

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno giovedì 10 **del mese di** dicembre
dell' anno 2015 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
2) Caselli Simona	Assessore
3) Donini Raffaele	Assessore
4) Gazzolo Paola	Assessore
5) Mezzetti Massimo	Assessore
6) Petitti Emma	Assessore
7) Venturi Sergio	Assessore

Presiede la Vicepresidente Gualmini Elisabetta
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore Mezzetti Massimo

Oggetto: RIORGANIZZAZIONE DALLA RETE OSPEDALIERA SECONDO GLI STANDARD PREVISTI DALLA LEGGE 135/2012, DAL PATTO PER LA SALUTE 2014/2016 E DAL DM SALUTE 70/2015.

Cod.documento GPG/2015/2189

Num. Reg. Proposta: GPG/2015/2189

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che:

- l'art. 15, comma 13, lett. c del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, intervenendo in materia di revisione della spesa pubblica, ha disposto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, prevedendo il coerente adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni; la prescritta riduzione dei posti letto riferita ai presidi ospedalieri pubblici interessa una quota non inferiore al 50% del totale dei posti letto da ridurre e deve essere conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse, previa verifica, da parte della Regione, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, nonché promuovendo l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e l'incremento dell'assistenza residenziale e domiciliare;
- la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, in data 10.7.2014, ha sancito l'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5.6.2003, n. 131, concernente il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, che all'art. 3 - "Assistenza ospedaliera" - prevede l'emanazione di:
 - un regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (comma 1);
 - un'Intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio (comma 2);

- un documento di indirizzo con i criteri di appropriatezza dei vari setting riabilitativi per garantire un percorso riabilitativo integrato (comma 3);
- la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, in data 5/08/2014, ha sancito l'intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, concernente il regolamento recante "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- con DM Salute 2/4/2015, n.70, pubblicato sulla G.U. n.127 del 4/6/2015, è stato formalizzato il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

Considerato che:

- il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera secondo modelli innovativi è partito in Emilia Romagna già alla fine degli anni '90, e si è concretizzato nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 1235 del 22 settembre 1999; tale documento per la prima volta individuava le reti cliniche e sottolineava la necessità di predisporre la programmazione regionale della rete ospedaliera prevedendo due approcci distinti:
 - a) le aree di competenza e programmazione regionale, per le quali definire assetti secondo il modello Hub and Spoke: il PSR individuava le discipline/attività per le quali la risposta più adeguata alle esigenze di qualificazione e sostenibilità doveva basarsi sulla concentrazione delle casistiche più complesse in centri (Hub) in grado di sviluppare competenze adeguate e mantenere sistemi tecnologici articolati e, tendenzialmente, onerosi. I centri Hub dovevano essere connessi agli Spoke da un sistema di relazioni formalizzate. La definizione operativa delle specifiche reti Hub and Spoke è stata garantita dal lavoro di gruppi interdisciplinari ed interprofessionali che hanno analizzato in modo puntuale i percorsi clinico assistenziali dei pazienti, definendo gli assetti in grado di garantirne la migliore qualità;
 - b) le reti cliniche integrate: si tratta dell'organizzazione delle attività presenti negli ospedali di tutte le Aziende sanitarie che, attraverso l'integrazione con i servizi distrettuali e sociali, assicura ai cittadini il livello primario dell'assistenza in un determinato

territorio, di norma provinciale (autosufficienza territoriale). La logica dell'autosufficienza prevede che, all'interno della rete dei servizi, siano garantite a tutti i cittadini, in condizioni di equità, le prestazioni necessarie ai loro bisogni assistenziali, per tutte le discipline che non presentano le caratteristiche delle reti H&S;

Dato atto che le discipline di rilievo regionale il cui assetto si riferisce al modello H&S proposte dal PSR 1999-2001 sono sostanzialmente sovrapponibili, anche se più numerose, rispetto alle reti cliniche riportate nel DM 70/2015;

Valutato pertanto che la classificazione delle strutture non rappresenta uno degli obiettivi della riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Emilia-Romagna, poiché il ruolo dei singoli presidi e stabilimenti di cura pubblici nella realizzazione dei percorsi assistenziali dei pazienti, in particolare per le reti H&S, è già stato in larga parte definito e ci consegna un quadro coerente con gli obiettivi di qualificazione delle attività e maggiormente articolato ed integrato rispetto a quanto prospettato dai livelli proposti dal DM 70/2015;

Ritenuto di stabilire che gli obiettivi della riorganizzazione sono pertanto:

- ripuntualizzare le discipline di rilievo regionale come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione degli scorsi anni, come sopra narrato, prevedendo che per queste sia il livello regionale a definire i bacini, le UOC, gli assetti di rete e le relazioni, riavviando un lavoro di confronto specifico con le Aziende ed i professionisti, procedendo altresì ad un adeguamento/manutenzione delle reti cliniche esistenti;
- portare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015 (3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), mantenendo una visione di carattere regionale;
- completare la definizione dei bacini di utenza e concentrazione delle Unità Operative Complesse;
- attuare una riorganizzazione che tenga conto dei volumi e degli esiti per le principali patologie in cui è comprovato che all'aumentare dei volumi le complicità si riducono (es patologia mammaria e la chirurgia oncologica);

Viste:

- la L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;

- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale" e successive modifiche;

Richiamate:

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;

le proprie deliberazioni:

- n. 1057/2006, n. 1663/2006, n. 1511/2011, n. 193/2015, n. 335/2015, n. 628/2015 e 1026/2015;

- n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modifiche e integrazioni;

Visti:

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e successive modificazioni, ed in particolare l'art. 12;

Dato atto del parere allegato;

Acquisito il parere favorevole della Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali nella seduta del giorno 1 dicembre 2015;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

1. di approvare i documenti "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera" e "Rete cardiologica", allegati alla presente deliberazione quali sue parti integranti e sostanziali;
2. di prevedere che per le discipline non individuate come di rilievo regionale le Aziende sanitarie e le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali completino il percorso di definizione degli assetti, garantendo il raggiungimento della dotazione massima di posti letto definita per ciascun ambito territoriale entro il 31 dicembre 2016;
3. che i provvedimenti approvati dalle Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali siano tempestivamente inviati all'Assessorato alle Politiche per la Salute, che provvederà a valutarne la congruità;

4. di dare mandato alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione di definire il tetto di posti letto privati accreditati effettivamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale per ogni ambito territoriale, fermo restando il tetto complessivo pari a 3969, provvedendo, in caso di modifiche rispetto a quanto preventivato, a rimodulare la tabella 2.4 del documento "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera". Tale eventuale rimodulazione riguarderà solo la componente privata accreditata effettivamente posta a carico del Servizio Sanitario Regionale;
5. di stabilire che la definizione di proposte inerenti gli assetti delle discipline di rilievo regionale debbano essere formulate da appositi gruppi di lavoro costituiti ai sensi della normativa regionale vigente, attivati entro il 31 gennaio 2016;
6. di pubblicare il presente provvedimento in forma integrale sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

- - - -

Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera

Premesse

L'evoluzione della programmazione ospedaliera in Emilia Romagna

La riflessione sulla riorganizzazione della rete ospedaliera secondo modelli innovativi è partita in Emilia Romagna alla fine degli anni '90, e si è concretizzata nel piano sanitario regionale 1999-2001 (PSR). Il PSR per la prima volta individuava le reti ospedaliere e sottolineava la necessità di predisporre la programmazione ospedaliera regionale prevedendo due approcci distinti:

a) le aree di competenza e programmazione regionale, per le quali definire assetti secondo il modello Hub and Spoke: il PSR individuava le discipline/attività per le quali la risposta più adeguata alle esigenze di qualificazione e sostenibilità doveva basarsi sulla concentrazione delle casistiche più complesse in centri (Hub) in grado di sviluppare competenze adeguate e mantenere sistemi tecnologici complessi e ad elevato impatto economico. I centri Hub dovevano essere connessi agli Spoke da un sistema di relazioni formalizzate. La definizione operativa delle specifiche reti Hub and Spoke è stata garantita dal lavoro di gruppi interdisciplinari ed interprofessionali che hanno analizzato in modo puntuale i percorsi clinico assistenziali dei pazienti, definendo gli assetti in grado di garantirne la migliore qualità.

b) le reti ospedaliere integrate: si tratta dell'organizzazione delle attività presenti negli ospedali di tutte le Aziende sanitarie che, attraverso l'integrazione con i servizi distrettuali e sociali, assicura ai cittadini il livello primario dell'assistenza in un determinato territorio, di norma provinciale (autosufficienza territoriale). La logica dell'autosufficienza prevede che, all'interno della rete dei servizi, siano garantite a tutti i cittadini, in condizioni di equità, le prestazioni necessarie ai loro bisogni assistenziali, per tutte le discipline che non presentano le caratteristiche delle reti H&S.

Rispetto alle reti ospedaliere integrate i territori di riferimento per la autosufficienza vanno oggi considerati alla luce delle evoluzioni legate, nella nostra regione, alla applicazione della Legge regionale di riordino istituzionale 13/2015.

Le discipline di rilievo regionale il cui assetto si riferisce al modello H&S proposte dal PSR 1999-2001 sono sostanzialmente sovrapponibili, anche se più numerose, rispetto all'elenco riportato nel DM 70/2015. Il DM 70/2015 fornisce solo su IMA, Ictus e Traumi indicazioni operative circa gli assetti di rete: il lavoro sviluppatosi nella nostra regione in applicazione del PSR 1999-2001, i cui contenuti sono stati di fatto ribaditi dai successivi PSSR, ha portato ad una profonda revisione degli assetti della rete ospedaliera regionale preesistenti.

La tabella 1 riporta comparativamente i contenuti del PSR 1999-2001 e del DM 70/2015 evidenziando in grassetto le aree coincidenti e in *italico* quelle non coincidenti.

PSR 1999-2001

- Cardiologia interventiva e Cardiochirurgia
- Neuroscienze
- Terapia dei grandi traumi
- Terapia intensiva neonatale e pediatrica
- Oncologia
- Trapianto di organi e tessuti
- Terapia del dolore
- Malattie rare
- Emergenza territoriale
- Sistema delle Centrali operative 118
- Sistema trasfusionale
- *Terapia delle grandi ustioni*
- *Procreazione medicalmente assistita*
- *Genetica medica*
- *Riabilitazione*
- *Diagnostica di laboratorio ad elevata complessità*
- *Centro Antiveleni*
- *Trattamenti sostitutivi artificiali dell'insufficienza renale*

DM 70/2015

- Rete Infarto
- Rete Ictus
- Rete Traumatologica
- Rete Neonatologia e punti nascita
- Rete Oncologia
- Rete Trapiantologica
- Rete Terapia del dolore
- Rete Malattie rare
- Rete dell'emergenza-urgenza
- *Rete medicine specialistiche*
- *Rete pediatrica*

Funzioni da concentrare

- **Specifiche linee di attività del sistema trasfusionale**

Tabella 1 – Reti H&S PSR 1999-2001 e Reti ospedaliere DM 70/2015

La classificazione degli ospedali

Un elemento che non può sfuggire ad una lettura integrata dello sviluppo della programmazione ospedaliera nella nostra regione negli ultimi 15 anni è come le singole realtà ospedaliere abbiano assunto, relativamente alle singole reti H&S, ruoli diversificati rispetto ad una lettura rigida di livello quale quella prospettata dalla classificazione degli ospedali in base ai livelli proposti dal DM 70/2015 (di base, 1 e 2 livello).

Il Regolamento se applicato pedissequamente, presenta il rischio di duplicazione di Unità Operative Complesse senza relazione con i relativi centri Hub e con un rapporto volumi/esiti non sempre congruo, in particolare per gli ospedali di base e di 1 livello.

La classificazione delle strutture non rappresenta pertanto uno degli obiettivi della riorganizzazione della rete ospedaliera della regione Emilia-Romagna, poiché il ruolo dei singoli presidi e stabilimenti di cura pubblici nella realizzazione dei percorsi di assistenza dei pazienti, in particolare per le reti H&S, è già stato in larga parte definito e ci consegna un quadro coerente con gli obiettivi di qualificazione delle attività, sufficientemente articolato ed integrato.

