



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

bozza

Linee d'indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera

•
AZIENDA USL ROMAGNA

SOLO LE PERSONE CURANO LE PERSONE

luglio 2016

Direzione Generale AUSL Romagna

SOLO LE PERSONE CURANO LE PERSONE

Premessa

La dimensione organizzativa di una azienda sanitaria è, a ragione, un importante strumento per affrontare le grandi attese di cambiamento che da tempo attraversano la sanità italiana, ma non ne rappresenta l'elemento determinante. Lo sono anche la pianificazione strategica, il ciclo di programmazione delle attività, la gestione delle risorse economiche, l'orientamento al cittadino e altro.

In attesa di dare una risposta più esaustiva con il futuro Piano Attuativo Locale (PAL), strumento programmatico che sarà definito dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Ausl Romagna, questo documento vuole rappresentare la prima cornice della programmazione ospedaliera nell'AUSL della Romagna nella prospettiva di contribuire ad accrescere la funzionalità delle strutture sanitarie dei nostri territori e a migliorarne l'utilizzo, secondo gli indirizzi espressi dai documenti di riferimento:

- Legge 135/2012 (Spending review);*
- Patto per la Salute 2014/2016 (10 luglio 2014);*
- DM 70 /2015 (Balduzzi) (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera);*

Documenti che hanno trovato applicazione nella Regione Emilia-Romagna con il DGR 2040/2015 (Linee d'indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera).

Il documento qui espresso si richiama ad alcuni concetti generali che vanno esplicitati:

Da tempo la questione economico-finanziaria mette a dura prova il principio chiave di un sistema sanitario universale e solidaristico che dall'introduzione dei livelli essenziali d'assistenza (LEA) nel 2001, ha intrapreso un percorso di "bilanciamento" tra il diritto alla salute con un altrettanto importante obbligo costituzionale come quello del vincolo economico d'interesse generale pertanto non è solo il livello delle prestazioni a definire il fabbisogno finanziario del Sistema, ma è anche la capacità di spesa che definisce l'offerta del Servizio. Nel dualismo che si viene a creare, l'AUSL Romagna si pone l'obiettivo di orientare la propria organizzazione ed i comportamenti conseguenti verso il polo della cura. Pertanto la strutturazione che qui si propone tenta di rispondere "fin dove possibile", alla necessità di salvaguardare il miglior equilibrio possibile tra le ragioni della prossimità e quelle della complessità. La normativa attuale va in tale direzione ed è stata il nostro riferimento essenziale, tuttavia possiamo immaginare che tra le maglie delle reti

possa scaturire una spinta in grado d'innescare futuri cambiamenti che alcuni ritengono indispensabili visto lo stato della Medicina attuale.

Vanno proposte soluzioni generative che si pongano anche come possibili forme per uno sviluppo ulteriore, quando i tempi saranno più maturi sia in senso normativo-legislativo che come sviluppo tecnologico. Non possiamo appiattirci nella logica consumistica di fornire il modo migliore per soddisfare quanto viene indotto da richieste di salute che poco hanno a che fare con la vera "domanda" che resta talvolta inespressa. I cambiamenti epidemiologici, e l'evoluzione tecnologica spingono verso una sanità che dovrà rispondere sempre più alla formula "meno reparto, più ambulatorio", mentre l'immaginario dell'identità professionale è ancora tutt'altro. Oggi codifichiamo le strutture intermedie con parametri di tipo prestazionale ma dobbiamo favorire la crescita di esperienze capaci di coniugare altri aspetti della cura che si sostengono con il coinvolgimento dei famigliari o di terzi prossimi.

Per la stragrande maggioranza delle persone le cure intermedie restano oggetti sconosciuti, ambigui e pertanto distanti. Riteniamo che definire nominalmente le cose possa contribuire almeno ad avviare un percorso di cambiamento procedendo per gradi progressivi di complessità. Abbiamo cercato di descrivere solo alcuni dei nodi e delle relazioni che li vincolano reciprocamente, rinunciando all'ambizione di un'impossibile esaustività.

I dipartimenti delle cure primarie (DCP) vengono ad assumere un ruolo centrale di perno su cui ruotano le varie tipologie d'intervento e punto di riferimento costante per la popolazione di ogni territorio. La scelta d'inserire organicamente nei DCP alcune unità operative ospedaliere è la premessa per un avvicinamento reale tra ospedale e territorio che vive solo attraverso un continuo lavoro comune di confronto e assistenza. Questa relazione può ulteriormente ampliarsi divenendo la sede naturale per un'assistenza di prossimità che in futuro può prevedere anche una relazione diretta e formalizzata tra il MMG e lo specialista ospedaliero. Si approfondisce per il DCP la funzione di soggetto competente che al momento della dimissione ospedaliera attiva attraverso una regia clinico-operativa, tutte le risorse disponibili per un'assistenza adeguata e di prossimità, rispettando al massimo possibile le esigenze di personalizzazione e i tempi organizzativi. L'assetto potrebbe permettere in futuro anche il percorso inverso.

Solo le persone curano le persone. Ogni modalità organizzativa, per quanto lungimirante, non è di per sé garanzia di una buona assistenza. Abbiamo il dovere di garantire che le soluzioni organizzative proposte permettano quanto detto prima, garantendo agli operatori sanitari, che sono gli attori di ogni momento della cura, di poter espletare la propria funzione in serenità e fiducia. Produrre servizi socio-sanitari significa tutelare diritti: siamo convinti di questa affermazione e di tutto quanto ne consegue, pertanto gli operatori sanitari costituiscono il valore aggiunto nel riconoscere e garantire i diritti dell'altro. Questa apparente banalità è invece fondamentale anche se ci rende fragili e facilmente esposti alle critiche. Il modo di organizzare l'istituzione sanitaria rischia di essere un esercizio narcisistico se non mediato dall'umiltà di riconoscere nei professionisti l'unica garanzia del risultato. Nei precedenti documenti aziendali (Atto e Assetto) nella logica del policentrismo abbiamo definito le reti strutturali, di supporto e clinico-professionali e, con l'istituzione di dipartimenti verticali, transmurali ed orizzontali, abbiamo cercato di salvaguardarne storia, competenze e flessibilità operativa. Ora, consapevoli della centralità dello sviluppo delle competenze e delle vocazioni specialistiche, descriviamo una mo-

dalità operativa con cui possono dispiegarsi ed integrarsi in un comune obiettivo.

