



Documento per la riorganizzazione della rete ospedaliera

ai fini del conseguimento degli obiettivi previsti dal

“patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio”

Bozza non corretta

- Il documento di seguito illustrato è prodotto da Lazio Sanità in ordine ai seguenti Atti della Giunta Regionale:
 - “Il patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio” di cui alla deliberazione del 30 giugno 2006
 - “Attuazione patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio – programma di riduzione/riconversione dei posti letto per acuti e rimodulazione diaria giornaliera R.S.A” di cui alla deliberazione 575 del 5 settembre 2006

- Il patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio, ha posto tra i suoi obiettivi (misura 1, obiettivo 1.1) la **riorganizzazione della rete ospedaliera**.
- Il vincolo indicato nel Patto, discendente dalle disposizioni del Governo Nazionale, è il raggiungimento del rapporto di **4,5 posti letto per mille abitanti** (3,5 p.l. per acuti e 1 p.l. per riabilitazione o lungodegenza) e un **tasso di ospedalizzazione di 180 ricoveri annui per mille abitanti**.

- La successiva delibera “Attuazione Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio – programma di riduzione/riconversione dei posti letto per acuti e rimodulazione diaria giornaliera R.S.A” del settembre 2006 **definisce quantitativamente e modula temporalmente** l’intervento sui posti letto
- La delibera definisce la **riduzione di 5147 posti letto** ospedalieri, di cui 4614 di acuzie e 533 di riabilitazione, da effettuare **nell’arco di 3 anni** (200 entro il 2006, 1500 entro il 2007, 1500.entro il 2008, 1947 entro il 2009).

Scopo del documento



- Lo scopo del documento è pertanto quello di fornire uno **strumento operativo**, tecnicamente definito e scientificamente orientato, per una riorganizzazione della rete ospedaliera **compatibile con i vincoli posti**.
- Essendo il documento orientato al **recupero di efficienza ed appropriatezza** del sistema, la riduzione dei posti letto in esso definita **non prefigura in alcun modo una riduzione dei servizi**, ma una loro razionalizzazione e modernizzazione.

- Il documento si sviluppa su **quattro direttrici** principali:

1) STIMA DEL FABBISOGNO

2) POSSIBILI INTERVENTI SUI POSTI LETTO

3) RICLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI

4) ATTIVAZIONE RETI DI SPECIALITA'

1) **STIMA DEL FABBISOGNO**

stima del fabbisogno di posti letto per acuti effettuata sulla base dei dati di attività di ricovero nella Regione, tenendo conto del fenomeno di mobilità interregionale passiva, e dell'appropriatezza organizzativa.

2) POSSIBILI INTERVENTI SUI POSTI LETTO

identificazione di un ventaglio di possibili interventi per ridurre complessivamente i posti letto e riqualificare l'assistenza quali:

- la riconversione di ospedali di piccole dimensioni e quindi di bassi volumi di attività;
- il ridimensionamento dei reparti con bassa performance organizzativa;
- il trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime ospedaliero;
- l'introduzione delle osservazioni brevi intensive in Pronto Soccorso.

3) RICLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI

riorganizzazione della rete ospedaliera attraverso la classificazione degli ospedali in quattro diverse tipologie relative al **profilo di offerta**:

- ospedale per la casistica di **media e/o alta complessità**
- ospedale **specialistico**
- presidio ospedaliero **intermedio**
- presidio territoriale di **prossimità**

4) ATTIVAZIONE RETI DI SPECIALITA'

definizione ed attivazione di reti di specialità secondo il modello basato su **centri di riferimento** e **strutture satellite** al fine di incrementare efficienza, qualità e sicurezza dell'assistenza.