Gli obiettivi della riorganizzazione

Obiettivi prioritari della riorganizzazione sono pertanto:

1. **Ripuntualizzare le discipline H&S**, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, prevedendo che per queste sia il livello regionale a definire i bacini, le UOC, gli assetti di rete e le relazioni, riavviando un lavoro di confronto specifico con le Aziende ed i professionisti e procedendo altresì ad un adeguamento/manutenzione delle reti esistenti;
2. **Portare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015** (3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie tenuto conto del saldo di mobilità), mantenendo una visione di carattere regionale;
 - 2.1 Migliorare il livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere
 - 2.2 Ricondurre, quando appropriato, le attività erogate in day hospital, day surgery e ordinario programmato 0-1 giorno al regime ambulatoriale
 - 2.3 Rafforzare l'introduzione di modelli innovativi, anche completando il percorso di realizzazione degli ospedali di comunità;
3. Completare la definizione dei **bacini di utenza e concentrazione delle UOC**;
4. Attuare una riorganizzazione che tenga conto dei **volumi e degli esiti** per le principali patologie in cui è comprovato che all'aumentare dei volumi le complicità si riducono;

Naturalmente gli obiettivi citati non esauriscono le tematiche che vanno affrontate per cogliere la spinta innovativa che gli standard fissati dal DM 70/2015 devono originare e che sono già da tempo nell'agenda del nostro sistema regionale. Si va dal rafforzamento della presa in carico territoriale delle patologie croniche, alla continuità della presa in carico assistenziale sanitaria e socio-sanitaria. In questa ottica, i contenuti di cui al punto 10 dell'allegato 1 al DM 70/2015 appaiono concettualmente in linea con quanto sviluppato in materia di continuità ospedale territorio nella nostra regione, il completamento del percorso delle case per la salute costituirà uno degli elementi maggiormente unificanti del sistema relativamente a tali dimensioni. L'attenzione allo sviluppo di modelli consolidati territoriali in modo sincrono ed armonico rispetto alla riorganizzazione ospedaliera va evidentemente mantenuta. Ulteriori esempi di aree sulle quali verranno avviati approfondimenti specifici che supportino, con indicazioni di carattere regionale, il lavoro in corso nelle aziende sono rappresentati dalla creazione di piattaforme logistiche comuni, anche per aree non ancora affrontate in modo sistematico, allo sviluppo ulteriore dell'ICT, compresi gli aspetti di telerefertazione e telemedicina, per arrivare alle procedure per rispondere ai picchi di afflusso in ospedale, di cui si dirà anche relativamente all'emergenza.

L'appropriatezza dei livelli assistenziali

Rispetto alla riconduzione all'appropriato livello assistenziale delle attività, la regione Emilia-Romagna intende lavorare per ricondurre le attività ospedaliere a sole due macrotipologie: *inpatient*, per le attività che necessitano che il paziente permanga in ospedale anche nelle ore notturne, ed *outpatient*, per le attività che si concludono nell'arco delle **12 ore diurne**. Per queste ultime, che allo stato attuale presentano livelli elevati di disomogeneità, con attività ordinariamente ambulatoriali, ad esempio la dialisi, che presentano un impegno assistenziale superiore ad attività ordinariamente erogate in regime di day-hospital, occorrerà intervenire a vari livelli per creare i presupposti per la realizzazione di un corretto percorso di riconduzione al regime ambulatoriale. Il presente documento approfondirà il tema del conseguimento di un maggior livello di omogeneità

per le attività *outpatient*: relativamente alle attività *inpatient* il focus verrà posto sul tema del confine con le cure intermedie.

Obiettivo 1-Discipline di rilievo regionale, reti H&S

Come esplicitato in premessa, per le discipline/attività di rilievo regionale **il livello cui compete la programmazione è quello regionale.**

Questo evidentemente non significa che la definizione ed aggiornamento del quadro programmatorio non garantirà il necessario coinvolgimento del sistema delle Aziende sanitarie e dei professionisti. La metodologia di lavoro prevederà l'individuazione di gruppi multidisciplinari e multiprofessionali, con mandati specifici e diversificati per le singole discipline/aree di attività. Anche nei casi in cui i gruppi di lavoro sono attualmente attivi, composizione e mandato andranno comunque rivalutati. L'obiettivo è quello di arrivare a definire il riassetto complessivo delle reti di rilievo regionale parallelamente alla ridefinizione del quadro più ampio della rete ospedaliera regionale.

Come detto l'elenco previsto dal PSR 1999-2001 deve essere riattualizzato, alla luce delle previsioni del DM 70/2015 e della evoluzione osservata. Di seguito si richiamano le discipline previste dal PSR 1999-2001, per le quali si conferma la necessità che venga mantenuto o riavviato un lavoro di livello regionale:

- Cardiologia interventiva e Cardiochirurgia
- Centro Antiveleni
- Diagnostica di laboratorio ad elevata complessità
- Emergenza territoriale
- Genetica medica
- Malattie rare
- Neuroscienze
- Oncologia
- Procreazione medicalmente assistita
- Riabilitazione
- Sistema delle Centrali operative 118
- Sistema trasfusionale
- Terapia dei grandi traumi
- Terapia delle grandi ustioni
- Terapia del dolore
- Terapia intensiva neonatale e pediatrica
- Trapianto di organi e tessuti
- Trattamenti sostitutivi artificiali dell'insufficienza renale

Le integrazioni da DM 70/2015

Tenuto conto delle reti ospedaliere proposte dal DM 70/2015 si ritiene di integrare le discipline succitate con la **rete delle medicine specialistiche** e la **rete pediatrica**. Per le prime verrà prioritariamente avviato un lavoro di condivisione relativamente alle discipline considerate prioritarie, per la seconda ci si concentrerà in particolare sulle aree specialistiche. Relativamente alla rete dei punti nascita si fa riferimento a quanto riportato al capitolo 4.4.

Relativamente alle discipline già considerate dal PSR 1999-2001, si ritiene necessario fornire specifici indirizzi vincolanti:

Oncologia:

L'ambito non si limita alla sola oncologia ma al complessivo sistema di cura oncoematologico, compresi gli aspetti diagnostici specifici e quelli terapeutici, anche chirurgici. Va sottolineato che, nelle more della definizione della rete oncologica e dei centri per il trattamento della casistica chirurgica oncologica, **ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica è vincolato a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team.** Un ulteriore elemento di prioritaria valutazione dovrà essere rappresentato dalle anatomie patologiche, per gli aspetti relativi all'assetto di rete e a quello delle competenze, avendo cura di valorizzare le sinergie tra fasi comuni del processo di produzione, in un'ottica di concentrazione delle sedi, delle tecnologie e delle funzioni avanzate, nonché delle competenze ad elevata specificità. Sarà necessario assicurare altresì la disponibilità di professionisti presso gli stabilimenti ospedalieri dove si eseguono interventi che abbiano necessità di diagnostica estemporanea.

Emergenza territoriale e sistema delle Centrali Operative 118

Per tali due aree si sottolinea la necessità di mantenere un approccio integrato, come peraltro già realizzato negli anni, reciproco e con gli aspetti relativi alla rete ospedaliera dell'emergenza. Anche rispetto a tale area l'evoluzione consolidata delle reti H&S nella nostra regione chiama in causa la necessità di non calare rigidamente la classificazione di cui al DM 70/2015 sulle singole strutture, ma di definire gli assetti a seguito di un lavoro che integri le diverse reti interessate (rete cardiologica, delle neuroscienze, per il trattamento dei grandi traumi e delle grandi ustioni), tenendo conto dei risultati di outcome raggiunti. Particolare attenzione andrà posta al tema della gestione dei picchi di afflusso e della valorizzazione delle professionalità. Dovrà essere completato l'adeguamento tecnologico ed operativo delle Centrali 118 ai requisiti del NUE 112 (Numero Unico Europeo di Emergenza), d'intesa con l'Agenzia Sicurezza territoriale e protezione civile regionale.

Rete trapiantologica

I cambiamenti intercorsi nell'ultimo decennio riguardo alla gestione, trattamento ed allocazione di organi, insieme alla necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse, rende necessario che il sistema regionale trapianti rafforzi gli aspetti collaborativi. La creazione entro il 30 giugno 2016 di un **Dipartimento Regionale dei trapianti di organi solidi** permetterà di sviluppare la collaborazione degli attuali Centri trapianto regionali mirando alla realizzazione di due obiettivi prioritari:

-promuovere e valorizzare le donazioni, orientando l'utilizzo degli organi verso il massimo beneficio per i pazienti, superando logiche di singola azienda sede di attività e costituendo una lista unica regionale;

-ottimizzare l'efficienza e la qualità dell'attività trapiantologica svolta nelle diverse sedi, valorizzando al meglio le capacità professionali, organizzative e logistiche delle aziende che concorrono alle attività di trapianto sia attraverso la selezione dei pazienti sia attraverso l'esecuzione dei trapianti, attraverso la condivisione delle migliori e più innovative pratiche in materia di indicazione, di tecnica e di gestione trapiantologica.

Attività trasfusionali

Le attività di definizione delle reti relativamente alle attività trasfusionali fanno riferimento alla redazione del Piano Sangue e Plasma. Rispetto allo stato di avanzamento del processo di concentrazione delle officine trasfusionali previsto dal Piano Sangue e Plasma regionale 2013-2015, si ritiene fin da ora opportuno indicare come livello ottimale quello di **due sole officine trasfusionali**, Bologna e Romagna, per tutta la regione. La diffusione dei servizi Immuno-trasfusionali non viene invece modificata.

Diagnostica di laboratorio ad elevata complessità

L'approccio dovrà rispondere a due esigenze tenuto conto della duplice natura dei laboratori di analisi.

Da un lato il laboratorio analisi rappresenta una delle funzioni assistenziali che ha più largamente impiegato l'automatizzazione della produzione. La prima esperienza di concentrazione sovra provinciale fatta a Pievesestina dimostra che il mantenimento presso uno stabilimento ospedaliero della funzione di risposta rapida e la concentrazione dell'attività analitica routinaria per interni ed esterni, garantisca ottimi livelli qualitativi del processo analitico e di quello assistenziale, mentre aumenta la sostenibilità del sistema allineandolo ai migliori sistemi sanitari. La centralizzazione realizzata nell'area metropolitana di Bologna si pone in tale solco. Pertanto, considerando l'attuale distribuzione delle attività analitiche, deve essere perseguita la concentrazione su bacini di popolazione almeno provinciali, senza prevedere la costruzione di nuove strutture. Tenuto conto che l'AVEN rappresenta il territorio che ha meno praticato strategie di concentrazione si ritiene necessario individuare un coordinamento che avvii da subito una riflessione in tale senso.

Relativamente all'approccio H&S, previsto, oltre che dal PSR 1999-2001, dalle linee guida sulla riorganizzazione dei servizi di medicina di laboratorio e dall'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011, questo è indicato per:

1. esami di complessità media o alta,
2. metodiche a basso volume e/o ad elevata specificità/onerosità tecnologica

Il percorso di eventuale concentrazione di attività farà riferimento allo specifico gruppo di lavoro, tenendo fermi i seguenti aspetti

1. continuità ospedale territorio
2. risposte in tempi adeguati ai bisogni dei pazienti e dei clinici

Cardiologia interventiva e cardiocirurgia

Per tale ambito elemento fondante della rivalutazione della rete assistenziale dovrà essere rappresentato dalla analisi dello stato dell'arte relativamente alle soglie minime di volumi di attività e alle soglie di rischio di esito proposte dal DM 70/2015 che riguardano l'area cardiologica e cardiocirurgia. L'approccio alla rete cardiologica deve continuare ad essere complessivo su tutti i livelli, anche se localmente interventi sulle degenze cardiologiche possono rendersi opportuni nel quadro globale del riordino. Lo stato dell'arte attuale circa gli indicatori proposti dal DM 70/2015 è riportato in allegato nel documento "rete cardiologica" insieme alle descrizioni del lavoro sviluppato e dei risultati raggiunti a partire dal PSR 1999-2001.

Riabilitazione

L'approccio H&S ha riguardato e continuerà a riguardare le alte specialità riabilitative (Neuro riabilitazione, Unità Spinale e Riabilitazione delle gravi disabilità infantili e dell'età evolutiva). Per la riabilitazione intensiva ed estensiva, in particolare per i territori che

presentano le dotazioni più elevate, andrà completato il percorso di valutazione della appropriatezza, rivedendo di conseguenza le dotazioni.