In questo documento si affrontano i temi citati nella DGR 2040, considerati “obiettivi prioritari” della riorganizzazione tenendo conto 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 di assistenza dei pazienti è già stato in larga parte definito e ci consegna un quadro coerente con gli obiettivi di qualificazione delle attività, sufficientemente articolato ed integrato. In questo contesto si colloca la richiesta avanzata dalla Regione per il riconoscimento dell’ospedale di Novafeltria come presidio ospedaliero in zona particolarmente disagiata, previsto dal comma 9.2.2 del DM 70. La struttura infatti, con le funzioni attualmente già presenti, corrisponde agli standard qualitativi, quantitativi e strutturali previsti dal comma sopracitato.

Altro elemento riguardante gli ospedali, concerne la riflessione sulla costruzione del nuovo Bufalini di Cesena. Il ragionamento trae origine dalle evidenti criticità strutturali che ne limitano l’accessibilità e la completa fruizione. Per queste sue caratteristiche logistiche il Bufalini dovrebbe essere riadattato anche per corrispondere ai progressivi livelli di garanzia di sicurezza che si verranno a determinare nei prossimi anni. Alla luce di una prima analisi sembra più conveniente avviare una nuova progettazione unitaria piuttosto che procedere per continui riadattamenti dell’esistente. Il nuovo ospedale si collocherebbe, come lo stesso nodo della rete strutturale dell’AUSL Romagna.

Anche per quanto riguarda la ripuntualizzazione delle discipline Hub & Spoke, in termini di definizione dei bacini, UOC, degli assetti di rete e le relazioni tra loro, sarà come da DGR 2040, di competenza regionale. “Questo evidentemente non significa che la definizione ed aggiornamento del quadro programmatico 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” (DGR 2014/2015).

Pertanto gli “obiettivi prioritari” da affrontare sono:

- Riconurre la dotazione dei posti letto pubblici e privati all’obiettivo indicato dal DM 70/2015;*
- Completare la definizione dei bacini di utenza e concentrazione delle Unità Operative Complesse (UOC);*
- Attuare una riorganizzazione che tenga conto dei volumi ed esiti per le principali patologie.*

L’AUSL della Romagna intende inserire tali “obiettivi Prioritari” all’interno del proprio contesto di riferimento, ricercando una visione unitaria che li giustifichi e li valorizzi, indicando contemporaneamente una via di sviluppo a garanzia di tutti i cittadini che possano accedere alle prestazioni necessarie ai loro bisogni assistenziali in condizioni di equità.

Il primo elemento di contesto su cui concentrare l'attenzione è di garantire rapidità e sicurezza nelle situazioni di emergenza-urgenza.

Obiettivo prioritario della Ausl della Romagna sarà la piena applicazione delle Linee di indirizzo Regionali contenute nel documento d'imminente emissione per la gestione del "Sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso" della Regione Emilia-Romagna.

In linea con quanto previsto dal punto 9.1 del Decreto Balduzzi relativamente alla rete emergenza-urgenza la tabella sottostante mostra le sedi di Pronto Soccorso e di Punto di Primo Intervento in Romagna.

TABELLA RIASSUNTIVA SEDI DI PS E PUNTI DI PRIMO INTERVENTO			
Ambito	Sede	Pronto soccorso (PS)	Punto Primo Intervento Ospedaliero
Ravenna	Ravenna		
	Faenza		
	Lugo		
	Cervia		
Forlì-Cesena	Forlì		
	Santa Sofia		
	Cesena		
	Cesenatico		
	S. Piero in Bagno		
Rimini	Rimini		
	Santarcangelo		
	Riccione		
	Cattolica		
	Novafeltria		

Bellaria e Mercato Saraceno sono da considerarsi Punti di Primo Intervento Territoriale gestiti da medici di continuità assistenziale (MCA) rispettivamente H12-16 per Bellaria e H24 per Mercato Saraceno.

Savignano sul Rubicone e Forlimpopoli, sono "Ambulatori di Osservazione e Terapia", gestiti H12 da medici di medicina generale (MMG) e MCA con accesso diretto per situazioni di minore criticità e bassa complessità

Nelle more dell'uscita del documento regionale e per avviare azioni di contrasto agli accessi impropri, l'azienda sta

procedendo al consolidamento e attivazione presso tutti i Pronto Soccorso (PS) e Punti di Primo Intervento (PPI) di percorsi "Fast Trak" (percorsi predefiniti per ottimizzare le risorse e ridurre i tempi di attesa in alcuni ambiti specialistici omogenei e specifici per consulenza e presa in carico diretta dei pazienti; (ORL, pediatria, oculistica, ortopedia, ostetricia, ecc).

Obiettivo importante sarà garantire il rispetto dei tempi d'attesa in accettazione per la visita medica in Pronto Soccorso.

RIASSETTO DELLA TIPOLOGIA E DELLA DISTRIBUZIONE DEI MEZZI DI SOCCORSO NELLE AREE DI CONFINE TRA GLI AMBITI DI FORLÌ-CESENA, RIMINI, RAVENNA.

	Zona Monte		Zona Mare		
	<i>Santarcangelo</i>	<i>Savignano</i>	<i>Bellaria</i>	<i>Cesenatico</i>	<i>Cervia</i>
Automedica	1 H 24			1 H 24	
Ambulanza	1 H 24	1 H 24	1 H 24	1 H 24	1 H 24

Questa soluzione per l'ambito di Forlì-Cesena comporterebbe, nella postazione di Cesenatico, un'auto-medica H24 per tutto l'anno, rispetto all'attuale organizzazione che la prevede solo nei mesi estivi, e la presenza di una autoambulanza con infermiere e autista soccorritore H24 nella postazione di Savignano sul Rubicone, con la possibilità di intervento dell'auto-medica a partenza da Cesenatico o Santarcangelo.

