeri di parti effettuati, rispetto agli standard minimi di cui all'Accordo Stato-Regioni sull'appropriatezza del percorso nascita, sia alla disponibilità H24 di medici nonché alla dotazione tecnologica. Relativamente al taglio cesareo risultano valori di in appropriatezza in alcuni punti nascita. La mancata attivazione in Umbria del Trasporto Neonatale (STEN) e del Trasporto in utero (STAM) comporta una ulteriore criticità in termini di sicurezza al sistema attualmente vigente.

Stato attuale dell'offerta regionale.

In Umbria esistono:

- n. 2 strutture di III° livello, ossia unità operative che assistono gravidanza e parto con più di mille parti anno e con presenza di Terapia Intensiva Neonatale (l'Accordo Stato-Regioni prevede di denominare tali unità come Unità di II° livello in quanto il terzo non è più previsto);
- n. 1 struttura di II° livello con più di mille parti/anno, senza presenza di TIN;
- n. 8 punti nascita di I° livello, ossia unità operative che assistono gravidanze e parti, in età gestazionale ≥ 34 settimane, in situazioni che non richiedono interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato.

L'attuale dotazione complessiva di posti letto è pari a 217 di cui 8 per assistenza in regime di DH, il 48.9% di tutti i posti letto è presso le tre strutture di secondo e terzo livello.

Punto nascita	Medici Ostetrici	Medici Pediatri	Ostetriche
Città di Castello	10	5	16
Branca	7	6	14
Castiglione del Lago	6	4	8
Assisi	7	4	12
Pantalla	7	5	9
Foligno	9	9	21
Spoletto	7	5	13
Orvieto	8	5	12
Narni	9	6	13
A.O. Perugia	19	8	44
A.O. Terni	14	11	24
TOTALE	103	68	186

Dati di attività

Nell'anno 2010 in Umbria sono avvenuti **8.367 parti** (per un totale di 8.618 nati), distribuiti negli 11 punti nascita pubblici della Regione (*fonte SDO*).

Trend della distribuzione dei parti per Punto Nascita, Umbria 2004-2010 e ^(*) dati preconsuntivo anno 2011 (Fonte: SDO)					
Punto nascita	2004	2006	2008	2010	2011 ^(*)
Città di Castello	650	820	784	770	759
Branca	359	362	459	459	445
Castiglione del Lago	458	518	464	433	348
Assisi	761	681	465	393	395
Marsciano/Pantalla	388	498	527	488	450
Foligno	825	932	1.255	1.199	1.228
Spoletto	460	484	501	465	353
Orvieto	410	351	435	509	442
Narni	603	694	581	552	556
A.O. Perugia	1.910	2.032	2.108	2.023	2.062
A.O. Terni	1.040	976	1.052	1.076	1.149
TOTALE	7.864	8.348	8.631	8.367	8.197

Il 26.7% dei parti è avvenuto in strutture con volume di attività < 500 parti/anno, il 21.9% in strutture con volume di attività tra 500 e 1000 parti/anno, il 27.2% nelle strutture con volume di attività tra 1000 e 2000 parti/anno, mentre il 24.2% nell'unica struttura che eroga più di 2.000 parti/anno.

Distribuzione dei parti per volume di attività dei Punti Nascita, Umbria 2010 (Fonte: SDO)		
Volume di attività (parti/anno)	N° strutture	% parto sul totale regionale
< 500	5	26.7
500-999	3	21.9
1000-2000	2	27.2
> 2000	1	24.2

Il 45.5% dei punti nascita regionali (5 strutture) ha un volume di attività inferiore a 500 parti/anno (media annuale di 448 parti, media mensile di 37 parti); il 27.2% (3 strutture) ha volume di attività tra 500 e 1000 parti/anno (media annuale di 610 parti, media mensile di 51 parti); il 18.2% (2 strutture) tra 1000 e 2000 parti/anno e il 9.1% (1 struttura) ha un volume di attività di poco superiore ai 2000 parti/anno.

Poco più del **10%** è la **mobilità attiva**, riguarda cioè donne residenti fuori regione che vengono a partorire in Umbria, mentre circa il **4%** è la **mobilità passiva**, vale a dire donne che sono residenti in Umbria ma che partoriscono fuori regione, essenzialmente in Toscana e Lazio.

Nella tabella seguente sono riportati i **flussi dell'utenza umbra** per Ospedale erogatore.