Obiettivo 2 Percorso di adeguamento agli standard di dotazione nazionali

Le dotazioni al 1 gennaio 2013

Il DM 70/2015, ai fini del calcolo della dotazione dei posti letto in ciascuna Regione, pone come punto di riferimento il numero dei posti letto effettivi al 1° Gennaio 2013 (art. 1 - comma 3 - lettera b - punto 1). La dotazione nelle aziende della nostra regione a tale data è rappresentata in Tabella 2.1.

Area Vasta	Azienda	Tipo Struttura	Posti Letto (PL)				Totale	PL per 1000 ab.						
			acuto		post_acuto			Popolazione	PL Acuti	PL Post-Acuti				
			dh	ord	dh	ord								
AVEC	BOLOGNA	privato acc.	32	591	0	407	1030	1.001.451	4,40	0,96				
		psichiatriche	0	40	0	6	46							
		pubblico	170	1.449	8	191	1818							
	AOSPU BOLOGNA	ospedaliera	134	1.331	21	98	1584							
	I.O.R.	IOR	17	289	6	15	327							
	IMOLA	pubblico	42	310	8	202	562							
	FERRARA	privato acc.	14	102	0	75	191							
		pubblico	57	500	24	140	721							
	AOSPU FERRARA	ospedaliera	75	549	10	70	704				355.334	3,65	0,90	
	TOTALE AREA VASTA			541	5.161	77	1.204				6983	1.356.785	4,2	0,94
	AVEN	PIACENZA	privato acc.	12	100	2	235				349	288.982	3,1	1,17
			pubblico	109	665	0	101				875			
PARMA		privato acc.	30	268	12	276	586							
		psichiatriche	0	57	6	33	96							
		pubblico	46	297	0	70	413							
AOSPU PARMA		ospedaliera	120	954	6	138	1218	444.285	3,7	1,2				
REGGIO EMILIA		privato acc.	32	155	0	86	273							
		pubblico	78	476	1	198	753							
AOSP REGGIO EMILIA		ospedaliera	67	596	3	56	722							
MODENA		IRCSS	49	145	0	7	201	534.845	3,0	0,7				
		privato acc.	5	171	0	99	275							
MODENA		psichiatriche	10	110	0	76	196							
	pubblico	140	1.060	11	228	1439								
AOSPU MODENA	ospedaliera	81	585	0	1	667	702.761	3,1	0,6					
TOTALE AREA VASTA			779	5.639	41	1.604	8063	1.970.873	3,26	0,83				
AVR	RAVENNA	privato acc.	17	461	0	122	600	1.185	102	614				
		psichiatriche	0	25	0	3	28							
		pubblico	123	894	10	158	1185							
	FORLÌ	privato acc.	63	128	6	38	235							
		pubblico	70	436	6	102	614							
	CESENA	privato acc.	12	224	0	32	268							
		pubblico	45	460	0	96	601							
	RIMINI	privato acc.	21	145	9	234	409							
		pubblico	133	757	0	65	955							

	TOTALE AREA VASTA	484	3.530	31	850	4895	1.125.124	3,6	0,78
	TOTALE	1.804	14.330	149	3.658	19.941	4.452.782	3,62	0,85

Tabella 2.1 - Distribuzione Posti Letto in Emilia Romagna al 1 Gennaio 2013

Fonte: Anagrafe Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie - <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/posti-letto/analisi-statistica/reportistica-predefinita-posti-letto-pl>

I tassi di ospedalizzazione

Il punto 1.5 dell'allegato al DM 70/2015 recita: "Le regioni nell'adottare la riorganizzazione della rete ospedaliera nel rispetto della dotazione di posti letto (p.l.) previsti dalla citata legge 135/2012, assumono come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a **160** per 1000 abitanti di cui il 25% riferito ai ricoveri diurni." Di seguito, si riportano i Tassi di Ospedalizzazione standardizzati relativi all'anno 2014, per i ricoveri ordinari e di DH delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Rispetto alle indicazioni del DM 70/2015 la Regione Emilia Romagna è in linea con il tasso indicato; tuttavia il progetto Bersaglio vede la nostra regione collocarsi su dati di ospedalizzazione complessiva significativamente più elevati delle performance migliori che vedono quattro regioni (Veneto, Toscana, Lombardia e FVG) con dati inferiori al 140 per mille. In tal **senso l'Emilia Romagna può individuare modelli innovativi che concorrano a ridurre il livello di ospedalizzazione in specifiche aree di attività, oltre ad intensificare le attività di sviluppo della presa in carico territoriale delle patologie croniche.** Va poi sottolineato come il tendenziale trasferimento delle attività verso il regime ambulatoriale inciderà in modo importante sui tassi di ospedalizzazione in DH. Come si dirà anche più oltre, **i dati comparativi con le regioni che partecipano al progetto Bersaglio (vedi box), posizionano la nostra regione fra quelle con una percentuale di ricoveri in day-hospital medico di tipo diagnostico elevata (33% contro il 15% della performance migliore).**

Azienda USL di residenza	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	% DH	TOTALE
PIACENZA	125,8	37,9	23,2	163,7
PARMA	121,1	37,9	23,8	159
REGGIO EMILIA	110,1	36,9	25,1	146,9
MODENA	112,8	34,9	23,6	147,7
BOLOGNA	118,5	34,2	22,4	152,7
IMOLA	119,6	30	20,1	149,6
FERRARA	115,6	40,2	25,8	155,8
ROMAGNA	114,4	32,2	22	146,5
TOTALE	116,2	35,1	23,2	151,3

Tabella 2.2 Tassi standardizzati di ospedalizzazione - Anno 2014 Fonte dati: banca dati regionale SDO 2014 - consolidato con mobilità passiva 2013

Progetto Bersaglio e Programma Nazionale Esiti

Il Progetto Bersaglio, coordinato dal Laboratorio MES della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa rappresenta un sistema di valutazione della performance di un network di 14 regioni, che mette a confronto 160 indicatori che spaziano dagli aspetti clinico-sanitari a quelli economico-finanziari. La rappresentazione di sintesi posiziona in un bersaglio le singole realtà.

Il Programma Nazionale Esiti (PNE), promosso da AGENAS e Ministero della Salute, sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari fornendo stime assolute e comparative per struttura.

Il percorso già realizzato nelle strutture pubbliche e private accreditate

La regione Emilia-Romagna ha avviato da alcuni anni un percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera che ha già concretizzato molte delle soluzioni delineate nel DM 70/2015 per la riconduzione della dotazione di posti letto allo standard atteso. Tale percorso si è particolarmente rafforzato negli ultimi anni, con interventi diffusi che hanno portato nel complesso ad una riduzione della dotazione di posti letto, nelle sole strutture pubbliche, di **1725 unità (-8%)** fra il 2012 e il 2015, con un andamento per ambito territoriale e regime di ricovero riportato in tabella 2.3. Tale trend di riduzione, mostra andamenti differenti nelle diverse Aziende in relazione ai programmi attuati in tempi diversi. Tali programmi possono essere fatti afferire, prevalentemente, alle seguenti tipologie di intervento:

- perseguimento di maggiori livelli di efficienza e qualità delle cure, anche attraverso la riorganizzazioni di UOC in week-hospital e riorganizzazione per intensità di cura
- riconduzione di attività di degenza ordinaria programmata breve e di DH/DS in attività ambulatoriali
- accorpamenti di UOC
- percorsi di riconversione degli Ospedali di Comunità (OSCO)

Azienda	01/01/2012			01/01/2013				01/01/2014				01/01/2015			
	DH	ORD	TOTALE	DH	ORD	TOTALE	delta	DH	ORD	TOTALE	delta	DH	ORD	TOTALE	delta
PIACENZA	125	1.090	1.215	123	1.101	1.224	9	94	1.051	1.145	-79	93	1.055	1.148	3
PARMA	219	2094	2313	220	2093	2313	0	192	2039	2231	-82	193	2013	2206	-25
REGGIO EMILIA	229	1722	1951	230	1719	1949	-2	203	1700	1903	-46	197	1700	1897	-6
MODENA	284	2598	2882	247	2330	2577	-305	240	2370	2610	33	229	2382	2611	1
BOLOGNA	387	4456	4843	388	4417	4805	-38	252	4109	4361	-444	264	4095	4359	-2
IMOLA	50	515	565	50	512	562	-3	42	517	559	-3	44	467	511	-48
FERRARA	239	1568	1807	184	1436	1620	-187	172	1330	1502	-118	147	1268	1415	-87
ROMAGNA*	476	4.441	4.917	515	4.380	4.895	-22	412	4.293	4.705	-190	369	4.252	4.621	-84
TOTALE	2.009	18.484	20.493	1.957	17.988	19.945	-548	1.607	17.409	19.016	-929	1.536	17.232	18.768	-248
				-52	-496	-548		-350	-579	-929		-71	-177	-248	

Tabella 2.3 Modifiche posti letto 1/1/2012-1/1/2015 Fonte: Anagrafe Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie - <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/posti-letto/analisi-statistica/reportistica-predefinita-posti-letto-pl>

Il calo si è realizzato anche in relazione alla riorganizzazione da parte delle Aziende Sanitarie dei percorsi clinici, ed ha riguardato, in tal caso, prevalentemente letti in regime di ricovero ordinario in relazione alla stabilizzazione delle reti H&S.

Relativamente ai posti letto privati la prassi consolidata dei tetti di budget per le attività ha costituito la modalità di governo dei volumi posti a carico del SSN. Per tradurre i tetti economici in dotazione di posti letto, è stato determinato, con un accordo sottoscritto a luglio 2015, **il numero massimo di posti letto privati accreditati effettivamente posti a carico del Servizio Sanitario Nazionale.** I posti letto privati accreditati effettivamente posti a carico del SSN sono così **passati dai 4544 dell'1/1/2015 ai 3969 del 1/9/2015, con un calo di 575.** In ambito privato restano da valutare gli effetti dell'accordo Stato-Regioni in materia di strutture private monospecialistiche in applicazione del punto 2.5 dell'allegato al DM 70/2015.

La situazione attuale e gli obiettivi al 31.12.2016

Gli andamenti descritti nel capitolo precedente fissano in 18.145 la dotazione di posti letto, pubblici e privati accreditati, al 1/9/2015 della regione Emilia-Romagna.

Il DM 70/2015 fissa le modalità di calcolo dei posti letto corrispondenti al saldo di mobilità, posti letto che vanno sommati, per regioni come la nostra a saldo positivo, al numero di posti letto corrispondenti alla dotazione standard di 3.7 per mille. Le modalità di calcolo ex DM 70/2015, porta per la nostra regione a 1292 posti letto, da considerarsi per una percentuale pari a 80% (1034-di cui 172 per post-acuti) per il 2015 e per una percentuale pari a 65% (839-di cui 140 per post-acuti) per il 2016.

Pertanto per adeguare la dotazione di posti letto della regione alle previsioni del DM 70/2015, occorre portarsi, per una popolazione regionale pari, al 1/1/2015, a 4.457.115 abitanti, entro il 31/12/2016 ad un numero totale di posti letto pari a 17.330. Si sottolinea come tale dato debba essere considerato un dato massimo di dotazione, poiché l'evoluzione complessiva degli interventi sulla rete ospedaliera a livello regionale e nazionale possono conseguire obiettivi più rilevanti.

Nel complesso, rispetto alla dotazione al 1/09/2015, sarà necessario realizzare entro il 31/12/2016 i processi di riorganizzazione necessari a conseguire una riduzione di almeno 815 posti letto nelle strutture pubbliche. Relativamente all'area della post-acuzie, la dotazione attuale rientra già nel parametro di riferimento dello 0.7 per mille, tenuto conto dello specifico saldo di mobilità. Su tale ambito va però completato il lavoro di definizione qualitativa e di appropriatezza, nonché di riconduzione alle cure intermedie per alcune realtà, lavoro che dovrà portare a rivedere in riduzione le attuali dotazioni soprattutto nelle realtà che presentano quelle più elevate (Piacenza, Parma, Bologna).