Per l'ambito di Rimini si prevede presso la postazione di Santarcangelo la presenza di un'Auto-medica H 24 tutto l'anno, attualmente non presente, e una autoambulanza con infermiere ed autista soccorritore H24 per tutto l'anno con la possibilità di intervento dell'auto-medica a partenza da Cesenatico o Santarcangelo.

Area Terapia Intensiva

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individua, per la disciplina di Terapia Intensiva, una Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso tra ogni 0,3/0,15 milione di abitanti, pertanto si prevede:

AREA TERAPIA INTENSIVA		
UO Complesse	UO Semplici	Note
Ravenna	Lugo (°)	
	Faenza (°)	
Forlì		
Cesena		a indirizzo neuroranimazione
Rimini	Riccione (°)	

(°) strutture progressivamente orientate a piattaforme di assistenza semi-intensiva con programmazione specifica verso lo sviluppo di un indirizzo multidisciplinare con l'obiettivo di tendere ad una integrazione clinico procedurale con le UU.OO. di UTIC e Medicina d'Urgenza dei propri presidi.



Il secondo elemento di contesto è il tema trasversale di come giungere ad una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili.

Occorre procedere tenendo conto di tutti gli elementi che compongono ogni quadro clinico assistenziale e che possiamo ricondurre a:

- posti letto (PL);
- unità operative complesse (UOC) e semplici (UOS) e loro attività;
- popolazione di riferimento;
- volumi di attività;
- verifica esiti;
- meccanismi operativi;
- disponibilità di tecnologie biomediche avanzate;
- progetti d'innovazione e sviluppo;
- grado di mobilità dei professionisti;

Esistono indicatori e standard di riferimento che permettono una ricomposizione basata su elementi di razionalità che vanno convalidati dall'esperienza professionale e dall'analisi diversificata dei bisogni di una popolazione

differenziata geograficamente, demograficamente e con livelli diversi di penetranza del rapporto tra ospedale e territorio.

In relazione all'obiettivo prioritario di condurre la dotazione dei posti letto (PL) pubblici e privati ai parametri indicati dal DM 70/2015 di 3,7 PL per 1.000 abitanti, comprensivi dello 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie tenuto conto del saldo di mobilità, è indispensabile agire su diversi livelli tra cui: la riorganizzazione del numero di posti letto, la trasformazione di attività Day Hospital (DH) e Day Surgery (DS) in regime ambulatoriale, il rafforzamento di modelli innovativi clinico assistenziali e la definizione delle modalità di concentrazione delle attività complesse per migliorare progressivamente la qualità dei servizi e liberare risorse per una pianificazione ottimale delle attività più routinarie, al fine di abbattere ulteriormente i tempi di attesa per i cittadini.

La dotazione complessiva dei PL nell'azienda Romagna al 31/12/2015, pubblici e privati accreditati, risulta pari a 4.330. L'obiettivo al 31/12/2016 è di avere una dotazione complessiva di 4.224 P.L.

Pertanto si ravvede la necessità di ridurre complessivamente 106 PL nell'ambito pubblico tenuto conto che:

“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 mono-specialistiche in applicazione del punto 2.5 dell'allegato al DM 70/2015.” (DGR 2040/2015).

Pertanto, considerato che la riduzione complessiva finalizzata al raggiungimento degli standard del DM 70/2015 è di 106 PL, si opera attraverso la revisione dei P.L. attuali analizzando l'indice medio di occupazione dei P.L. relativamente all'anno 2015. Si fa presente che il D.M. 70/15 indica quale tasso di occupazione ottimale il valore di 90%.

Sono state prese in considerazione esclusivamente le Unità Operative che nel 2015 hanno registrato un tasso di occupazione medio dei posti letto inferiore all'85% e si è provveduto a ridefinire la dotazione del numero dei P.L. prospettando un livello di occupazione posti letto pari all'90%.

Il puro calcolo rispetto da livello di occupazione posti letto del 90% avrebbe portato ad una ipotetica riduzione di 257 PL.

È necessario riconsiderare questa prima analisi prendendo in considerazione una serie di fattori fondamentali per la rilevazione effettiva del bisogno adeguato dei PL quali:

- il numero dei ricoveri potenzialmente inappropriati e degenza media;
- il mantenimento dell'offerta produttiva e la risposta di ciascuna Unità Operativa ai bisogni di salute dei cittadini

romagnoli;

- i previsti aumenti di attività in alcuni presidi e UU.OO. derivanti dalle nomine di nuove figure apicali e dall'impulso che il processo di acquisizione di nuovo personale imprimerà ai meccanismi produttivi;
- la garanzia di dare adeguate risposte in relazione alla recettività, alla qualità e sicurezza delle cure, e alla disponibilità di PL nei presidi sede di HUB specialistici e nelle UU.OO. con specifiche vocazioni cliniche;
- la necessità di sostenere i processi di concentrazione di casistiche particolari mantenendo in equilibrio le dotazioni nei vari ambiti territoriali;

Sulla base delle considerazioni sopra espresse la riduzione prevista dei PL Ordinari si attesta a **107 PL** complessivi.

L'evoluzione della pratica assistenziale e la reattività dell'organizzazione hanno evidenziato negli ultimi anni la possibilità della presa in carico dei pazienti in regime ambulatoriale della casistica che veniva eseguita in un giorno regime di DH o ricoveri di un giorno.

Tale riconversione è emersa dall'ultima analisi del progetto bersaglio dove l'Azienda Romagna, nell'anno 2014, si posiziona con una percentuale del 34,28% rispetto alla media della RER del 31,67% sulla base dell'indicatore di appropriatezza organizzativa "Percentuale di ricoveri per acuti in regime di DH medico con finalità diagnostica"; la media del Network nazionale è 25,52%, il risultato atteso è giungere a livelli inferiori al 10%.