ASL/Distretto di residenza		Ospedale erogatore											Totale	
		Città di Castello	C. Lago	Assisi	MVT	Spoletto	Orvieto	Narni	Foligno	Branca	AO Perugia	AO Terni		Fuori Regione
ASL 101	N.1 - Alto Tevere	570	1	1	1				7	9	46		40	675
	N.2 - Alto Chiascio	2		2					32	378	19	2	34	469
ASL 102	N.1 - Perugino	44	31	94	73	6		2	101	19	1.404	9	48	1.831
	N.2 - Assisano	3	2	237	10	6			150	10	92		17	527
	N.3 - MVT	3	6	7	351	8	2	2	20		102	13	12	526
	N.4 - Trasimeno	3	256	8	12				10	2	165		38	494
ASL 103	N.1 - Valnerina			1		46			16		3	4	2	72
	N.2 - Spoleto			8	1	284			63		11	16	13	396
	N.3 - Foligno	1		24	16	24		1	756	5	36	3	18	884
ASL 204	N.1 - Terni			1	2	64	18	152	9	1	6	771	53	1.077
	N.2 - Narni Amelia	1			3	8	17	231	2		3	117	14	396
	N.3 - Orvieto	1	31		10		267	7			8	5	34	363
Totale		628	327	383	479	446	304	395	1.166	424	1.895	940	323	7.710

Per quanto riguarda le modalità del parto, si rileva che in Umbria il **parto con taglio cesareo (TC)** è del **31.6%** (media italiana circa 38%) con punte del 37.7%, 37.2 e 35.0%.

Un indicatore interessante per valutare il comportamento clinico-assistenziale di ricorso al cesareo non appropriato (liberato cioè dalle indicazioni di necessità clinica) è rappresentato dalla proporzione di TC effettuata su donne nullipare (N, cioè alla prima gravidanza), con gravidanza a termine (T), con feto singolo (S) e presentazione fetale di vertice (V) (donne NSTV). La proporzione di ricorso al taglio cesareo in donne NTSV in Umbria è del 29.0%.

STANDARD E REQUISITI

Nell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16/12/2010 su *"Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"* sono previsti **due livelli assistenziali**:

A) I° LIVELLO:

- **U.O. OSTETRICA di I° LIVELLO (500 - 1000 parti/anno):** Unità che assistono gravidanze e parti, in età gestazionale > 32 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II° livello, per la madre e per il feto.

In questa tipologia di Unità, il numero di parti/anno > di 1000 non determina cambiamento di livello, essendo i requisiti per il II livello legati anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.

- **U.O. PEDIATRICHE/NEONATOLOGICHE di I° LIVELLO (500 - 1000 parti/anno):** Unità che assistono neonati sani ed i nati con patologia che non richiedano ricovero presso TIN (II° livello).

In questa tipologia di Unità, il numero di parti/anno > di 1000 non determina cambiamento di livello, essendo i requisiti per il II livello pediatrico/neonatologico legati anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di punto nascita di II livello e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.

B) II° LIVELLO:

- **U.O. OSTETRICA di II° LIVELLO (parti/anno >1000):** Unità che assistono gravidanza e parto indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto.

I requisiti per il II° livello sono legati oltre che al numero di parti anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata. Il bacino di utenza, comprensivo delle strutture di I° livello afferenti, corrisponde ad almeno 5000 parti/anno. Il vincolo quantitativo di almeno 5000 nati/anno, può non accompagnarsi ad una precisa identificazione dei bacini di utenza in determinate aree con ridotta densità di popolazione e condizioni oro-geografiche disagiate, nelle quali il vincolo quantitativo può essere inferiore ma non al di sotto di 3500 nati/anno.

- **U.O. PEDIATRICHE/NEONATOLOGICHE/UTIN di II° LIVELLO (Centri TIN con bacino di utenza di almeno 5000 nati/anno e almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita <1500 grammi; >1000 nati/anno nella struttura (Inborn)):** Unità che assistono neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva.

I requisiti per il II° livello sono legati oltre che dal numero di parti anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di punto nascita di II° livello e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA

Il processo di riorganizzazione della rete regionale di assistenza ospedaliera è finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni ed a garantire l'unitarietà del sistema.

In questa nuova e rilevante fase programmatica è, pertanto, necessario prevedere ed attuare la più volte auspicata riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita ed in particolare della rete dei punti nascita.

A tal fine, nell'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010, si raccomanda di adottare stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita.

La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e comunque non al di sotto di 500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate con rilevanti difficoltà di attivazione dello STAM.

E' infine necessario che in connessione con la riorganizzazione dei punti nascita si proceda ad un parallelo ridisegno delle Unità Operative di assistenza neonatale, corrispondenti per intensità di livello assistenziale ai punti nascita, nonché all'assicurazione dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN).

Dall'analisi dell'attuale offerta regionale, nonché dai dati di attività sopra descritti, è possibile effettuare le seguenti considerazioni:

- c'è una eccessiva dispersione di strutture ospedaliere erogatrici di assistenza al parto, documentata dall'esistenza di 5 punti nascita (su 11) che effettuano meno di 500 parti/anno;
- c'è un eccessivo ricorso al taglio cesareo, soprattutto a carico di donne a basso rischio;
- c'è una buona mobilità attiva rispetto alla passiva;
- c'è un buon livello di disponibilità di personale medico, ostetrico ed infermieristico, anche eccedente in alcuni casi;
- non c'è un sistema standardizzato di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN).