Nell'ambito dei territori afferenti alle singole CSST, e tenuto conto che la legge regionale 13/2015, di riordino territoriale, prevede la istituzione di una sola CSST per l'area metropolitana di Bologna e che pertanto il territorio bolognese viene considerato in questa sede in modo unitario, si dovranno realizzare interventi e riconversioni atti a conseguire la dotazione riportata dalla tabella 2.4. Occorre sottolineare la mandatorietà di procedere speditamente alla realizzazione di tutti gli interventi di revisione delle dotazioni già previsti dalla programmazione locale, oltre al divieto di incrementare le dotazioni pubbliche e private rispetto a quelle presenti al 01/09/2015.

Territori di competenza delle singole CSST	Posti letto totali, pubblico e privato accreditato al 01/09/2015	Posti letto totali massimi al 31/12/2016
Piacenza	1.146	1.100
Parma	2.189	2.080
Reggio Emilia	1.807	1.702
Modena	2.556	2.446
Area metropolitana di Bologna	4.640	4.415
Ferrara	1.408	1.363
Romagna	4.399	4.224
Totale	18.145	17.330

Tabella 2.4 Posti letto Pubblici e privati al 1/9/2015 e dotazioni massime da raggiungere al 31/12/2015

La quantificazione della dotazione massima per singolo territorio è stata fatta a partire dalla dotazione al 1/9/2015, tenendo conto dei dati di cui alla tabella 2.1.2 e 2.2.1, ossia

della potenzialità di miglioramento dell'efficienza e della riconduzione al livello ambulatoriale di attività di Day-hospital, per le strutture pubbliche.

Il percorso di definizione ed attuazione locale dei provvedimenti necessari a ricondurre le dotazioni effettive a quelle massime di cui alla tabella 2.4 dovrà prendere in considerazione prioritariamente le discipline non ricomprese fra quelle oggetto di programmazione di livello regionale e riportate nel capitolo 1. Previo parere regionale, è comunque possibile intervenire in riduzione a livello locale anche su tali discipline/aree di attività.

Nei capitoli successivi si riporta un breve inquadramento dello stato dell'arte per ciascuna delle tipologie di intervento maggiormente praticate a livello regionale, negli scorsi anni, per ridurre la dotazione di posti letto, inquadramento utile per programmare gli interventi ed una definizione delle potenzialità relative ai singoli territori. Le modalità di riconversione descritte rappresentano gli strumenti la cui applicazione deve prioritariamente essere presa in considerazione per ricondurre la dotazione entro il limite massimo indicato. L'esistenza a livello locale di specifiche opportunità e necessità può portare alla individuazione di strumenti anche diversi, nel rispetto della erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e del raggiungimento degli obiettivi in termini di riduzione di dotazione.

2.1 Miglioramento del livello di efficienza

La tabella 2.1.1 riporta la presenza media giornaliera, la percentuale media di occupazione, l'indice di turnover e l'indice di rotazione per le singole discipline a livello regionale per l'anno 2014.

Disciplina di erogazione	Presenza media giornaliera	Indice di occupazione	Indice di rotazione	Indice di turnover
005 - ANGIOLOGIA	6,9	79,4%	27,3	2,7
006 - CARDIOCHIRURGIA PEDIATR.	9,8	103%	30,6	-0,4
007 - CARDIOCHIRURGIA	44,6	78,2%	30,4	2,6
008 - CARDIOLOGIA	389,6	85,1%	61,6	0,9
009 - CHIRURGIA GENERALE	723,8	74,1%	48,4	2
010 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	30,7	72%	67,1	1,5
011 - CHIRURGIA PEDIATRICA	41,8	80,9%	86,7	0,8
012 - CHIRURGIA PLASTICA	19,4	59,5%	74,3	2
013 - CHIRURGIA TORACICA	54,8	87,3%	54,2	0,9
014 - CHIRURGIA VASCOLARE	114,8	78,2%	43,4	1,8
018 - EMATOLOGIA	112,7	97,7%	19,1	0,4
019 - MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	14,6	73,1%	36,3	1,7
021 - GERIATRIA	426,7	96,2%	31,6	0,4
024 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	180,6	90,1%	28,6	1,3
026 - MEDICINA GENERALE	2.472,60	92,5%	34,4	0,8
028 - UNITA' SPINALE	127,5	98,3%	5,4	1,1
029 - NEFROLOGIA	123,7	91,9%	33,2	0,9
030 - NEUROCHIRURGIA	119,4	80,6%	34,8	2
032 - NEUROLOGIA	223,9	85,9%	32,2	1,6
033 - NEUROPSICHIATRIA INFANT.	18,6	84,5%	24,6	0,9
034 - OCULISTICA	27,3	43,7%	88,1	2,3
036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	837,5	76%	42,2	2,1
037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	519	67%	74,2	1,6

038 - OTORINOLARINGOIATRIA	127,3	58,7%	75,2	2
039 - PEDIATRIA	192,2	68,9%	60,8	1,9
040 - PSICHIATRIA	234,5	97,5%	31,8	0,3
043 - UROLOGIA	290,7	76,4%	56,9	1,5
047 - GRANDI USTIONATI	10,3	64,6%	15,3	8,5
048 - NEFROLOGIA TRAPIANTI	28,2	92,3%	41,2	0,7
049 - TERAPIA INTENSIVA	297,6	84,6%	10,7	5,2
050 - UNITA' CORONARICA	122,8	77%	19	4,4
051 - ASTANTERIA	284,2	78,3%	49,1	1,6
052 - DERMATOLOGIA	14	69,9%	76,7	1,4
055 - FARMACOLOGIA CLINICA	1,5	102,2%	31,3	-0,3
056 - RECUPERO E RIABILITAZIONE	271,1	85,6%	11,2	4,7
057 - FISIOPATOL. RIPROD. UMANA	0,9	44,8%	113,5	1,8
058 - GASTROENTEROLOGIA	131,2	94,2%	48,4	0
060 - LUNGODEGENTI	1.089,90	94,3%	17,1	1,2
061 - MEDICINA NUCLEARE	7	44,5%	75,2	2,7
062 - NEONATOLOGIA	80,3	98,4%	58,7	0,1
064 - ONCOLOGIA	190,8	92,3%	45	0,6
065 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	21,7	69,6%	33,3	3,3
068 - PNEUMOLOGIA	196,7	94,4%	29,5	0,7
069 - RADIOLOGIA	1,5	75,9%	137,5	0,6
071 - REUMATOLOGIA	18,1	90,4%	43	0,8
073 - TERAPIA INTENSIVA NEONAT.	67,5	81,1%	11,6	6
074 - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	2,8	45,6%	77	2,6
075 - NEURO-RIABILITAZIONE	105,8	109%	5,6	-5,8
TOTALE	10.447,00	84%	39,3	1,5

Tabella 2.1.1: Indicatori di attività per disciplina di erogazione strutture pubbliche- Anno 2014

A fronte di un dato, che per molte discipline rispetta il livello di occupazione ottimale, indicato dal DM 70/2015 nel 90%, e in un contesto che vede buoni livelli complessivi di efficienza, va sottolineato come il dato relativo alle singole realtà ospedaliere appaia disomogeneo e come per molte discipline il dato si presenti molto inferiore, a testimoniare l'esistenza di uno spazio di intervento che preveda una revisione dell'organizzazione, che migliori l'efficienza e la qualità complessiva del sistema.

La tabella 2.1.2 riporta il dato di occupazione 2014 per gli stabilimenti ospedalieri con un livello inferiore a quello medio regionale (84%). Viene presentato inoltre il dato relativo al potenziale di ridimensionamento della dotazione conseguibile riportando l'occupazione a quella media regionale.

Presidio di erogazione	Indice di occupazione	PL superabili
Ospedale Borgo Val Di Taro	61,4	25
Presidio Ospedaliero Reggio Emilia	74,6	61
Presidio Bologna	82,6	23
Ospedale Lugo	82,8	5
Presidio Ospedaliero Cesena	78,8	26
Ospedale Civile Di Sassuolo S.P.A.	80,9	9
Riccione-Cattolica	69,1	32
Ircs Scienze Neurologiche Bo	74,6	11

Azienda Osp. Di Reggio Emilia	78,6	43
Aospu S.Orsola-Malpighi - Bo	80,5	45
Irccs - Istituto Ortopedico Rizzoli	72,5	34
TOTALE		314

Tabella 2.1.2 Indice di occupazione per gli stabilimenti con dato 2014 inferiore a quello medio regionale

Gli strumenti appropriati per il miglioramento dell'utilizzo delle strutture

Gli interventi praticabili nelle singole realtà per incrementare il livello di occupazione media rientrano essenzialmente nelle tipologie già prese in considerazione negli scorsi anni e da rafforzare: accorpamento di U.O., anche all'interno di aree organizzate per intensità di cura, organizzazione delle degenze su cinque giorni per le attività chirurgiche programmate, revisione della dotazione di posti letto, trasferimento di attività programmata con degenza di 0-1 giorno a livelli caratterizzati da minor impegno assistenziale. Interventi di superamento di singoli posti letto non garantiscono invece alcun beneficio di sistema e non devono essere praticati. Relativamente alla organizzazione per intensità di cura, si sottolinea come il superamento di un concetto di utilizzo esclusivo del posto letto da parte di un solo reparto migliori l'utilizzo delle strutture.

Il dato di occupazione media è fortemente legato ad altri indicatori, fra i quali la degenza media: a tal proposito va sottolineato come i dati regionali riportino una variabilità rilevante fra le diverse realtà ospedaliere, con un Indice Comparativo di Performance che va da 1.26 a 0.9 per i singoli stabilimenti pubblici ed una degenza media preoperatoria che, per gli stabilimenti che dimettono volumi significativi di pazienti ordinari programmati chirurgici, varia da 0.7 a 2.6 giornate. Le singole realtà aziendali dovranno pertanto realizzare una analisi anche delle durate medie di degenza. Sul tema della medicina perioperatoria verrà avviata anche una riflessione di livello regionale mirante a garantire l'appropriatezza dei percorsi.

Il lavoro di miglioramento dei livelli di efficienza, sempre nel senso di elevare la performance di sistema e garantire la crescita della qualità del servizio, deve svilupparsi anche prendendo in considerazione gli assetti di rete provinciale, in un'ottica che riconsideri anche quelli distrettuali. In particolare va rivalutata la distribuzione territoriale di attività specialistiche chirurgiche a larga diffusione, soprattutto se associate a bassi livelli di occupazione. Un ulteriore elemento di valutazione è rappresentato dalla elevata variabilità di utilizzo infraregionale di procedure a bassa complessità: a fronte di tassi di intervento per 100.000 abitanti che variano in regione fra 207 a 440 per le tonsillectomie e da 81 a 196 per lo stripping venoso, va attuata una concentrazione delle responsabilità apicali, con riduzione del numero delle UOC, allo scopo prevalente di migliorare i livelli di appropriatezza, della indicazione e del livello assistenziale.

Si sottolinea l'utilità di una valutazione approfondita dei dati forniti dal PNE e dal progetto Bersaglio per individuare assetti della rete ospedaliera che tendano alla concentrazione anche per casistiche non individuate dal DM 70/2015.

Nel contesto di tale lavoro di ridefinizione della rete, è opportuno individuare modelli innovativi che garantiscano la valorizzazione delle piattaforme logistiche già esistenti, in primo luogo le sale operatorie, e migliorino la qualità delle cure. In tale direzione può andare la individuazione di ospedali specializzati nell'eseguire interventi chirurgici e percorsi clinici standardizzati per patologie ad alta prevalenza e con elevate liste di attesa quali, ad esempio, la day-surgery e l'ernia center. La concentrazione di casistiche anche

semplici può ridurre le complicanze, in particolare i re-interventi, incrementare il livello di appropriatezza delle indicazioni e garantire percorsi pienamente funzionali, oltre ad incidere positivamente sulla gestione delle liste di attesa e la valorizzazione delle risorse strutturali e professionali.

Andrà pertanto avviato un lavoro di definizione di un modello di che garantisca il superamento dell'elevata variabilità tra ospedali in termini di percorsi clinici, case mix ed indicatori di efficienza e di casistica trattata nelle singole UOC per casistiche fortemente standardizzabili.