-
- 1) **STIMA DEL FABBISOGNO**
 - 2) **POSSIBILI INTERVENTI SUI POSTI LETTO**
 - 3) **RICLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI**
 - 4) **ATTIVAZIONE RETI DI SPECIALITA'**

a) Popolazione

- La stima del fabbisogno dei posti letto viene effettuata sulla base della **popolazione ISTAT 2005**.
- Va ricordato che sussiste un contenzioso con il Governo relativo alla **sottostima** della popolazione residente. Tale sottostima, secondo le risultanti delle Anagrafi, sarebbe pari a circa il **4%**.
- La regione Lazio ha altresì chiesto al governo una quota di p.l. aggiuntiva per la presenza a Roma di 5 policlinici universitari e di importanti strutture complesse a valenza nazionale

b) Suddivisione per specialità

La stima del fabbisogno dei posti letto per acuti viene effettuata sulla base dell'attuale organizzazione e suddivisione **per specialità** della offerta ospedaliera, ed è effettuata a partire dai **tassi osservati di dimissione** per ASL di residenza con **inclusione della mobilità passiva**.

Un successivo passo, con nuovi, coerenti e già predisposti sistemi di calcolo e distribuzione del fabbisogno, dovrà muovere verso l'organizzazione dell'ospedale più incentrata sul **livello di bisogno assistenziale** del paziente che sulla ripartizione in discipline specialistiche

c) Appropriatezza organizzativa

Il tasso complessivo di dimissione per specialità viene ripartito tra regime ordinario e di day hospital per mezzo di un indicatore che tiene conto dell'**appropriatezza organizzativa**. L'indicatore dunque non valuta l'adeguatezza o la necessità della prestazione erogata, ma orienta a che tale prestazione sia effettuata in un **livello organizzativo** (ricovero ordinario, day-hospital o ambulatorio) **coerente con la sua complessità**.

Tale approccio è mutuato dalla **metodologia APPRO**, nata in ASP e già utilizzata nel Lazio a supporto di numerosi atti, nonché in ambito nazionale per la determinazione della tariffa unica per la compensazione della mobilità interregionale (TUC).

La metodologia di calcolo del fabbisogno è fondata sullo sviluppo di un algoritmo complesso, schematizzabile nei seguenti steps:

1) calcolo dei tassi di ricovero

Per ciascuna specialità di dimissione (ad eccezione di alcune con caratteristiche peculiari per le quali viene effettuato un calcolo ad hoc) viene analizzata la distribuzione dei tassi dei ricoveri per acuti, per ASL di residenza, standardizzati per età, utilizzando tre fasce di età (0-14, 15-64, >64) e come popolazione di riferimento quella regionale.

2) individuazione dei valori di riferimento

Vengono individuati, per ciascuna specialità di dimissione, i tassi standardizzati corrispondenti al terzo valore più basso della distribuzione dei tassi per ASL. Su tali valori saranno calcolati i tassi ottimali da raggiungere in ciascuna ASL.

E' evidente che tale riferimento (il terzo migliore nella "graduatoria" dei tassi per ASL) è assunto sulla base dell'obiettivo finale da raggiungere in termini di riduzione dei posti letto. L'assunzione di un riferimento particolarmente "probo" comporta naturalmente un più impegnativo sforzo di cambiamento nell'intero sistema.

3) calcolo delle dimissioni attese

Per ciascuna specialità vengono successivamente calcolati i **tassi di ospedalizzazione ottimali**, per fascia d'età e per regime di ricovero.

Per ciascuno dei tassi per specialità, per due regimi di ricovero e tre fasce d'età, verranno **calcolate le dimissioni attese per ASL** (tasso età specifico x popolazione residente).

4) calcolo del fabbisogno di posti letto

Dal numero di dimissioni ordinarie attese si risalirà al fabbisogno di posti letto, utilizzando la **degenza media** dei dimessi per specialità (DM) osservata nel 2005 e un **tasso di occupazione (TO) pari al 90%**, secondo le formule seguenti

Ordinari

$$\begin{aligned} \text{Dimissioni} \times \text{DM} &= \text{DT} \\ \text{DT} / 365 &= \text{PL con TO 100\%} \\ \text{PL} / 0.90 &= \text{PL con TO 90\%} \end{aligned}$$

Day hospital

$$\begin{aligned} \text{Dimissioni} \times (\text{acc} \times 0.75) &= \text{DT} \\ \text{DT} / 500 &= \text{PL con TO 100\%} \\ \text{PL} / 0.90 &= \text{PL con TO 90\%} \end{aligned}$$