La programmazione del percorso di assistenza alla nascita è finalizzata a garantire, durante la gravidanza, il parto e il puerperio, livelli essenziali e appropriati di prevenzione, di assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica, sull'intero territorio regionale, attraverso una organizzazione in rete, articolata per diversi livelli di intensità assistenziale con differenti caratteristiche strutturali e tecnologiche dei presidi e competenze professionali.

Anche nel 2011, in Umbria, l'assistenza è stata erogata da un numero elevato di punti nascita (11 presidi ospedalieri pubblici), con volumi di attività estremamente diversificati.

L'obiettivo che la Regione si pone è quello della riorganizzazione progressiva della rete dei Punti Nascita secondo le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010, adattandole alla specificità della situazione regionale.

Si tratta di disegnare una rete di punti nascita che sia in grado di garantire tempi rapidi di accesso e, al contempo, massima sicurezza della madre e del bambino attraverso un'adeguata presenza delle necessarie figure professionali.

L'analisi dei dati di attività ci permette innanzitutto di individuare per la Regione Umbria **n. 2 UO di Ostetricia di II° Livello** negli Ospedali di Perugia e Terni.

Tali Unità, infatti, oltre a registrare un numero di parti superiore a 1.000, assicurano la presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata. Anche gli standard di bacino d'utenza, rappresentati da almeno 5000 parti/anno o non al di sotto di 3500 nati/anno per determinate aree con ridotta densità di popolazione e condizioni oro-geografiche disagiate, sono infatti garantiti alla luce degli attuali dati di attività.

Sempre negli Ospedali di Perugia e Terni, sono individuate **n. 2 UO Neonatologiche di II° Livello** in considerazione della presenza, nella stessa struttura, di un Punto Nascita di II° livello e discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.

Per quanto riguarda il I° Livello, considerato che attualmente in Umbria abbiamo 5 PN con meno di 500 parti/anno e 3 PN con un range tra 500 e 1000 parti/anno, è ipotizzabile **ridurre le unità di Ostetricia di I° Livello** a cui saranno associate le unità di **Neonatologia di I° Livello**.

Nello specifico è ipotizzabile prevedere un percorso graduale di revisione della rete dei PN con un la riduzione di 2-3 Punti Nascita entro il 2013. Ciò consentirà di spostare gradualmente i flussi di

utenza consentendo ai PN attivi di assorbire i nuovi carichi di attività, nonché di prevedere, laddove necessario, la definizione di specifici accordi con le Regioni limitrofe.

Nella individuazione dei PN da accorparsi si dovranno tenere presenti i seguenti parametri:

1. volumi storici di attività;
2. flussi attuali dell'utenza;
3. localizzazione geografica dei punti nascita con particolare riferimento all'analisi delle vie di comunicazione;
4. possesso dei seguenti requisiti:
 - almeno 2 sale travaglio/parto sufficienti a garantire fino a 1000 parti/anno;
 - sala operatoria sempre pronta e disponibile H24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio/parto;
 - assistenza con personale ostetrico e ginecologico H24;
 - assistenza anestesiologicala H24;
 - assistenza pediatrica/neonatologica H24;
 - disponibilità di esami di laboratorio, di indagini di diagnostica per immagini e di emotrasfusioni H24.

Al fine di procedere alla riorganizzazione della rete dei Punti Nascita è di fondamentale importanza anche l'**attivazione di un adeguato sistema di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN)**.

Nell'ambito del percorso di assistenza alla nascita si dovrà, inoltre, rafforzare il ricorso alle attività consultoriali, anche facilitandone l'accesso e garantendo la continuità del percorso nella presa in carico dell'intero ciclo della gravidanza, del parto e del puerperio.

Per tali ragioni dovranno essere avviate o potenziate tutte le azioni che promuovano la fisiologicità dell'evento e gli aspetti umani, comunicativi e relazionali cercando di evitare il ricorso, molto spesso improprio, al taglio cesareo.

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE e AZIONI DA REALIZZARE

1) **obiettivi organizzativi:**

- attivazione di un sistema standardizzato di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN);
- riduzione progressiva di 2-3 Punti Nascita entro il 2013;
- adeguamento dei PN ai requisiti individuati dagli standard di riferimento;
- predisposizione di un protocollo organizzativo per la gestione del percorso nascita dai consultori ai presidi ospedalieri secondo una logica di integrazione H-T e rete dei servizi.

2) **obiettivi di miglioramento qualità e sicurezza:**

- elaborazione della carta dei servizi per ogni punto nascita;
- implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita (Allegato 6 Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010): raccomandazioni per la prevenzione della mortalità materna, per la prevenzione della mortalità neonatale, sistemi di monitoraggio di eventi sentinella/eventi avversi/near miss e relativi Audit;
- implementazione delle linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo;
- implementazione delle procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto;
- accreditamento PN;
- potenziamento della formazione degli operatori nel corso del biennio.