2.2 La riconversione di attività in day hospital, day surgery e ordinario programmato 0-1 giorno al regime ambulatoriale

L'evoluzione delle metodiche chirurgiche e mediche ha creato negli ultimi decenni i presupposti per un trasferimento delle attività verso il regime ambulatoriale. Il fenomeno nel suo complesso si è realizzato in forma significativa ma relativamente disomogenea, sia in senso territoriale che relativamente alle singole tipologie di attività. Oggi, come evidenziato in premessa, attività con caratteristiche di impegno assistenziale identiche fanno riferimento a regimi assistenziali diversificati. Anche se relativamente alle attività di ricovero diurno si è osservata negli anni una tendenza rilevante al trasferimento verso il regime ambulatoriale, sarebbe opportuno individuare due grandi aggregati di attività all'interno degli ospedali: *outpatient* ed *inpatient*. In questa fase nei singoli ambiti territoriali i percorsi di trasferimento al regime ambulatoriale già avviati, e/o già realizzati in altre realtà regionali per analoghe tipologie di attività, devono essere completati, anche per garantire una equità di trattamento su tutto il territorio regionale. A tal proposito si richiama il dato già citato in premessa relativo al non positivo posizionamento della nostra regione sull'indicatore relativo ai day-hospital medici di tipo diagnostico nell'ambito del progetto Bersaglio. Tali considerazioni si applicano in molti casi anche ai ricoveri ordinari programmati 0-1 giorno.

Il day-hospital nelle patologie oncologiche

Rispetto al day-hospital di area oncologica ed ematologica, sarà cura del livello regionale creare i presupposti, in primo luogo normativi, per l'avvio di un percorso di trasferimento verso il regime ambulatoriale anche per queste attività. Come già accaduto per le attività ambulatoriali complesse che hanno gradualmente sostituito le attività di day-hospital/day-surgery, ma con livelli di cura ancora maggiori visto il rilievo specifico delle attività oncologiche ed ematologiche, la massima attenzione andrà posta agli standard strutturali, organizzativi, tecnologici e qualitativi garantiti.

La tabella 2.2.1 riporta la dotazione di posti letto di day-hospital/day-surgery delle strutture pubbliche a giugno 2015 e rappresenta uno dei punti di riferimento per la definizione delle potenzialità di riduzione graduale delle dotazioni di posti letto delle singole realtà territoriali. **A regime si ritiene che almeno il 50% dei posti letto di DH siano superabili a seguito della riconversione delle attività verso il regime ambulatoriale.**

	PL day-hospital / day-surgery acuti	Di cui posti letto ad utilizzo oncologico	Posti letto post-acuto
Piacenza	83	31	
Parma	144	61	3
Reggio Emilia	160	49	5
Modena	206	85	8

Area metropolitana di Bologna	238	110	38
Ferrara	107	33	26
Romagna	242	95	7
Totale	1180	464	87

Tabella 2.2.1 Posti letto day-hospital e day-surgery strutture pubbliche

2.3 Completamento dei percorsi di riconversione degli ospedali di comunità

L'Ospedale di comunità nel DM 70/2015

Il DM 70/2015 definisce in modo articolato le caratteristiche dell'ospedale di comunità (OSCO). Si tratta di una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico presente nelle 24 ore, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o da pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN, e la responsabilità igienico - organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

L'OSCO prende in carico prevalentemente pazienti che necessitano di:

- sorveglianza infermieristica continuativa

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

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni e l'accesso può avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

L'evoluzione degli OSCO in regione Emilia-Romagna

Nella nostra regione una riflessione sulla necessità di identificare strutture sanitarie intermedie era presente già nel PSSR 2013-2014 (Delibera Assembleare 117/2013) :tali strutture avrebbero dovuto assicurare a pazienti cronici e/o fragili, ricoveri temporanei, con assistenza, prevalentemente infermieristica, garantendo prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediche e chirurgiche di tipo ambulatoriale.

Le previsioni del PSSR prendevano atto di una riflessione e di un percorso di riconversione di strutture ospedaliere in OSCO che si era già avviato nella nostra regione molti anni fa, interessando alcune strutture già alla fine degli anni '90. Tale percorso ha però avuto un decisivo impulso con il PSSR 2013-2014: la tabella 2.3.1 riporta le riconversioni realizzate dal 2013 ad oggi, con alcuni elementi caratterizzanti, qualitativi.

Un aspetto da sottolineare è che, come peraltro emerge anche dal DM 70/2015, gli OSCO rappresentano un setting di cura sanitario e non sostituiscono i setting sociosanitari.

Denominazione	Data avvio	Ubicazione/struttura originaria	POSTI OSCO	Caratteristiche
OSCO Borgo Val di Taro	01/03/2015	Ospedale Borgo Val di taro	16	Conversione di PL U.O. Medicina Interna e Lungodegenza
OSCO San Secondo Parmense (3 moduli)	01/03/2013	Ospedale San Secondo Parmense	40	Conversione del presidio San Secondo - (40 PL)
OSCO di Castel San Pietro Terme	11/04/2014	Ospedale di Castel San Pietro Terme	28	Conversione delle U.O Lungodegenza e oculistica
OSCO di Bondeno	01/06/2014	Ospedale di Bondeno	34	Conversione 34 PL Lungodegenza
OSCO di Comacchio	01/06/2014	Ospedale di Comacchio	26	Conversione 26 PL Lungodegenza

OSCO di Copparo	01/06/2014	Ospedale di Copparo	20	Conversione-20 PL Lungodegenza
OSCO Forlimpopoli	01/11/2013	Ospedale di Forlimpopoli	28	Conversione di 59 PL di Medicina, Lungodegenza e riabilitazione
OSCO Mercato Saraceno	01/01/2014	Ospedale di Mercato Saraceno	6	Conversione di 6 PL Lungodegenza
OSCO del Rubicone	01/01/2014	Ospedale di Savignano sul Rubicone	8	Conversione di 8 PL Lungodegenza

Tab. 2.3.1: OSCO attivati dal 1/1/2013

Rispetto a tali strutture va sottolineato che lo specifico flusso informativo attivato da inizio 2015, ci consegna indicatori sostanzialmente coincidenti con le previsioni del DM 70/2015. Tali dati, relativamente al primo semestre 2015, sono riportati in tabella 2.3.2

Indicatore	dato 1	dato 2
Numero ricoveri	893	--
Provenienza dei pazienti	78% ospedale	19% domicilio (2% RSA)
Dimissione	61% domicilio	10% trasferito ad altra struttura (5% deceduto)
Degenza media	20.48	Range: 18.3-41.7
Motivo ricovero	45% assistenza infermieristica continuativa	42% monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica

Tab.2.3.2 Dati OSCO primo semestre 2015

Un percorso da completare

Alla luce delle esperienze già realizzate, delle indicazioni del DM 70/2015, del rilevante stato di avanzamento che diverse progettualità aziendali presentano, nonché della necessità di rendere coerente la classificazione delle strutture rispetto alla tipologia di attività che ospitano e alla casistica che assistono, ogni ambito territoriale dovrà procedere ad una analisi su scala locale che individui le strutture per le quali attività e casistica assistita, rendano opportuna l'identificazione in ospedale di comunità. Questo anche per conseguire assetti di sistema più omogenei in ambito regionale. Si sottolinea come in molti casi tale percorso si presenti semplificato, tenuto conto di come negli anni il ruolo effettivo di alcune strutture sia divenuto sempre più corrispondente a quello oggi previsto per un OSCO. Nei territori che presentano una numerosità sopra la media di stabilimenti con tali caratteristiche, Bologna, Piacenza e Romagna, tale opportunità andrà valutata con particolare impegno.

La rilevanza di tali percorsi va considerata anche rispetto a quello più complessivo che riguarda la messa a regime della rete delle Case della Salute e più in generale della relazione con le cure intermedie.

Obiettivo 3 Bacini di utenza per disciplina ed Unità Operative Complesse

Il tema della definizione dei bacini di utenza deve essere affrontato coerentemente alla impostazione programmatica complessiva, già adottata dalla nostra regione, tenendo conto delle indicazioni del DM 70/2015. Per le discipline di rilievo regionale, così come ripuntualizzate nel presente documento, il livello regionale definirà bacini e relative UOC,

assetto di rete e relazioni, riavviando un lavoro di confronto specifico con Università, Aziende e professionisti.

Per le restanti discipline il livello locale/di area vasta deve sviluppare una programmazione che tenga conto di aspetti quantitativi e qualitativi, avendo a riferimento le considerazioni già fatte al punto 2.1, relativamente alla necessità di procedere alla concentrazione di attività ed UOC nella realizzazione dei percorsi di incremento del livello di efficienza e qualità del sistema, anche per discipline ad ampia diffusione.

Per le realtà territoriali per le quali sono in corso o programmate concentrazioni con caratteristiche peculiari, come per le Aziende di Reggio Emilia e come per gli ospedali della città di Modena o quelli delle città di Bologna e Imola, il tema della revisione in riduzione delle UOC dovrà essere posto con particolare decisione.

Applicando i parametri previsti dal Regolamento, il numero di Unità Operative Complesse ospedaliere definito per la Regione Emilia-Romagna varia da 540 a 1089. La numerosità attuale di Strutture Complesse è pari a 741. Anche se il numero totale appare adeguato, tuttavia la distribuzione delle UOC rispetto ai bacini di riferimento non è sempre pertinente e la duplicazione di UOC omospecialistiche in singoli stabilimenti e territori si presenta molto diffusa. La tabella 4.1 indica le discipline per le quali le UOC attuali eccedono quelle previste dal DM 70/2015. Per le discipline di rilievo regionale le modalità di riconduzione della numerosità delle UOC alle previsioni del DM70/2015 verranno definite nell'ambito dei gruppi di lavoro H&S: per le restanti discipline sarà cura del livello regionale garantire il coordinamento dei territori al fine di raggiungere gli standard. Per le discipline ricomprese nelle fattispecie indicate nella nota alla tabella riportante gli standard per disciplina specialistica dell'allegato 1 al DM 70/2015 (geriatria e neuropsichiatria infantile), che pure eccederebbero attualmente gli standard, le valutazioni devono tenere conto delle indicazioni di cui alla medesima nota. Per tutte le discipline si richiama, come già previsto, la necessità della preventiva autorizzazione regionale per istituzione e la copertura di posizioni di responsabile di UOC.

	ATTESI		TOTALE		Differenza rispetto a massimo
	Rispetto al bacino massimo	Rispetto al bacino minimo	STRUTT. COMPLESSE	Essenziali didattici (AVEN + AVEC)	
Chirurgia maxillo-facciale	2	4	6	2	2
Chirurgia pediatrica	2	3	5	1	2
Ematologia	4	7	9	4	2
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	4	7	10	5	3
Malattie infettive e tropicali	4	7	12	3	5
Nefrologia	4	7	12	2	5
Neurochirurgia	4	7	8	1	1
Dermatologia	4	7	10	4	3
Medicina nucleare	4	7	9	0	2
Pneumologia	6	11	15	3	4
Radiologia	15	30	31	6	1
Radioterapia oncologica	4	7	10	1	3
Neuroradiologia	2	4	8	1	4
Genetica medica	1	2	7	4	5
Direzione sanitaria di presidio	15	30	37	0	7
Totale	540	1089	737	137	53

Tabella 3.1 - Discipline per le quali le strutture complesse regionali eccedono le previsioni del regolamento

Rapporto di dipendenza e funzione esercitata

Un aspetto che necessita di una rivalutazione e puntualizzazione di carattere regionale, è quello relativo alla necessità che i concetti di dipendenza, da una Azienda, e di funzione svolta, anche con ruoli di responsabile di UOC, presso più Aziende debbano

trovare una sintesi anche giuridica che possa rendere più omogenei e lineari, nonché tutelanti per tutti i soggetti interessati, i percorsi di concentrazione delle UOC. Tali percorsi devono mirare a garantire che il governo clinico si realizzi in forma organica su ambiti territoriali di idonea ampiezza. Il quadro di riferimento giuridico dovrà essere definito a livello regionale con un percorso di ampia condivisione, valutando anche ipotesi di carattere complessivo, quale quella del ruolo unico regionale.

Obiettivo 4. Volumi ed Esiti

Il DM 70/2015 indica la necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, che comporta necessariamente la riconversione di servizi e strutture, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere. Elementi determinanti in tal senso sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti.