Una ulteriore importante componente dell'attività di DH è determinata dalla casistica oncologica. Recentemente la Delibera di Giunta Regionale n.463/2016 *“Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei DH oncologici”* indica specifiche indicazioni operative finalizzate alla riconversione in regime ambulatoriale degli attuali ricoveri in DH

Tale attività può essere riconvertita sulla base della continuità delle metodologie organizzativo-assistenziali con l'intento di mantenere gli attuali standard qualitativi al fine di garantire i bisogni della popolazione.

Il passaggio di tali attività effettuate in regime di DH verso un regime di Day Service Ambulatoriale (DSA) comporterà una riduzione dei PL che non determina una parallela ri-

duzione del personale sanitario assegnato, in quanto l'attività ambulatoriale risulta nei fatti la stessa in termini di presa in carico del paziente. Sulla base delle tipologie simili di assistenza si propone la riduzione di alcuni PL di DH che effettuano prevalentemente attività diagnostica e/o terapeutica relativamente a somministrazioni di terapie infusionali.

La restante dotazione di PL in regime di DH per singola UO garantisce l'attività a più alto contenuto assistenziale eseguibile in regime di ricovero diurno.

Sulla base dei criteri adottati partendo da un totale aziendale di 192 PL di DH/DS si prevede la riduzione di **73 PL** complessivi.

Si giunge così ad una possibile riduzione complessiva di 180 PL (107 PL ordinari più 73 PL da riconversione DH-DS) che, a fronte di un obiettivo fissato a 106 PL, permette una redistribuzione più ottimale della quota in positivo di 74 PL

Tale redistribuzione è stata programmata in favore di alcune unità operative (UO) prendendo in considerazione vari elementi tra cui:

- evidente disparità nella dotazione di PL tra UO con caratteristiche omogenee;
- un tasso di occupazione PL superiore al 100%, specie per le UO internistiche che mostrano carenze croniche di disponibilità di PL liberi ed effettuano frequentemente ricoveri fuori reparto;
- sono inserite in progetti aziendali di sviluppo clinico-organizzativo.

Sulla base di tali criteri, al fine di compensare squilibri storicamente presenti nei vari ambiti, si sono individuate le seguenti azioni:

RIDISTRIBUZIONE DI PL PRESSO LE STRUTTURE OSPEDALIERE SECONDO LINEE DI SVILUPPO CLINICO-ORGANIZZATIVO	
Ospedale Forlì	<p>L'ambito territoriale di Forlì attualmente si attesta al di sotto del requisito chiesto di 3,7 posti letto per mille abitanti. È tuttavia necessario colmare in parte la carenza di posti letto internistici incrementando 8 PL in Medicina Interna + 2 PL in gastroenterologia + 12 PL internistici polifunzionali.</p> <p>In previsione dello sviluppo della vocazione chirurgica oncologica si programma un incremento di ulteriori 10 PL di area chirurgica per sostenere le attività specialistiche individuate.</p>
Ospedale Cesena	<p>Le esigenze di adeguamento che emergono dal confronto con gli altri territori dell'AUSL Romagna stante la difformità nella distribuzione dell'offerta tra pubblico e privato per l'area medicina-lungodegenza, la necessità di centralizzazione per le funzioni di neuroscienze (neurochirurgia, neurologia, area intensiva e semi-intensiva) e della disciplina di chirurgia maxillo-facciale e Centro Grandi Ustionati (CGU) collocata esclusivamente presso l'ospedale di Cesena, portano a considerare un necessario riequilibrio nel numero di posti letto per disciplina.</p> <p>Preso atto che le UO di Medicina Generale e Geriatria, hanno un tasso di occupazione superiore alla media regionale, e che l'offerta non è sufficiente a dare risposte in urgenza, tanto da rendersi necessario un forte contributo per ricoveri internistici da parte delle strutture private accreditate del territorio, si ipotizza un incremento di 10 PL di Medicina Interna.</p> <p>Le UU.OO di Neurochirurgia e Maxillo-facciale hanno un tasso di occupazione superiore alla media regionale quindi si prevede un incremento di 6 PL.</p>
Ospedale Ravenna	<p>In considerazione del ruolo HUB di cardiologia interventistica avanzata di questo presidio ospedaliero e dell'insistenza della concentrazione di attività cardio-chirurgica in questo territorio, allo scopo di garantire la disponibilità per gli accessi in emergenza/urgenza e il rapido trattamento delle patologie cardiovascolari gravi è necessario adeguare il numero dei posti letto di cardiologia (con letti monitorati) passando dagli attuali 20 a 24 PL.</p> <p>Si prevede anche la realizzazione di un'area con 4 posti letto monitorati, collocata nel medesimo blocco verticale della Medicina Interna. L'obiettivo è di migliorare la gestione di pazienti clinicamente instabili o ad elevato rischio di instabilità, senza indicazione al ricovero in Unità di Terapia Intensiva ma con necessità di un'assistenza superiore a quella fornita in una degenza ordinaria e per evitare i ricoveri impropri in degenze ad alta intensità di cure e ricoveri di pazienti instabili o a rischio di instabilità in strutture di degenza a bassa intensità di cura.</p>
Ospedale Rimini	<p>Per quanto riguarda l'ospedale di Rimini il settore che necessita di maggior sviluppo è quello dell'area pediatrica. Questo in coerenza con lo sviluppo delle vocazioni prevalenti dei diversi ospedali della rete, che vedono quello di Rimini rivestire, per numeri e competenze, un ruolo di Hub nel settore materno infantile.</p> <p>A questo fine sono tuttora in corso i lavori per la realizzazione nel nuovo DEA dei due piani destinati ad ospitare le degenze pediatriche e l'area ostetrica.</p> <p>Questo consentirà, per quanto riguarda la pediatria, di aumentare di 2 PL la degenza ordinaria e 2 PL per il settore onco-ematologico pediatrico, mentre per la chirurgia pediatrica, per far fronte alle crescenti necessità di ricovero di pazienti provenienti da altri territori della Romagna si è previsto un aumento di 4 PL.</p> <p>Si prevede l'attivazione di 8 PL di Neurologia con vocazione malattie neurodegenerative</p>