Stima del fabbisogno – tabella per ASL



ASL	Posti letto attesi (stimati con il metodo al terzo migliore)			Saldo Attesi – Osservati)	
	Attesi Ordinari	Attesi DH	Attesi Totale	Variaz. %	Posti letto
RM_A	1.126	189	1.315	-64,1	-2.351
RM_B	1.423	251	1.674	30,1	387
RM_C	1.242	210	1.452	-10,5	-170
RM_D	1.177	205	1.382	-33,9	-710
RM_E	1.164	199	1.363	-72,1	-3.532
RM_F	602	108	710	80,7	-317
RM_G	960	171	1.131	47,3	363
RM_H	1.055	190	1.245	-18,9	-291
VT	723	123	846	1,2	10
RI	380	64	444	-3,8	-17
LT	1.145	204	1.349	-17,1	-278
FR	1.139	197	1.336	1,1	15
Totale complessivo	12.136	2.113	14.248	-30,5	-6.256

Stima del fabbisogno – tabella per specialità



Specialità (esempi)	Posti letto attesi (stimati con il metodo al 3° migliore)			Saldo Attesi – Osservati	
	Attesi Ordinari	Attesi DH	Attesi Totale	Variaz. %	Posti letto
09 CHIRURGIA GENERALE	2.248	241	2.489	-31,4	-1.141
19 MALAT. ENDOC. DEL RIC. E DELLA NUTR.	16	58	75	-75,0	-224
21 GERIATRIA	160	19	179	-49,4	-174
24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	313	54	367	-31,4	-168
26 MEDICINA GENERALE	3.344	240	3.583	-12,6	-518
32 NEUROLOGIA	246	46	292	-44,0	-230
34 OCULISTICA	74	250	324	-48,0	-299
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.557	138	1.695	-24,4	-546
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	929	134	1.063	-38,5	-665
38 OTORINOLARINGOIATRIA	326	51	377	-42,1	-274
39 PEDIATRIA	328	54	382	-39,2	-246
43 UROLOGIA	453	59	511	-30,7	-227
52 DERMATOLOGIA	60	67	127	-64,9	-235
64 ONCOLOGIA	179	377	556	-23,2	-168
68 PNEUMOLOGIA	253	46	299	-36,8	-174

-
- 1) **STIMA DEL FABBISOGNO**
 - 2) **POSSIBILI INTERVENTI SUI POSTI LETTO**
 - 3) **RICLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI**
 - 4) **ATTIVAZIONE RETI DI SPECIALITA'**

Interventi sui posti letto



- Nel documento sono proposti possibili interventi per la riduzione e razionalizzazione dei posti letto nella rete ospedaliera. I possibili ambiti di intervento sono riferibili alle seguenti azioni:
 - riconversione ospedali di piccole dimensioni
 - ridimensionamento di reparti con bassa performance
 - trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in DH
 - introduzione dell'osservazione breve intensiva
 - soppressione reparti di piccole dimensioni
 - disattivazione di posti letto di riabilitazione

Interventi sui posti letto – riconversione piccoli ospedali



- L'intervento proposto prevede la riconversione di una quota di ospedali di piccole dimensioni (meno di 100 posti letto ordinari per acuti) e quindi con bassi volumi di attività, in RSA, presidi territoriali di prossimità od hospice.
- Nella Regione Lazio sono attualmente attivi 52 poli ospedalieri con meno di 100 posti letto ordinari per acuti, di cui 16 (31%) presidi di ASL, 2 (4%) IRCCS, 1 (2%) ospedale classificato e 33 (63%) case di cura accreditate.

Interventi sui posti letto – riconversione piccoli ospedali



- I 52 istituti dispongono di 3181 posti letto per acuti, 2746 ordinari e 433 day hospital, di cui 1059 (34%) in presidi di ASL, 119 (4%) in IRCCS, 118 (4%) in Ospedali classificati e 1883 (59%) in case di cura accreditate.
- L'ASL in cui sono concentrati gli ospedali con meno di 100 posti letto acuti ordinari è l'ASL RME (9 istituti, 592 posti letto), seguita dalla ASL RMC (7 istituti, 451 posti letto), dalla ASL RMH (6 istituti, 345 posti letto) e dalla ASL RMA (6 istituti, 493 posti letto).