Gran parte della letteratura anglossassone, ed oggi a livello nazionale il PNE, evidenziano come la concentrazione di alcune casistiche con particolare riferimento a quelle oncologiche, chirurgiche e internistiche (stroke) permetta di conseguire migliori risultati. L'esperienza per le reti H&S già consolidate nella nostra regione, riportata per l'area cardiologica in allegato "rete cardiologica", conferma tale visione.

Le soglie "minime" individuate rappresentano un indispensabile riferimento per i percorsi di concentrazione della casistica e per garantire volumi adeguati e in grado di portare ad un miglioramento dell'outcome.

A prescindere dalle valutazioni relative alle aree per le quali il DM 70/2015 individua soglie di attività e soglie di rischio di esito, si sottolinea, come già al capitolo 3.1, che le valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure derivanti dal Programma Nazionale Esiti debbano essere oggetto di specifici approfondimenti finalizzati ad individuare margini di miglioramento del livello di qualità delle cure, anche in un'ottica di ridefinizione della rete assistenziale, valorizzando il contributo di tutte le componenti professionali coinvolte, così come per le aree prese in considerazione dal DM 70/2015.

Di seguito si riportano gli indicatori relativi alle soglie di volume e di rischio di esito riportate dal DM 70/2015 e valide per le strutture pubbliche e private accreditate.

Soglie minime di volume di attività

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

Soglie di rischio di esito

Indicatore	Valori
------------	--------

1. Proporzione di colecistectomie laparoscopica con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni	Minimo 70%
2. Proporzione di interventi chirurgici entro 48 ore su persone con frattura di femore di età \geq 65 anni	Minimo 60%
3. Proporzioni di tagli cesari primari in Maternità di 1 livello o con parti $<$ 1000	15%
4. Proporzioni di tagli cesari primari in Maternità di 2 livello o con parti $>$ 1000	25%
5. Proporzione di angioplastica coronarica entro 90 minuti dall'accesso in pazienti con infarto STEMI in fase acuta	Minimo 60%
6. Intervento di by pass aortocoronarico isolato mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	Massimo 4%
7. Intervento di valvuloplastica o valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e delle protesi transapicali TAVI)	Massimo 4%

4.1 Trattamento chirurgico del Carcinoma della Mammella

L'accordo stato-regioni del 18 dicembre 2014 (Rep. Atti n. 185/CSR), definisce in 150 il numero minimo/anno di interventi primari per il trattamento del carcinoma della mammella; indicando inoltre che ogni chirurgo non può effettuare meno di 50 interventi/anno, fornendo indicazioni aggiuntive per la garanzia della corretta esecuzione delle prestazioni inserite nel percorso diagnostico-terapeutico. Con la DGR. N.800 del 1 luglio 2015 la Regione Emilia Romagna, di recepimento dell'accordo, viene inoltre sottolineata la necessità di realizzare uno specifico percorso assistenziale che privilegi la multidisciplinarietà.

In questi ultimi anni sono state effettuate riorganizzazioni tali da modificare in modo rilevante e positivo la struttura dell'offerta:

- Nel 2005 sono state eseguite 5.012 mastectomie. I 9 centri pubblici con volumi maggiori di 150 casi trattavano il 53% della casistica; nei 40 centri pubblici con meno di 150 casi veniva trattato il 34% dei casi, ed infine i 21 centri privati trattavano il 13%. In termini di volumi, tra i 40 centri pubblici che hanno effettuato meno di 150 interventi 8 avevano meno di 10 casi; nel privato solo 1 sui 21 raggiungeva la casistica di 150 interventi annui.
- Nel 2014 le mastectomie sono state 5.487. Nei 13 centri pubblici con più di 150 casi è stata trattata l'83% della casistica; i centri pubblici con meno di 150 casi si sono ridotti a 18 trattando solo il 10% della casistica. I 14 centri privati hanno trattato il 7 % dei casi. I presidi con casistiche particolarmente esigue (meno di 10 interventi/anno) sono 9 ospedali pubblici e i 2/3 dei centri privati, va aggiunto che nessuna delle strutture private accreditate ha raggiunto la soglia prevista dall'Accordo Stato-Regioni.

Il confronto mostra come la Regione Emilia-Romagna abbia già raggiunto un discreto livello di concentrazione della casistica; certamente è ancora necessario, a livello provinciale, intraprendere azioni volte a centralizzare ulteriormente l'attività chirurgica senologica.

A livello locale andrà da subito definito il percorso di adeguamento ai requisiti della breast-unit, laddove non già realizzata. Come esplicitato al capitolo 1 per la totalità della casistica andrà garantita la valutazione nell'ambito del breast multidisciplinary team: si ribadisce che tale modalità andrà garantita per tutta la chirurgia oncologica.

OBIETTIVO 2016

- Concentrare la casistiche di chirurgia mammaria prevedendo di eseguire 150 primi interventi su casi di tumore della mammella incidenti per struttura complessa;
- Garantire la clinical competence per i chirurghi con almeno 50 interventi/anno e definire il percorso di garanzia per le clinical competence di radiologi e anatomico patologi in conformità a quanto contenuto nella delibera regionale, nelle indicazioni nazionali e nelle indicazioni EUSOMA

4.2 Colectomie -

Per le colectomie laparoscopiche il DM 70/2015 definisce in 100 il numero minimo di interventi per Unità Operativa e nel 70% la proporzione di casi con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. Nel 2014 il totale di ricoveri per intervento di colectomia (laparotomica e laparoscopica) sono stati 9.572, di cui l'81,8% in laparoscopia. Relativamente agli interventi eseguiti nelle strutture pubbliche, il 77% è stato eseguito in unità operative con volumi superiori a 100. Per quanto attiene alla degenza media post operatoria uguale o inferiore a 3 giorni il valore regionale è 69,9%. I dati mostrano come in Regione Emilia-Romagna sia da completare il percorso volto a centralizzare ulteriormente l'attività chirurgica di colectomia laparoscopica a partire dalle situazioni che vedono, in un singolo stabilimento, diverse unità operative che eseguono l'intervento con volumi e performance differenziate.

La ridefinizione delle sedi operative volta a garantire il raggiungimento degli obiettivi va inserita nel lavoro più complessivo di individuazione di ospedali specializzati nell'eseguire interventi chirurgici e percorsi clinici standardizzati per patologie ad alta prevalenza e con elevate liste di attesa quali ad esempio le colecisti.

OBIETTIVO 2016

- concentrare le attività di colectomia laparoscopica in unità operative che garantiscano il volume dei 100 colecisti interventi anno
- garantire in tutti i centri lo standard del 70% di degenze post-operatorie inferiori ai 3 giorni

4.3 Fratture di Femore

Il DM 70/2015 fissa due soglie relativamente al trattamento delle fratture di femore. Una riguarda il volume minimo (75 interventi annui per struttura complessa) uno di rischio di esito (60% di interventi entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni).

A prescindere dagli aspetti relativi alle soglie, va sottolineato come tutte le Aziende della nostra regione abbiano attivato team multidisciplinari per l'assistenza al paziente anziano con frattura di femore, con l'obiettivo di garantire gli ulteriori elementi qualificanti del percorso, presa in carico riabilitativa precoce in primo luogo.

Relativamente all'indicatore di soglia di rischio di esito, la media della regione Emilia-Romagna, per l'anno 2014, è stata pari al 71.27%, dato che nell'ambito del progetto Bersaglio la pone comparativamente ad un livello di performance molto buona rispetto alle altre regioni. Solo due realtà, le Aziende Ospedaliere di Parma e Ferrara, presentavano nel 2014 un dato inferiore al 60%. Già per il 2015 la delibera di programmazione ha posto alle Aziende l'obiettivo di raggiungere un percentuale del 70% per tale indicatore, mantenendo o migliorando il livello raggiunto per le realtà che già superano tale livello.

Relativamente ai volumi, questi non sono stati raggiunti nel 2014 nelle unità operative di ortopedia dei seguenti ospedali: Castel San Giovanni, Borgo val di Taro, Montecchio, Scandiano, Castelnuovo né Monti, Pavullo e Vergato.

OBIETTIVO 2015

- Miglioramento della performance complessiva regionale per la percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore e garanzia di conseguimento di una percentuale almeno pari al 60% per tutte le unità operative di ortopedia

OBIETTIVO 2016

- Attuazione di un piano di ridefinizione della rete, che miri a garantire le soglie di volume tenuto conto delle caratteristiche specifiche di accessibilità dei singoli stabilimenti ospedalieri che trattano casistiche meno numerose di 75 interventi anno

4.4 Parti

Il Dm 70/2015 riprende, relativamente alle soglie di volumi di attività e alle soglie di rischio di esito, le previsioni dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane del 16 dicembre 2010 sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali del percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Tale accordo mira esclusivamente a garantire la migliore tutela della salute della donna e del bambino, indicando una serie di aree di intervento e prevedendo modalità organizzative che garantiscano la presa in carico e la qualità degli interventi al termine della gravidanza. In tale ottica viene previsto il superamento dei punti nascita con meno di 1000 parti, limitando la possibilità di punti nascita con numerosità inferiore, e comunque non al di sotto dei 500 parti/anno, a particolari condizioni di bisogno in aree geografiche con rilevanti difficoltà di attivazione del trasporto assistito materno. Il particolare rilievo assunto da tale Accordo in relazione alla finalità di meglio tutelare la salute della donna e del bambino ha fatto sì che venisse individuato quale adempimenti vincolante per le regioni e come tale collegato alla erogazione dell'1% del Fondo Sanitario.

A partire dalla approvazione dell'Accordo, la regione Emilia-Romagna ha ripreso, attraverso la Commissione consultiva tecnico scientifica sul percorso nascita che ha coinvolto diverse centinaia di professionisti, un approfondito lavoro di Audit perinatale, che aveva già realizzato nel 2007, con l'obiettivo di: censire le risorse esistenti nei singoli punti nascita, verificare i livelli di assistenza effettivamente erogati nonché lo stato di funzionamento dei rapporti tra Centri Hub e Spoke. Sono stati così individuati i criteri per una programmazione di area vasta dei servizi, con particolare riguardo ai livelli della rete e alle modalità di relazione tra i centri, definendo le performance attese. I risultati di tale lavoro, condivisi con i professionisti e con le direzioni aziendali, hanno rappresentato e rappresentano il riferimento metodologico per la ridefinizione della rete regionale dei punti nascita, in attuazione dell'Accordo 16 dicembre 2010. A partire dal 2014 sono stati infatti superati due punti nascita con meno di 500 parti, quello dell'ospedale di Porretta Terme (109 parti nel 2013), e quello dell'ospedale privato accreditato "Città di Parma" (369 parti nel 2013), ed un punto nascita con meno di 1000 parti, quello dell'ospedale di Fiorenzuola (637 parti nel 2013) ed entro fine 2015 l'ulteriore punto nascita privato esistente, Villa Regina di Bologna, interromperà l'attività.

Il percorso di adeguamento della rete dei punti nascita alle previsioni dell'Accordo 16 dicembre 2010 e del DM 70/2015 dovrà proseguire nel 2016. A tal fine la Commissione consultiva tecnico scientifica sul percorso nascita, istituita dalla L.R. 26/1998 e ridefinita nei propri compiti ed organizzazione dal Regolamento Regionale n. 2/2009 con la finalità di assistere la Giunta Regionale per le tematiche di competenza, realizzerà uno specifico approfondimento sugli ultimi 5 anni di attività delle rete dei punti nascita regionali tenendo conto dei contenuti dell'atto di indirizzo della Assemblea Legislativa regionale n.827, del 26 giugno 2015. Resta fermo il mantenimento, in tutte le sedi attuali di punto nascita, della

attività di assistenza fino al termine di gravidanza e nel puerperio e il completamento, su tutto l'ambito regionale, della rete del trasporto assistito materno e neonatale. Il risultato, ufficializzato dalla Commissione, di tale specifico approfondimento, determinerà le decisioni relativamente alla rete dei punti nascita regionali e all'adeguamento alle previsioni dei già citati Accordo 16 dicembre 2010 e DM 70/2015.