DOTAZIONE DEI POSTI LETTO (PL) SECONDO I PARAMETRI INDICATI DAL DM 70/2015									
	N. abit.	PL attuali	TO PL %	Riduzione PL Ordinari	riduzione DH/DS	Tot. Riduzione	Assegnazione PL aggiuntivi	PL post riordino	T.O PL%
Ravenna	393.154	1618	4,12	-73	-28	101	8	1525	3,87
Forlì	187.496	640	3,41	0	-4	4	32	668	3,56
Cesena	209.200	808	3,86	-18	0	18	16	806	3,85
Rimini	336.189	1264	3,76	-16	-41	57	16	1223	3,63
Romagna	1.126.039	4330	3,78	-107	-73	180	72	4222	3,74

Nel processo complessivo di riduzione e di contestuale redistribuzione dei PL secondo nuove aggregazioni, occorre tenere necessariamente conto dell'esigenza di procedere ad accorpamenti delle aree di degenza secondo il concetto delle piattaforme logistiche e del principio assistenziale dell'intensità/complessità di cura.

Altro elemento preso in considerazione è dato dall'offerta dei PL territoriali (Centro Residenza Anziani-CRA, PL residenziali temporanei, Hospice, Ospedale di Comunità) che nei diversi ambiti territoriali dovrà prevedere una coerente programmazione in relazione all'impatto che questi hanno nella gestione di percorsi di pazienti tra ospedale e territorio.

Un ulteriore elemento relativo al tema trasversale di come giungere ad una maggiore efficienza complessiva sta in una riorganizzazione della composizione delle UOC basata sui volumi e sull'analisi degli esiti per principali patologie. Occorre tenere conto anche della possibile mobilità dei professionisti ove praticabile per tecnologie e competenze complessive delle equipe presenti.

Le seguenti proposte originano dalle consolidate evidenze scientifiche che, all'aumentare dei volumi, le complicanze per i pazienti si riducono e dalla convinzione che i professionisti possono sviluppare competenze evolute appartenendo anche a strutture trasversali uniche purché affrontino insieme la complessità clinica coordinando le singole professionalità.

Uno dei valori aggiunti dell'unificazione delle quattro ex-aziende è che l'AUSL della Romagna ha ora caratteristiche tali, per numerosità della casistica (volumi), per tipologia e variabilità della complessità clinica, da consentire di far esprimere ad alti livelli, le competenze professionali di tutti gli operatori.

La sfida dei prossimi anni è sviluppare tale potenzialità aumentando il coordinamento tra professionisti e la capacità di confronto e controllo professionale reciproco.

Nel documento abbiamo raggruppato idealmente alcune **aree d'attenzione ai bisogni della popolazione** ricercando elementi d'unificazione e di sviluppo sulla base dei principi di riferimento sopra descritti.

Area assistenza alla donna e al bambino

Assistenza appropriata alla Nascita nell'Azienda Sanitaria della Romagna

Negli anni recenti il quadro epidemiologico è caratterizzato dalla continua contrazione delle nascite ed il fenomeno è particolarmente sentito nella nostra regione: dal 2009 al 2015 i nati nelle strutture della regione (residenti o meno), sono passati da 42.426 a 35.228 con una percentuale di decremento che ha raggiunto il 17%. Una stima ottenuta dall'analisi dei dati dei primi 5 mesi del 2016 prevede per l'anno in corso un ulteriore decremento pari a circa il 2,5% (ulteriori 1000 parti in meno).

TIPOLOGIA DEI PUNTI NASCITA AUSL ROMAGNA		
<i>Punti nascita</i>	<i>Tipologia</i>	<i>Totale parti</i>
Ravenna	Hub con TIN che assiste neonati di peso superiore a 1000 gr ma che non può contare sul trattamento neonatale in ipotermia	1.449
Lugo	Spoke tra 500 e 1000 parti	621
Faenza	Spoke tra 500 e 1000 parti	708
Forlì	Spoke superiore a 1000 parti	1.125
Cesena	Hub con TIN che assiste neonati di qualsiasi peso, che pratica trattamenti in ipotermia ma privo di Chirurgia Pediatrica	1.938
Rimini	Hub con TIN che assiste neonati di qualsiasi peso che pratica trattamenti in ipotermia che può contare su una Chirurgia Pediatrica con tutte le specialità necessarie per affrontare le emergenze materne o neonatali (escluse le gravi cardiopatie e le gravi patologie neurologiche fetali)	2.970
<i>Totale parti</i>		8.811

Gli accordi della Conferenza Stato-Regioni del 2010 prevedono la soppressione dei Punti Nascita (PN) che assistono meno di 1000 parti/anno, considerando non derogabile questa indicazione.

La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e comunque non al di sotto di 500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni (particolari condizioni di bisogno in aree geografiche con rilevanti difficoltà di attivazione del trasporto assistito materno).

Nella DGR 2040/2015 è dato mandato alla Commissione nascita regionale di contribuire alla “attuazione di un piano di ridefinizione della rete dei punti nascita (PN), che miri a garantire le soglie di volume, di esito e di rischio previste dal DM 70/2015 tenuto conto degli andamenti nel tempo e delle risultanze degli specifici approfondimenti attuati.”

Alla luce di queste considerazioni, premesso che qualsiasi decisione sarà presa in base alle indicazioni e orientamenti regionali, diviene indispensabile analizzare le criticità presenti sul territorio dell'AUSL Romagna (punti nascita di Faenza e Lugo che effettuano meno di 1000 parti anno) per verificare l'opportunità di riorganizzare tali attività.

Ostetricia e Ginecologia

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individua, per la disciplina di Ostetricia/Ginecologia, 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso 0,3/0,15 milione di abitanti, pertanto si prevedono:

6 UOC: Ravenna, Faenza, Lugo, Forlì, Cesena, Rimini

In riferimento alla ginecologia oncologica, tenendo conto del volume e di interventi chirurgici per patologia oncologica Uterina e Ovarica si concentrerà la prima presso gli Ospedali di Forlì e Rimini, e la seconda presso l'Ospedale di Rimini.