Interventi sui posti letto – riconversione piccoli ospedali



- Un primo ambito nel quale appare possibile razionalizzare l'offerta è rappresentato dalle strutture a prevalente attività riabilitativa o di lungodegenza medica, in cui l'attività per acuti appare residuale e limitata ad un numero estremamente esiguo di posti letto presso ogni struttura.
- Considerate alcune eccezione adeguatamente motivate, la riconversione in tale ambito può riguardare 110 posti letto.

Interventi sui posti letto – riconversione piccoli ospedali



Per le restanti strutture di piccole dimensioni con prevalente attività per acuti, le condizioni potenzialmente ostative alla loro completa riconversione sono:

- essere monospecialistiche
- essere sede di pronto soccorso nell'ambito della rete dell'emergenza
- essere punti nascita di livello II o superiore oppure punti nascita di I livello ma con una percentuale di parti cesarei inferiore alla media regionale (TC 42.7% - anno 2005)
- far parte delle reti delle pneumologie e delle cardiocirurgie
- avere reparti di specialità non presenti in altre strutture della ASL
- essere ubicate in ASL con un difetto complessivo di posti letto e con un'attività significativamente rivolta ai residenti della stessa ASL (>50%),

- Le strutture per le quali non si riconosce **nessuna delle condizioni ostative** descritte, e per le quali sono possibili ipotesi di riconversione, dispongono complessivamente di **1231 posti letto**.
- La condizione ostativa di ubicazione in ASL con carenza di posti letto è stata graduata sulla base di uno score orientato alla performance, definendosi così la possibile riconversione di altre strutture, per complessivi ulteriori **202 posti letto**.

- Nel documento viene elaborata una metodologia per il calcolo di un **indice sintetico di performance** specifico per istituto di ricovero e specialità.
- Tale indice è basato sullo **scarto tra la dotazione effettiva di posti letto e il numero atteso**.
- Il **valore atteso** è calcolato in base a criteri di **appropriatezza organizzativa, degenza media e tasso di occupazione**.

Interventi sui posti letto – reparti con bassa performance



- Nel documento viene elaborata una metodologia per il calcolo di un **indice sintetico di performance** specifico per istituto di ricovero e specialità.
- Tale indice è basato sullo **scarto tra la dotazione effettiva di posti letto e il numero di posti letto attesi**.
- Il valore atteso è calcolato in base a criteri di **appropriatezza organizzativa, degenza media e tasso di occupazione**.

Interventi sui posti letto – reparti con bassa performance



- La metodologia è stata sviluppata allo scopo di **integrare la stima del fabbisogno di posti letto per ASL e specialità di dimissione con una valutazione delle performance** dei singoli istituti che permette di evidenziare situazioni di **sottoutilizzo delle risorse attualmente in dotazione**.
- L'integrazione delle due informazioni consente di identificare, da un lato il numero complessivo di posti letto da riconvertire nelle **aree risultate in eccesso** di dotazione sulla base della stima del fabbisogno; dall'altro, nelle aree in carenza di risorse, il **margin**e di **recupero ottenibile** attraverso un miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza.

Interventi sui posti letto – reparti con bassa performance



- L'applicazione di tale metodologia rappresenta l'elemento decisivo e qualificante del piano di riconversione.
- Tale metodo consente infatti di proporre riduzioni esclusivamente orientate al recupero di efficienza ed appropriatezza.
- I “tagli” infatti sono individuati dall'algoritmo utilizzato solo nelle quote di inefficienza e sottoutilizzo delle risorse del sistema e non toccano, anzi specificamente escludono, la quota efficiente ed appropriata della rete di offerta.
- Sulla base di tale calcolo risultano disattivabili ulteriori 2808 posti letto.