Parallelamente alla definizione della rete dei punti nascita andrà portata a conclusione in tutti i territori l'attivazione del trasporto assistito materno (STAM) e neonatale (STEN), già previsto con DGR 1603/2013. Lo STAM dovrà essere realizzato attraverso collegamenti regionali e di area vasta che connettano i centri HUB e i centri Spoke per garantire una adeguata assistenza alle gravide ed ai neonati ad alto rischio, ottimizzando l'impiego dei posti letto di terapia intensiva neonatale e di ostetricia. Lo STEN rappresenta la modalità di trasferimento di neonati che necessitano di cure intensive o sub intensive non prevedibili prima della nascita o comunque inattese, in modo che il neonato possa essere assistito in sedi adeguate al trattamento in emergenza.

Relativamente alle soglie di rischio di esito, che indicano nel 15% massimo il tasso di parti cesarei primari in maternità con meno di mille parti/anno, e in un massimo del 25% la percentuale di tagli cesarei primari in maternità con più di mille parti anno, la situazione complessiva regionale si presenta tendenzialmente in linea con tali soglie, con un dato medio regionale del 19.7% di tagli cesarei primari. Permangono livelli superiori in alcuni punti nascita, riportati in tabella 5.4.2, in alcuni casi con un livello di criticità particolarmente marcato. Tali dati costituiranno uno degli elementi dei quali la Commissione consultiva tecnico scientifica sul percorso nascita terrà conto nel lavoro di approfondimento successivo.

	2014	% cesarei in parti NTSV (primari)
	Numero parti	2014
FIDENZA	919	17,6
BORGO VAL DI TARO	166	35,3
GUASTALLA	846	17,7
CASTELNOVO NE' MONTI	151	32,2
MIRANDOLA	445	18,2
BENTIVOGLIO	647	19
IMOLA	955	25,3
OSPEDALE DEL DELTA	311	23,8
RAVENNA	1.451	25,9
LUGO	736	15,8
FAENZA	774	20
S.ORSOLA- MALPIGHI-BO	3.352	26,7
Totale regionale	36.194	19,7

Tabella 5.4.2

OBIETTIVO 2016

- Attuazione di un piano di ridefinizione della rete dei punti nascita, che miri a garantire le soglie di volume e di esito di rischio previste dal DM 70/2015 tenuto

conto degli andamenti nel tempo e delle risultanze degli specifici approfondimenti attuati in sede di Commissione Nascita regionale.

Rete cardiologica

In riferimento alla malattia cardiovascolare, il PSR 1999-01 e la DGR 1267/2002 prevedevano la riorganizzazione dei servizi secondo il modello di rete integrata articolata, in base al grado di complessità, in tre diversi livelli assistenziali, e la programmazione regionale dei servizi e prestazioni nell'ottica dell'autosufficienza provinciale. Dal 2003, l'avvio della rete per l'emergenza-urgenza cardiologica ad opera del Comitato tecnico-scientifico per l'assistenza cardiologica e cardiocirurgica - con il Progetto "PRIMA RER: Ridefinizione dei percorsi di tempestivo accesso ai servizi, diagnosi e cura per i pazienti con infarto miocardico acuto"- ha contribuito a realizzare in questi anni un sistema integrato di diagnosi precoce e cura territoriale basato sulla collaborazione di ospedali e servizi del 118, operanti in rete per garantire i migliori risultati, in termini di accesso alle procedure di rivascolarizzazione e di riduzione della mortalità. Gli obiettivi perseguiti allora miravano a migliorare l'assistenza al cardiopatico acuto **riducendone significativamente la mortalità attraverso la riduzione del "ritardo evitabile" e la promozione delle tecniche di rivascolarizzazione precoce come l'angioplastica primaria.**

Confronto attività IMA (STEMI+NTEMI) negli anni 2002 e 2014.

	2002	2014
N. episodi di IMA	7.538	7.585
Tasso ospedalizzazione X 100.000 ab	185,7	170,2
Angioplastica primaria	12.5%	66.9%
Angioplastica/STEMI	27.9%	73.8%
Angioplastica/IMA totali	25.8%	61.5%
%Ammessi/trasferiti in reparto cardiologico	82.6%	89.5%
Degenza media UTIC	3	2
Degenza mediana complessiva (intero ricovero)	9	6
Tasso grezzo mortalità a 30 gg	14.8%	9.1%

I risultati positivi raggiunti in questi anni si esprimono con il calo della mortalità di questa patologia (-38,5%, 2014 vs 2002), l'elevata percentuale di pazienti con STEMI che effettua angioplastica primaria (66.9% nel 2014), che viene trattata in Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) (89.5% nel 2014) e l'aumentata efficienza dell'uso delle risorse. Ad oggi, a fronte di una diffusa implementazione della rete per lo STEMI, sono necessarie ancora azioni di miglioramento per rendere omogenei e facilitare i percorsi assistenziali, in

particolare per l'attuazione ancora subottimale dei percorsi fast-track (118 - Laboratorio di emodinamica) e la riduzione del ritardato trasporto all'HUB dei pazienti con STEMI che si presentano nei PS SPOKE. In questo ambito si segnala che la percentuale di percorsi fast-track (diretta ai centri HUB) risulta nel 2014 pari 52,4% mentre il 18% dei pazienti con STEMI vengono portati dal 118 al PS Spoke.

Come conseguenza dell'organizzazione a rete del trattamento dell'infarto miocardico acuto ST-sopraslivellato (STEMI) si sono verificate importanti trasformazioni nel profilo di attività delle UTIC, nello specifico di quelle non sedi di emodinamica. Oggi la patologia ischemica acuta più complessa e urgente viene prevalentemente trattata nelle UTIC HUB (vedi tabella sottostante), mentre i centri SPOKE hanno progressivamente ampliato il tipo di casistica trattata in particolare scompenso cardiaco, stroke, BPCO riacutizzata. Tali tendenze vanno organizzativamente facilitate affinché le UTIC HUB siano in grado di erogare prestazioni anche molto complesse, mentre i centri SPOKE acquisiscano nuove capacità in termini di flessibilità nel rispondere non solo alla tradizionale funzione di nodo per il trattamento delle sindrome coronariche acute, ma anche all'incremento di pazienti con patologie cardiovascolari croniche riacutizzate (scompenso cardiaco) e polispecialistici che necessitano di cure in ambiente subintensivo. La ricollocazione organizzativa delle UTIC SPOKE deve avvenire alla luce delle esigenze delle singole aziende sanitarie, responsabili del loro eventuale inserimento nelle terapie intensive generali o della realizzazione di unità polispecialistiche a medio-alta intensità di cura.

Patologie ricoverate in UTIC Spoke ed Hub-Anno 2014.

Patologia principale. Valori percentuali 2014

		STEMI	SCA noSTE	Aritmie ventricolari	Embolia polmonare	Endocardite, miocardite, malattie pericardio	Shock cardiogeno, sindrome aortica acuta, complicanze intervento CC		Scompenso cardiaco	Stroke	Patologia polmonare acuta		Aritmie sopraventricolari, BAV, sincope/ collasso	CIC, ipertensione, valvulopatie, malattia vascolare	Dolore toracico	Altre
S P O K E	Castelnuovo Monti	6,8	21,6	2,6	3,7	2,1	1,6	21,6	.	4,7		20,5	11,6	1,1	2,1	
	Osp. Bentivoglio	15,1	36,2	3,6	6,6	1,0	1,0	10,7	1,2	1,4		11,7	8,0	0,8	2,8	
	Osp. Carpi	11,2	33,1	4,6	5,2	0,6	1,7	15,3	.	3,7		11,8	5,8	2,9	4,0	
	Osp. Cento	12,4	24,9	3,8	6,7	0,5	0,5	17,2	.	4,3		13,9	4,8	1,4	9,6	
	Osp. Cesena	15,5	30,7	5,9	0,8	1,9	2,0	10,5	0,7	3,7		11,7	3,2	3,4	10,0	
	Osp. Sassuolo	6,5	21,5	2,8	1,3	1,1	0,6	12,5	0,4	1,7		17,9	4,5	6,3	22,9	
	Osp. del Delta	14,2	29,8	2,2	4,9	2,8	2,8	8,6	.	7,7		14,8	1,5	2,8	8,0	
	Osp. Faenza	17,1	24,9	3,3	7,2	3,0	.	15,9	0,9	1,2		13,2	1,5	3,3	8,7	
	Osp. Fidenza	11,1	34,7	2,0	1,5	2,7	0,7	14,3	0,5	2,0		13,5	3,2	3,2	10,6	
	Osp. Guastalla	8,5	23,9	0,9	3,8	1,7	0,9	35,9	0,2	13,2		3,8	1,2	0,2	5,7	
	Osp. Imola	12,4	34,7	3,0	4,6	2,5	4,3	10,6	1,0	6,1		9,4	3,3	1,3	6,8	
	Osp. Lugo	24,6	20,2	3,7	5,7	2,7	1,7	14,1	.	6,1		13,1	2,4	1,0	4,7	
	Osp. Riccione	20,3	28,0	1,5	3,3	2,8	1,5	21,3	.	2,8		7,3	2,8	2,3	6,5	
	Totale	13,5	28,6	3,1	3,9	1,9	1,5	15,6	0,4	4,3		12,1	3,9	2,5	8,5	
H U B	AO RE	29,5	24,6	2,9	0,6	3,6	1,6	7,8	0,9	4,0		15,1	2,9	2,3	4,2	
	AOU FE	40,6	22,8	2,5	1,4	1,9	0,6	3,9	0,1	2,5		11,4	5,6	1,9	4,8	
	AOU PR	23,0	37,4	4,3	0,5	2,0	1,0	4,6	0,4	1,4		11,8	7,0	1,2	5,3	
	AOU MO	29,6	31,9	3,1	1,2	3,0	0,9	11,0	.	1,3		9,8	3,4	1,3	3,6	
	AOU BO	17,6	28,9	2,5	4,8	3,3	7,1	6,7	2,2	1,3		5,8	7,6	3,0	9,1	
	Osp. Baggiovara	43,1	18,0	3,8	0,6	3,0	2,4	6,3	0,2	3,2		6,9	4,9	0,8	6,9	
	Osp. Forlì	36,4	28,1	2,7	2,7	1,8	0,6	5,9	0,3	1,1		10,9	3,3	0,5	5,6	
	Osp. Maggiore BO	35,3	20,5	5,5	0,7	2,0	0,8	7,4	0,9	2,2		11,3	3,5	3,2	6,7	
	Osp. Piacenza	23,4	30,7	3,9	0,6	2,2	0,8	12,2	0,3	1,4		12,8	4,5	2,5	4,7	
	Osp. Ravenna	28,9	23,9	2,8	1,8	3,0	1,4	10,7	0,5	1,5		12,3	3,6	2,6	6,9	
	Osp. Rimini	28,1	27,2	2,3	2,7	2,9	2,5	10,6	0,3	1,8		8,1	4,4	2,4	6,6	
	Totale	29,2	27,3	3,3	1,7	2,6	2,0	7,8	0,7	2,0		10,6	4,8	2,1	6,0	
	Totale	23,9	27,7	3,3	2,4	2,4	1,8	10,5	0,6	2,8		11,1	4,5	2,2	6,8	

Oggi la rete cardiologica deve misurarsi non solo con i cambiamenti verificatisi in questi anni ma anche con la necessità di rendere la rete inclusiva rispetto a condizioni patologiche tempo-dipendenti finora considerate in modo limitato, come le sindromi coronariche acute non STsopraslivellato, le sindromi aortiche acute, l'arresto cardiaco extraospedaliero e l'insufficienza cardiaca acuta grave.

Da tempo la qualità delle cure cardiologiche sono state oggetto, da parte della Commissione Cardiologica e Cardiochirurgica, di sistematizzazione e valutazione mediante elaborazione di indicatori di appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici, di processo e di risultati ottenuti. L'elenco che segue rappresenta l'insieme degli indicatori da utilizzare come riferimento per le valutazioni delle *performance* delle strutture sanitarie

e la pianificazione di eventuali audit e azioni correttive (da “Le Reti per le emergenze e le urgenze cardiologiche”- dicembre 2013).