Relativamente alla funzione di Fisiopatologia della Riproduzione si prevede il graduale superamento della UOC di Cattolica nella prospettiva di una maggiore integrazione con il Dipartimento Salute Donna Infanzia e Adolescenza che troverà nuova allocazione presso il DEA dell'ospedale di Rimini. Si conferma altresì l'attuale assetto all'interno dell'ospedale di Lugo

Chirurgia Pediatrica

Gli standard per questa tipologica chirurgica riportati nel DM 70/2015 indicano un bacino di utenza compreso fra 1,5 e 2,5 milioni di abitanti. Si conferma pertanto una UOC all'ospedale di Rimini.

Dovrà essere esteso anche presso gli Ospedali di Forlì e Cesena, il progetto già sviluppato e avviato da anni tra le ex aziende di Rimini e Ravenna che prevede che l'equipe di Rimini effettui l'attività di chirurgia a bassa complessità e ambulatoriale negli altri ospedali della rete

Pediatria

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individuano per la disciplina di Pediatria, 1 struttura complessa ogni 0,3/0,15 milione di abitanti come bacino di utenza.

Si confermano le 4 UOC: Rimini, Ravenna, Forlì, Cesena.

La patologia oncologica pediatrica sarà concentrata all'ospedale di Rimini.

Breast Unit in Romagna

Pur rientrando nell'ambito della definizione e sviluppo della Rete Oncologia della Romagna si presenta l'organizzazione prevista per questa attività. La Breast Unit rappresenta un modello di assistenza specializzato nella diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica delle donne affette da carcinoma mammario, dove la gestione del percorso della paziente è affidato ad un gruppo multidisciplinare di professionisti dedicati e con esperienza specifica in ambito senologico. Un'organizzazione ottimale della rete di Breast Unit della Romagna deve essere disegnata sulla base delle esigenze del territorio, tenendo in considerazione non solo il bacino di utenza, ma anche la configurazione del territorio stesso.

Oltre alla presenza delle specialità che fanno parte del percorso senologico della paziente (servizio di diagnostica-screening, anatomia patologica, chirurgia senologia, oncologia medica, radioterapia, servizio per la palliazione), punti cardine della Breast Unit sono l'istituzione del Meeting Multidisciplinare pre- e post-chirurgico, la presenza del Case manager per la presa in carico e l'assicurazione della continuità delle pazienti lungo tutto il percorso, la presenza del Data Manager per l'attività di monitoraggio degli indicatori ed esecuzione degli audit clinico-assistenziali, la presenza del supporto psicologico, fisiatrico e fisioterapico, i rapporti con le associazioni di volontariato, i rappresentanti delle pazienti e i medici di medicina generale.

La Rete delle Breast Unit presso l'AUSL della Romagna. Per quanto riguarda l'ambito senologico la casistica romagnola riguarda 1.366 interventi per tumore maligno della mammella nel 2015:

TUMORE MALIGNO MAMMELLA – CASISTICA AUSL ROMAGNA		
	<i>Numero Casi Operati (DRG 257-260) 2015</i>	<i>Popolazione (01.01.2015)</i>
Cesena	168	396.696
Forlì	436	
Faenza	135	393.154
Ravenna	114	
Lugo	152	
Rimini	361	336.189
	1.366	1.126.039

In Romagna con 1.126.039 abitanti e circa 1.360 interventi di carcinoma della mammella l'anno non è ipotizzabile la presenza di una sola Breast Unit, sia per l'ingente lavoro di presa in carico dovuto all'accentramento (circa 50-65 pazienti/settimana) da parte del Meeting Multidisciplinare, che per le caratteristiche di dispersione territoriale della Romagna in cui è necessaria una presa in carico per prossimità. Tenendo conto la prossimità geografica ed il contesto storico-sociale che lega Lugo, Faenza e Ravenna e Forlì e Cesena, è possibile ipotizzare la costituzione di:

- 1 Breast Unit a Rimini (già esistente e certificata EUSOMA dal 2014) con 361 donne operate/anno per carcinoma della mammella, circa 16-20 donne discusse settimanalmente nel meeting multidisciplinare con sede a Rimini ed una popolazione residente di 336.189 abitanti;
- 1 Breast Unit Forlì-Cesena con 604 donne operate/anno per carcinoma della mammella, circa 20-25 donne discusse settimanalmente nel meeting multidisciplinare con sede a Forlì e una popolazione residente di 396.696 abitanti;
- 1 Breast Unit a Ravenna-Lugo-Faenza con 401 donne operate/anno per carcinoma della mammella, circa 17-20 donne discusse settimanalmente nel meeting multidisciplinare con sede a Ravenna e una popolazione residente di 393.154 abitanti.

La riorganizzazione dell'attività chirurgica senologica in Romagna

Considerate le linee guida Eusoma che prevedono che ciascun Centro debba prendere in carico almeno 150 casi maligni/ anno e che i chirurghi senologi debbano effettuare almeno 50 casi maligni/anno come primo operatore e la riorganizzazione delle Breast Unit come sopra riportate, si rende necessaria la riorganizzazione della Chirurgia senologica in Romagna anche in coerenza con quanto riorganizzato in ambito di Breast Unit.

La Chirurgia senologica in Romagna viene riorganizzata prevedendo l'esistenza di una unica Unità Operativa ed unica equipe, trasversale, concentrata a Forlì, dotata di tre articolazioni:

CHIRURGIA SENOLOGICA ROMAGNA		
Rimini	Forlì-Cesena	Ravenna
Chirurgia Senologica situata presso Ospedale di Santarcangelo di Romagna dove si concentrerà solo l'attività senologica.	Chirurgia Senologica concentrata presso Ospedale di Forlì.	Chirurgia Senologica situata presso l'ospedale di Ravenna.

Area Medicina Interna e Specialistiche

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individuano, per la disciplina di **Medicina Interna**, 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso tra, 0,08/0,15 milione di abitanti pertanto si prevede:

- UOC Medicina interna ospedale di Rimini (a vocazione epatologica).
- UOC Medicina Interna ospedale di Cesena con articolazione presso l'ospedale di Cesenatico;
- UOC Medicina Interna ospedale di Ravenna.
- UOC Medicina Interna ospedale di Forlì con articolazione presso l'ospedale di S. Sofia .