Interventi sui posti letto – tabella riassuntiva riconversione reparti con bassa performance



Codice	Specialità di ricovero	Posti letto disattivabili
08	CARDIOLOGIA	11
09	CHIRURGIA GENERALE	557
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	31
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	32
12	CHIRURGIA PLASTICA	66
13	CHIRURGIA TORACICA	18
14	CHIRURGIA VASCOLARE	27
18	EMATOLOGIA	25
19	MALAT. ENDOC. DEL RIC. E DELLA NUTR.	149
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	88
32	NEUROLOGIA	65
35	ODONTOSTOMATOLOGIA	11
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	426
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	519
38	OTORINOLARINGOIATRIA	160
39	PEDIATRIA	191
43	UROLOGIA	71
52	DERMATOLOGIA	124
58	GASTROENTEROLOGIA	52
64	ONCOLOGIA	82
66	ONCOEMATOLOGIA	7
68	PNEUMOLOGIA	83
78	UROLOGIA PEDIATRICA	4
	Totale	2808

- Il trasferimento di assistenza sanitaria che attualmente viene erogata in ricovero ospedaliero al regime ambulatoriale permette di ottenere risultati in termini di minor tasso di ospedalizzazione e di un minor bisogno di posti letto.
- Già con la DGR 143/06 sono state programmate precise misure in tal senso. In particolare, sono stati implementati gli Aggregati di Prestazioni Ambulatoriali (APA) 13.41 (cataratta) e 04.43 (tunnel carpale), al fine di trasferire al regime ambulatoriale i ricoveri ospedalieri attribuiti al DRG 6 ed al DRG 39.

- La puntuale verifica di applicazione di tali misure consentirà il **trasferimento al regime ambulatoriale** nel corso del 2006 di circa 55.000 ricoveri, di cui 7.000 relativi agli interventi di tunnel carpale e 48.000 agli interventi di facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta.
- Ciò ha permesso di di programmare, con la stessa delibera 143/06, la disattivazione, nel corso del 2006, di **226 posti letto** (51 ordinari e 175 di DH).

- Proseguendo nella linea tracciata dalla DGR 143/06, appare opportuno individuare ulteriori settori di attività, prevalentemente chirurgica, che è possibile trasferire al regime ambulatoriale, sia come APA che come prestazioni semplici e specificamente:
 - interventi sulla cute (codici ICD-9-CM 86.3 ed 86.4);
 - circoncisione terapeutica (codice ICD-9-CM 64.0);
 - mini-stripping delle vene (codice ICD-9-CM 38.59);
 - litotripsia per patologie muscolo-scheletriche (codice ICD-9-CM 98.59);
- I posti letto potenzialmente riconvertibili così calcolati ammontano complessivamente a ulteriori 206 (36 ordinari e a 170 di day hospital).

Interventi sui posti letto – osservazione breve intensiva



- Molti ricoveri ospedalieri si risolvono con 0-1 giorno di degenza e con la dimissione del paziente o il suo trasferimento ad altro ospedale.
- Appare ragionevole ipotizzare che, in molti di questi casi, si traduca in ricoveri ospedalieri un'attività che in realtà è di osservazione di pazienti instabili per i quali non è stata ancora definita la necessità di ricovero ospedaliero ma che non sono ancora dimettibili dal PS.
- Ciò sembra essere motivato dall'esigenza di “liberare” il PS e dall'assenza di modalità alternative al ricovero ospedaliero nelle aree dell'emergenza.

- In alcune regioni italiane, tale problema è stato risolto introducendo un nuovo ambito assistenziale riferito all'attività ambulatoriale, che è stato denominato osservazione continuativa di paziente instabile oppure osservazione breve intensiva.
- Questa innovazione organizzativa si è dimostrata utile ai fini di rendere più sicuro ed efficace il lavoro del PS, nel garantire una maggiore appropriatezza dell'ammissione dei pazienti all'ospedale e nel contribuire all'ottimale utilizzo delle risorse economiche.

- ~~Su questa base, sembra utile e possibile l'introduzione anche nella regione Lazio dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI), come modalità assistenziale diversa dal ricovero da effettuarsi presso i reparti di B.O.~~
- Sulla base dei dati dell'anno 2005, è possibile stimare che circa 10.000 ricoveri ordinari brevi effettuati dai soli reparti di B.O. ogni anno sarebbero evitabili e ciò renderebbe possibile la riduzione complessiva dei posti letto delle B.O. di circa 27 unità.
- Una successiva applicazione di tale modalità, anche al di fuori dei reparti oggi definiti come B.O., porterebbe peraltro ad recupero di posti letto e tasso di ospedalizzazione di larghissime proporzioni.