Indicatori di performance per la popolazione con STEMI e SCA NSTEMI

Indicatori di riferimento STEMI

1. Numero casi di STEMI e tasso di ospedalizzazione standardizzato per 100.000 abitanti
2. Modalità di accesso alle strutture sanitarie (mezzi propri, 118)
3. Pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in Emodinamica (*fast track*)
4. Pazienti con STEMI non trasferiti ad *hub*
5. Pazienti con STEMI trattati con angioplastica primaria rispetto al totale dei pazienti STEMI
6. Pazienti con STEMI inviati a un ospedale *spoke* dopo passaggio in *hub*
7. Pazienti con STEMI ammessi in reparto cardiologico
8. Durata della degenza (UTIC e reparto clinico)
9. Tempi di diagnosi e trattamento
 - tempo dolore - ECG diagnostico
 - tempo ECG diagnostico - emodinamica
 - tempo emodinamica - pallone
 - tempo dolore - pallone
10. Corretta stesura della lettera di dimissione
 - inquadramento clinico-prognostico con indicazioni su attività e qualità della vita
 - programmazione di controlli ambulatoriali ed eventuale riabilitazione
 - terapia farmacologica (antiaggreganti, betabloccanti, ace-inibitori e statine)
11. Prescrizione farmacologica alla dimissione (antiaggreganti, betabloccanti, ace-inibitori e statine)
12. *Follow up* pianificato alla dimissione
13. Mortalità intraospedaliera / a 30 giorni
14. Mortalità e altri eventi cardiovascolari a medio e lungo termine

Indicatori di riferimento SCA NSTEMI

1. Numero casi di SCA NSTEMI e tasso di ospedalizzazione standardizzato per 100.000 abitanti
2. Modalità di accesso alle strutture sanitarie (mezzi propri, 118)
3. Pazienti trattati con angioplastica entro 1/2/3 giorni rispetto al totale dei pazienti SCA NSTEMI
4. Pazienti con SCA NSTEMI ammessi in ospedale *spoke* e inviati ad *hub* (in *service* e non)
5. Pazienti con SCA NSTEMI inviati a un ospedale *spoke* dopo passaggio in *hub*
6. Pazienti con SCA NSTEMI ammessi in reparto cardiologico
7. Durata della degenza (UTIC e reparto clinico)
8. Tempi di diagnosi e trattamento
9. Corretta stesura della lettera di dimissione
 - inquadramento clinico-prognostico con indicazioni su attività e qualità della vita
 - programmazione di controlli ambulatoriali
 - terapia farmacologica (antiaggreganti, betabloccanti, ace-inibitori e statine)
10. Prescrizione farmacologica alla dimissione (antiaggreganti, betabloccanti, ace-inibitori e statine)
11. *Follow up* pianificato alla dimissione

12. Mortalità intraospedaliera / a 30 giorni

13. Mortalità e altri eventi cardiovascolari a medio e lungo termine

Stato dell'arte della regione Emilia-Romagna rispetto alle soglie di volume e di rischio di esito indicate in area cardiologico-cardiochirurgica dal DM 70/2015

Infarto miocardico acuto

Il DM 70/2015 fissa in 100 casi annui gli infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero ospedaliero la soglia di volume per ospedale.

La tabella seguente riporta il dato relativo all'anno 2014

Stabilimento del ricovero della diagnosi	N° episodi di IMA	Presenza U.O. Cardiologia
AOSPU OSPEDALI RIUNITI - PR	722	si
AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	611	si
AOSPU S.ORSOLA-MALPIGHI - BO	593	si
AOSP S.MARIA NUOVA - RE	589	si
OSPEDALE MAGGIORE	558	si
OSPEDALE RIMINI	516	si
AOSPU POLICLINICO - MO	509	si
OSPEDALE RAVENNA	505	si
OSPEDALE FORLI'	426	si
OSPEDALE PIACENZA	419	si
OSPEDALE CIVILE S.AGOSTINO - ESTENSE	385	si
OSPEDALE IMOLA	246	si
OSPEDALE CESENA	231	si
OSPEDALE RICCIONE	184	si
OSPEDALE BENTIVOGLIO	154	si
OSPEDALE LUGO	135	si
OSPEDALE FIDENZA	134	si
OSPEDALE CIVILE DI SASSUOLO S.P.A.	100	si
SOTTO I 100 CASI		
OSPEDALE GUASTALLA	90	si
OSPEDALE CARPI	87	si
OSPEDALE FAENZA	83	si
OSPEDALE MIRANDOLA	74	si
OSPEDALE DEL DELTA	63	si
OSPEDALE MONTECCHIO EMILIA	55	no
OSPEDALE FIORENZUOLA D'ARDA	49	no
OSP. PRIVATO VILLA MARIA CECILIA - RA	47	si
OSPEDALE SCANDIANO	45	no
OSPEDALE CENTO	45	si
OSPEDALE BELLARIA	43	si
OSPEDALE BORGO VAL DI TARO	42	no
OSPEDALE PAVULLO NEL FRIGNANO	33	no
OSPEDALE S. GIOVANNI IN PERSICETO	31	no
OSPEDALE PORRETTA TERME	29	no
OSPEDALE VIGNOLA	27	no
OSPEDALE CASTELNOVO NE' MONTI	33	si (AOSP RE)
OSPEDALE CASTEL SAN GIOVANNI	22	si
OSPEDALE CORREGGIO	18	no

OSPEDALE BUDRIO	15	no
OSPEDALE BAZZANO	14	no
OSPEDALE ARGENTA	14	no
OSPEDALE LOIANO	13	no
OSPEDALE BAGNO DI ROMAGNA	9	no
OSPEDALE SANTA SOFIA	7	no
OSPEDALE CATTOLICA	4	no
OSPEDALE CESENATICO	2	no
OSPEDALE BOBBIO	1	no
OSPEDALE VERGATO	1	no
OSPEDALE NOVAFELTRIA	1	no
IRCCS DI REGGIO EMILIA	1	no
RER	8015	-

Intervento di Bypass aorto-coronarico isolato

Lo standard ministeriale prevede un numero minimo di 200 interventi anno per Struttura complessa. La tabella seguente riporta il dato 2014

Cardiochirurgia	2014
SALUS HOSPITAL	68
HESPERIA HOSPITAL	222
VILLA TORRI	78
VILLA MARIA CECILIA	350
AOU PARMA	290
AOU BOLOGNA	213
RER	1221

Angioplastica coronarica percutanea

Il DM 70/2015 prevede che i Laboratori di emodinamica interventistica effettuino almeno 250 procedure annue di cui una quota, non inferiore al 30%, sia rappresentata da angioplastiche primarie erogate nello STEMI, che equivale a dire almeno 75 procedure di angioplastica primaria l'anno, indipendentemente dal numero assoluto di procedure effettuate presso ciascun centro, fatto salvo il valore soglia definito. Tale interpretazione trova conferma nei criteri standard definiti nel 2013 dalle principali società scientifiche nordamericane (volumi minimi di 36 procedure in centri con casistiche superiori ai 400 casi per anno) e nel documento regionale 'Le reti per le emergenze e urgenze cardiologica' (PG n.341760/2014) che auspica volumi minimi di attività annuale di 400 angioplastiche coronariche, di cui almeno 100 angioplastiche primarie effettuate nello STEMI. A livello nazionale, secondo fonti dati GISE (2013), la percentuale media di angioplastiche primarie effettuate nei Laboratori di emodinamica è pari al 22% della casistica totale, in linea con i dati regionali.

La tabella seguente riporta i dati 2014.

Stabilimento di erogazione	Interven ti PTCA	Interventi PTCA PRIMARIA su STEMI

	N°	N°	%
OSPEDALE "GUGLIELMO DA SALICETO" PIACENZA	731	158	21,61
AOSPU OSPEDALI RIUNITI - PR	884	209	23,64
AOSP S.MARIA NUOVA - RE	845	262	31,01
OSPEDALE CIVILE S.AGOSTINO - ESTENSE	930	196 (*)	21,08
AOSPU POLICLINICO - MO	633	164 (*)	25,91
OSPEDALE MAGGIORE	991	268 (*)	27,04
AOSPU S.ORSOLA-MALPIGHI - BO	851	151 (*)	17,74
AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	1186	278	23,44
OSPEDALE RAVENNA	1097	242	22,06
OSPEDALE CESENA	403	27	6,7
OSPEDALE FORLI'	597	200 (*)	33,5
OSPEDALE RIMINI	844	270 (*)	31,99
OSP. PRIVATO SALUS HOSPITAL - RE	66		0
OSP. PRIVATO HESPERIA HOSPITAL - MO	361		0
OSP. PRIVATO VILLA TORRI - BO	211		0
OSP. PRIVATO VILLA MARIA CECILIA - RA	737	38	5,16
TOTALE	11,367	2,463	21,67

Fonte: Report ASSR

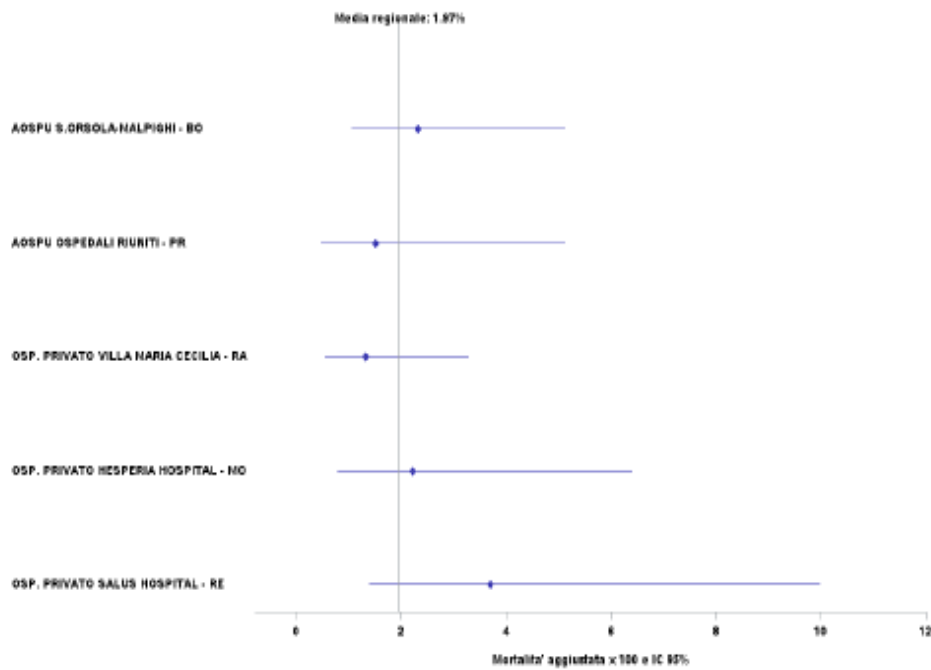
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (escluse le TAVI) - mortalità a 30 giorni aggiustata per gravità (standard massimo 4%)

La mortalità a 30 giorni aggiustata consente di confrontare gli esiti a breve termine di ciascun centro di cardiocirurgia con la media regionale, tenendo conto del case-mix. La mortalità media regionale è del 1,97%. Nella tabella sono riportate mortalità osservata, mortalità aggiustata in base al case-mix regionale, rischio relativo aggiustato di ciascun centro rispetto alla media regionale e corrispondente significatività statistica. **Nessun centro si discosta significativamente dallo standard ministeriale massimo del 4%.**

Anno 2015

Centri di cardiocirurgia	N. Interventi	Tasso Grezzo (%)	Tasso aggiustato (%)	RR aggiustato	p-value
SALUS HOSPITAL	152	2.63	3.7	1.87	0.216
HESPERIA HOSPITAL	214	1.87	2.22	1.13	0.8247
VILLA TORRI	54	0			
VILLA MARIA CECILIA	402	2.24	1.32	0.67	0.3897
AOU PARMA	170	1.76	1.52	0.77	0.6753
AOU BOLOGNA	376	1.86	2.32	1.17	0.6905
TOTALE RER	1368	1.97			

Forest plot (Anno 2015)



Proporzione di angioplastica coronarica entro 90 minuti dall'accesso in pazienti con infarto STEMI in fase acuta

Attualmente l'indicatore non è calcolabile: potrà essere calcolato con l'operatività del nuovo tracciato revisionato del flusso della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) od alternativamente con l'operatività del flusso informativo regionale DB clinico REAL (circolare n.14/2014).

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI E PER L'INTEGRAZIONE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2015/2189

data 25/11/2015

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

omissis

L'assessore Segretario: Mezzetti Massimo

Il Responsabile del Servizio

Affari della Presidenza