Si confermano le UOC di Medicina Interna per gli ospedali di Lugo, Faenza (con vocazione allergologica), S. Piero in Bagno, S. Arcangelo, Novafeltria, Cattolica e Riccione

Si prevede l'attivazione di una UOC aziendale di Medicina Vascolare presso l'ospedale di Ravenna; una UOC Aziendale di Reumatologia presso l'ospedale di Rimini; una UOC aziendale di Endocrinologia presso l'ospedale di Forlì.

Le UOC di **Geriatria** sono previste nei presidi, Faenza-Lugo, Forlì, Cesena e Rimini, mentre le funzioni di Lungodegenza manterranno la propria attuale distribuzione.

Pneumologia

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individua, per la disciplina di Pneumologia, 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso tra 0,4/0,8 milione di abitanti, pertanto si prevedono 3 UOC: UOC Pneumologia interventistica ospedale di Forlì, UOC Pneumologia con specifica vocazione alla riabilitazione respiratoria presso l'Ospedale di Lugo e UOC Pneumologia presso l'Ospedale di Riccione.

Nefrologia

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individuano, per la disciplina di Nefrologia, 1 Struttura Complessa ogni 0,6/1,2 milione di abitanti come bacino di utenza. La complessa organizzazione presente nella Azienda della Romagna impone la creazione di un sistema a rete che prevede la presenza di:

- 2 UOC individuate presso i presidi di: Ravenna (con articolazione a Forlì) e Rimini (con articolazione a Cesena).

Malattie Infettive

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individuano per la disciplina di Malattie infettive e tropicali, 1 struttura complessa ogni 0,6/1,2 milione di abitanti come bacino di utenza.

- 2 UOC individuate presso i presidi di Ravenna (con articolazione a Forlì) e Rimini (con articolazione a Cesena).

Neurologia

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati ne DM 70/2015 individuano per la disciplina di Neurologia, 1 struttura complessa ogni 0,3/0,15 milione di abitanti come bacino di utenza.

Si confermano le 4 UOC esistenti di Rimini, Ravenna (con una degenza di Stroke Unit ed una articolazione presso l'ospedale di Faenza), Forlì, Cesena.

Gastroenterologia

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati ne DM 70/2015 individuano per la disciplina di Gastroenterologia, 1 struttura complessa ogni 0,4/0,8 milione di abitanti come bacino di utenza.

Si prevedono 3 UOC di cui 1 UOC Forlì (con articolazione a Cesena), 1 UOC Ravenna e 1 UOC Rimini.

Medicina Riabilitativa

Il DM 70 non prevede soglie minime o massime per questa disciplina e demanda la definizione nel merito ad apposito documento che sarà elaborato da un tavolo Ministero-Regioni. Si prevedono 3 UO complesse, Ravenna, Rimini, Cesena (con articolazione presso l'ospedale di Forlì).

Oncoematologia

L'AUSL Romagna e l'IRST hanno concordato di creare le condizioni favorevoli per una maggiore integrazione nelle rispettive attività onco-ematologiche attraverso la costituzione di un Programma Interaziendale "*Comprehensive Cancer Care Network*" (CCCN) che mette in comune le competenze distintive dell'AUSL Romagna in campo oncologico (presenza di articolazioni organizzativo-assistenziali ospedaliere e territoriali) e quelle dell'IRST/IRCCS (presenza di alte competenze scientifiche di ricerca e assistenziali).

La scelta d'istituire il Programma Interaziendale CCCN è stata presa nelle more di quanto il livello regionale definirà in sede di programmazione della rete oncologica.

Si confermano le 2 strutture complesse di Oncologia di Rimini e di Ravenna e le 2 strutture complesse di Ematologia di Rimini e di Ravenna.

Per le strutture dell'Ospedale di Ravenna, in considerazione del profilo dei nuovi Direttori acquisiti e in funzione di dotazioni strutturali e tecnologiche adeguate, sempre nell'ottica della riorganizzazione della rete oncoematologica della Romagna, troveranno sviluppo la ricerca clinica avanzata, in particolare relativamente agli studi di fase I e l'attività trapiantologica.

Area Chirurgia Generale e Specialistiche

Chirurgia Generale

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individuano, per la disciplina di Chirurgia Generale 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso tra 0,1/0,2 milione di abitanti.

Gli Ospedali di Ravenna, Forlì (dove si prevede la concentrazione della chirurgia epato-bilio-pancreatica), Cesena, Rimini, Riccione, Faenza-Lugo, sono centri di riferimento per chirurgia a complessità medio alta. Le UO di chirurgia generale all'interno di questi nosocomi continueranno a produrre le stesse tipologie di intervento tuttora eseguite, sia in degenza ordinaria che in degenza breve, eccetto quanto sotto soglia nel rispetto dei volumi ed esiti definiti da specifiche indicazioni ministeriali e regionali.

Al fine di raggiungere indicatori di volumi adeguati e di esiti previsti dagli standard attuali, si giungerà alla individuazione di una unica UOC Chirurgia Generale di Faenza-Lugo con unica equipe per garantire una qualificata risposta ad un bacino di utenza che supera i 200.000 abitanti. Nell'ospedale di Forlì si giungerà alla unificazione una UOC "Chirurgia Generale e Oncologica" delle attuali "Chirurgia Gastro-enterologica e Mininvasiva" e "Chirurgia e Terapia Oncologiche Avanzate"; si conferma la UOC di "Chirurgia endocrinologica".

Si prevede il superamento dell'UOC Chirurgia Generale di Santarcangelo che assumerà la valenza di articolazione all'interno della UOC Chirurgia Senologica aziendale.

Analogamente si prevede il superamento dell'UOC di Chirurgia di Novafeltria garantendo la continuità dell'attività chirurgica attuale di day-surgery e chirurgia ambulatoriale come articolazione della UOC Chirurgia generale di Rimini. Le attività chirurgiche di day surgery e/o ambulatoriale saranno maggiormente concentrate negli ospedali di Riccione,

Novafeltria, Cattolica e Santarcangelo.