- Un ulteriore possibile intervento, nel perseguimento dell'obiettivo di riduzione dei posti letto, è relativo alla chiusura dei reparti con un numero di posti letto pari o inferiore a 2 (preesistenti o conseguenti alla proposta di tagli) in virtù del basso volume di attività.
- I reparti selezionati, escludendo alcune discipline e condizioni che ne consigliano il mantenimento, ammontano complessivamente a 70 posti letto.

Interventi sui posti letto – posti letto di riabilitazione

- All'interno del **percorso riabilitativo**, i reparti post-acuzie rappresentano un'area di particolare importanza per una presa in carico precoce di soggetti colpiti da evento traumatico e/o affetti da patologia acuta o riacutizzati di recente e che sono **suscettibili di un recupero funzionale** totale o parziale.
- È **difficile produrre una stima affidabile** del bisogno di riabilitazione post-acuzie, in quanto i sistemi informativi correnti mancano di informazioni accurate che associno l'evento acuto con il grado di disabilità conseguente.

Interventi sui posti letto – posti letto di riabilitazione

- E' in atto la preparazione, così come previsto dal piano di rientro, del documento “Linee guida concernenti i criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione post-acuzie con particolare riferimento all'attività di day-hospital”.
- Risulta pertanto utile posporre al 31 dicembre 2007 la riduzione dei posti letto di riabilitazione, che riporti a 1 dall'1,09 attuale il rapporto tra posti letto e popolazione residente, con il recupero di 533 posti letto.

Interventi sui posti letto – tabelle riepilogative riepilogo per tipologia di intervento proposto

	Riconversione ospedali per acuti di piccole dimensioni	ospedali a prevalente attività riabilitativa	Applicazioni e DGR 143/06*	APA nuova introduzione*	Introduzione OBI*	Soppressione di reparti di 1-2 posti letto*	Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa*	Totale
RMA	406		37	9	3	5	619	1079
RMB			16	8	13	6	61	104
RMC	371		5	1		8	265	650
RMD		7	22	4	1	12	270	316
RME	310	30	48	34	5	12	809	1248
RMF			1	2	1		40	44
RMG	54		5	1	1	5	96	162
RMH	84	41	8	6	1	2	182	324
VT	46	20	9		1		70	146
RI	22		9	1		6	23	61
LT	60	12	15	5	1	6	232	331
FR	80		15	5		8	141	249
Totale	1433	110	190	76	27	70	2808	4714

-
- 1) STIMA DEL FABBISOGNO
 - 2) POSSIBILI INTERVENTI SUI POSTI LETTO
 - 3) RICLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI
 - 4) ATTIVAZIONE RETI DI SPECIALITA'

- ~~A fianco alle classificazioni già in essere (amministrativa, ruolo nell'emergenza etc.) si introduce una classificazione basata sulla tipologia quali-quantitativa dell'offerta.~~
- Su tale base sono individuati:
 - ospedale per la casistica di **media e/o alta complessità**
 - ospedale **specialistico**
 - presidio ospedaliero **intermedio**
 - presidio territoriale di **prossimità**



- ~~Nell'ambito della classificazione è inserito un nuovo contenitore assistenziale definito presidio territoriale di prossimità.~~
- Tale struttura rappresenta un modello innovativo, finalizzato a **riqualificare ed ampliare** il livello dell'offerta non strettamente ospedaliera resa ai cittadini **in prossimità delle loro residenze**, sia nell'area metropolitana che in provincia.
- Il modello peraltro costituisce (assieme all'hospice ed alla RSA) un **naturale e qualificante approdo per al riconversione** dei piccoli ospedali.

- IL PTP è il luogo privilegiato per l'erogazione di quelle cure che:
 - da un lato, non trovano possibilità di erogazione in una struttura territoriale, in quanto necessitano di **elevati livelli di integrazione** tra funzioni e presenza di ambienti “protetti”.
 - ma che, d'altro canto, se erogate attraverso strutture ospedaliere di maggiori dimensioni, determinano **l'abbassamento della complessità del case-mix** e quindi della redditività della struttura, e che configurano, in alcuni casi, un vero e proprio **uso inappropriato o addirittura opportunistico** dello strumento del ricovero.



- Con il termine PTP si intende, una struttura sanitaria territoriale con poche decine di posti letto (per lo più da 10 a 30), sotto la responsabilità istituzionale del Distretto ma che vede la partecipazione di figure diverse (MMG, medici dipendenti, specialisti ambulatoriali, medici della continuità assistenziale)
- Il PTP offre assistenza residenziale temporanea di natura medico-infermieristica, con prevalenza della componente assistenziale infermieristica - a persone dimesse da strutture ospedaliere per acuti per il completamento delle cure, oppure a persone affette da situazioni cliniche non trattabili a domicilio, ma che non richiedono il ricorso a strutture ospedaliere per acuzie e post-acuzie.



- Le aree da destinare a tali strutture sono rappresentate sia da piccoli presidi ospedalieri riconvertiti, che da aree “territorializzate” all’interno di presidi ospedalieri per acuti di maggiori dimensioni.
- La tariffazione delle attività svolte dal PTP sarà differenziata sulla base della tipologia (primo intervento, ambulatoriale, diagnostica, residenziale) di prestazioni erogate. Il riferimento per le prestazioni residenziali non sarà in ogni caso la remunerazione per DRG.

- Le dotazioni standard di un Presidio Territoriale di Prossimità sono:
 - reparto di degenza a gestione infermieristica ed assistenza medica prestata da medici ospedalieri, MMG e medici della continuità assistenziale. (H24)
 - punto di primo soccorso con assistenza prestata dai medici ospedalieri e/o medici della continuità assistenziale. (H24)
 - poliambulatorio multispecialistico, con assistenza prestata dai medici ospedalieri e/o medici specialisti ambulatoriali.(H12)
 - direzione sanitaria
 - radiologia e laboratorio di base
 - farmacia
 - collegamenti telemedicina con centri di livello superiore

- Sulla base delle particolari esigenze del territorio, della vocazione e della dotazione tecnologica delle strutture riconvertite in PTP, alle dotazioni standard possono aggiungersi altre attività quali:
 - Day-Hospital multispecialistico con pool infermieristico dedicato e medici ospedalieri con rotazione delle varie specialità (H12);
 - Day-Surgery multispecialistico (H12);
 - Reparto di degenza per cure progressive (H24),
 - Punto nascita per gravidanze non a rischio (H24) con pool infermieristico di reparto e di sala operatoria dedicati e medici ostetrico ginecologi e pediatri/neonatologi ospedalieri a rotazione.

-
- 1) STIMA DEL FABBISOGNO**
 - 2) POSSIBILI INTERVENTI SUI POSTI LETTO**
 - 3) RICLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI**
 - 4) ATTIVAZIONE RETI DI SPECIALITA'**

-
- **PRINCIPI ISPIRATORI**
 - **ANALISI PROPEDEUTICA**
 - **INDIVIDUAZIONI RUOLI NELLE RETI HUB&SPOKE**
 - **RETE DELL'EMERGENZA**
 - **ALTRE RETI ASSISTENZIALI**

Principi ispiratori delle reti

- Nell'ambito dell'attività ospedaliera si possono distinguere attività assistenziali di bassa/media complessità/intensità, che sono proprie degli ospedali di "prossimità" ed attività più complesse di rilievo regionale o interregionale che riguardano gruppi di patologie ad alta specialità.
- L'erogazione delle cure relative a queste ultime viene garantita attraverso la strutturazione di reti ospedaliere integrate, che promuovano maggiore equità e minore dispendio di risorse, limitando i fenomeni competitivi fra le singole unità produttive ed esaltandone l'integrazione e la cooperazione, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito.

Principi ispiratori delle reti

I modelli di reti realizzate e/o in vie di realizzazione nella Regione Lazio sono relative a:

- sindrome coronaria cronica
- ictus cerebrale acuto
- trauma grave
- patologie neurotraumatologiche
- attività di cardiocirurgia

Alle reti relative a patologie di alta complessità vengono aggiunte altre reti, per attività che - pure a se a minore complessità - si avvantaggiano di un **alto livello di integrazione**, vale a dire:

- emergenza
- pediatria
- pneumologia
- gravidanza e parto
- oncologia

Principi ispiratori delle reti – *modello hub & spoke*

- Le reti di specialità sono disegnate secondo il modello Hub & Spoke; tale modello esprime un'idea dinamica (prima che strutturale) dell'assistenza, collegata ai gradi di complessità: quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità produttive periferiche a unità centrali di riferimento.
- Il modello disegna l'organizzazione dei Servizi afferenti alla medesima linea di produzione, concentrando gli interventi ad alta complessità in centri di eccellenza (Hub) e distribuendo i terminali di accesso in centri sottoordinati (Spoke), cui compete principalmente la selezione e l'invio di pazienti.

Principi ispiratori delle reti – *modello hub & spoke*

- Il riassetto organizzativo che si realizza destruttura in parte l'organizzazione precedente, sovraordinando, nell'ambito del processo produttivo specifico, i legami funzionali della rete a quelli interni ai singoli presidi ospedalieri.
- Tale meccanismo investe anche le funzioni amministrative attivate nel percorso di cura, e in particolare il Controllo di Gestione.
- Per l'obiettivo sanitario individuato sarà proponibile una gestione e una programmazione ad hoc per budget predefiniti in cui la correlazione è tra costi ed efficacia e non tra costi ed efficienza

Principi ispiratori delle reti – *modello hub & spoke*

Tale modello:

- può essere convenientemente adottato per servizi caratterizzati da volumi di attività predeterminati e di elevata complessità tecnologica;
- concepisce la rete in termini dinamici, la cui architettura può essere modificata sulla base dell'evoluzione, ovvero dell'obsolescenza, delle tecnologie, delle conoscenze e competenze professionali e gestionali.

Reti e livelli di articolazione interna

	RETE Emergenza	RETI DI ALTA SPECIALITA'				Altre Reti				
		Cardio chirurgica	SCA	Ictus cerebrale acuto	Trauma Grave	Neurotraumi	Pediatria	Parti	Pneumo	Onco
LIVELLI	DEAII	Si	Hub	UTN II	CTS	CTS	III	III	III	
	DEA I	Ped	SpII	UTN I	CTZ	CTZ	II	II	II	
	PS Spec	No	SpI	TNV	PST	PST	Ic	I	I	
						Centro di Riabilitazione e specialistico	Ib Ia			

-
- **PRINCIPI ISPIRATORI**
 - **ANALISI PROPEDEUTICA**
 - **INDIVIDUAZIONI RUOLI NELLE RETI HUB&SPOKE**
 - **RETE DELL'EMERGENZA**
 - **ALTRE RETI ASSISTENZIALI**

-
- mappatura dei reparti specialistici e descrizione dei rispettivi ospedali per tipologia amministrativa e complessità dell'emergenza
 - censimento dei posti letto per reparto e ospedale
 - mappatura della distribuzione territoriale delle strutture

- **analisi dell'attività ospedaliera** per raggruppamenti di diagnosi/procedure, regime di ricovero, residenza dei pazienti (mobilità attiva), ospedale etc. e percorsi in emergenza
- **indicatori di attività dei reparti specialistici**: indici di occupazione, di rotazione, degenza media, indice di "appropriatezza d'uso", indice di attività specialistica "in appoggio" presso reparti non specialistici, indice sintetico di efficienza

-
- sviluppo di modelli per il *risk adjustment*
 - confronto tra mortalità osservata e mortalità attesa per reparto/ospedale
 - analisi delle differenze di esito tra le strutture ospedaliere

- **analisi della fuga**
 - descrizione dei casi specialistici trattati fuori regione (mobilità passiva)
 - indice di fuga e indice sintetico di mobilità per ASL
 - analisi delle direttrici di fuga (matrici origine-destinazione)
- stima dei ricoveri attesi sulla base del fabbisogno stimato
- dotazione ottimale di posti letto
- discrepanza tra dotazione effettiva di risorse e dotazione ottimale