Neurochirurgia

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individuano, per la disciplina di Neurochirurgia, 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso tra 0,6/1.2 milione di abitanti come bacino di utenza.

Pertanto si prevede: 1 UOC di Neurochirurgia presso l'ospedale di Cesena sede di Trauma Center e con una articolazione di Chirurgia Vertebrale presso l'ospedale di Faenza e di chirurgia spinale d'urgenza nell'ambito del Trauma Center (Cesena, Faenza) ed una articolazione di Chirurgia del Sistema Nervoso Periferico presso l'ospedale di Faenza

Ortopedia

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individua, per la disciplina di Ortopedia, 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso tra 0,1/0.2 milione di abitanti, pertanto si prevedono 8 UOC: Ravenna, Faenza, Lugo, Cesena, Forlì, Rimini, Riccione, Cattolica. L'implementazione di una Rete assistenziale Ortopedica della Romagna capace di rispondere efficacemente al fabbisogno di salute dei nostri cittadini suggerisce anche l'individuazione di progetti di sviluppo mirati alla valorizzazione delle professionalità presenti ed alle esigenze emergenti nella popolazione dei nostri assistiti. Per queste ragioni si individua lo sviluppo dei seguenti segmenti di attività:

- Ortopedia Pediatrica (Rimini)
- Trauma center (Cesena)
- Infezioni Osteoarticolari e reimpianti (Lugo e Riccione)
- Osteo-oncologia (Forlì)
- Chirurgia della Spalla e Traumatologia dello Sport (Cattolica)

Chirurgia Toracica

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individuano, per la disciplina di Chirurgia Toracica, 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso tra 0,8/1.5 milione di abitanti, pertanto si prevede una UOC presso Ospedale di Forlì con due articolazioni presso l'Ospedale di Riccione e presso l'Ospedale di Ravenna.

Si prevede altresì l'attivazione di un unico team multidisciplinare per la discussione dei casi e individuazione di un piano terapeutico specifico per ogni paziente.

Oculistica

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individua, per la disciplina di Oculistica, 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso 0,3/0.15 milione di abitanti, pertanto si prevedono: 5 UOC: Ravenna, Faenza, Forlì, Cesena, Riccione

Viene identificato come centro di riferimento per il Trapianto di Cornea, l'Ospedale di Ravenna.

Otorinolaringoiatria

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individua, per la disciplina di ORL, 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso 0,3/0.15 milione di abitanti, pertanto si prevedono 3 UOC: Forlì (con articolazione a Cesena), Ravenna e Rimini

Il Dipartimento Testa Collo ha come mandato la presentazione di un progetto che, tenendo conto degli indicatori di volume e di esito, dei dati epidemiologici, delle specifiche vocazioni e dei bisogni della popolazione di riferimento, individui la possibilità di concentrare le casistiche relative alla patologia oncologica Tiroidea e Laringea.

Urologia

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individua, per la disciplina di Urologia, 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso 0,3/0.15 milione di abitanti, pertanto si prevedono: 5 UOC: Ravenna, Faenza-Lugo, Forlì, Cesena e Rimini

La valutazione dei volumi di interventi chirurgici effettuati dalle UO di Urologia negli altri presidi ospedalieri territoriali mostra una marcata parcellizzazione e bassa casistica per la patologia neoplastica relativa a Prostata, Rene e Vescica. Per tali motivi si dovrà prevedere la concentrazione della casistica presso 4 centri di riferimento (Ravenna, Rimini, Cesena, Forlì).

Dermatologia

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individuano, per la disciplina di Dermatologia, 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso tra 0,6/1.2 milione di abitanti.

si prevedono 2 UOC: 1 UOC Dermatologia Rimini, UOC Dermatologia Ravenna Relativamente all'ambito di Forlì-Cesena l'UOC Centro Grandi Ustionati di Cesena assolverà anche alle funzioni di dermatologia con un'articolazione anche all'ospedale di Forlì. Le funzioni di dermatologia chirurgica pediatrica saranno svolte dal Centro di Cesena.

Chirurgia Vascolare

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individuano, per la disciplina di Chirurgia Vascolare, 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso tra 0,8/0,4 milione di abitanti. Pertanto si confermano: 3 UOC a Rimini, Forlì/Cesena, Ravenna.

Area Cardiovascolare

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individuano, per la disciplina di Cardiologia, 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso tra 0,15/0,30 milione di abitanti, mentre per la disciplina di Emodinamica 1 struttura ogni 0,3/0,6 milione di abitanti, pertanto si prevedono:

- 3 Cardiologie/UTIC sede di emodinamica H 24 (Ravenna, Forlì, Rimini) Centri HUB per STEMI
- 1 Cardiologia/UTIC sede di emodinamica H12 (Cesena) centro HUB per Elettrofisiologia

Si è definita una unica equipe di emodinamica operante negli ospedali di Forlì e Cesena con indicazione alla esecuzione di angioplastiche primarie per STEMI presso l'Utic di Forlì e, attività PTCL, di norma programmata, presso l'UTIC di Cesena.

- Tre Cardiologie/UTIC non sede di Emodinamica (Lugo, Faenza, Riccione) saranno considerate quali Piattaforme di assistenza semi-intensiva con programmazione specifica verso lo svilup-

po di un indirizzo multidisciplinare in integrazione con le UU.OO di Medicina d'Urgenza e Rianimazione T.I.;

Gli obiettivi di tale programmazione sono quelli di

- rendere più funzionali e assolutamente recettivi i punti Hub
- dare risposte multidisciplinari a pazienti complessi in fase post critica negli Spoke
- migliorare gli indici di degenza media e occupazione posti letto.

L'Ospedale di Ravenna viene individuato come centro HUB per la centralizzazione dei pazienti che necessitano di angioplastica coronarica primaria nel trattamento dell'infarto miocardico acuto, la contropulsazione aortica nello shock cardiogeno, il trattamento dello scompenso cardiaco severo e della insufficienza renale acuta mediante tecniche sostitutive della funzione renale, la cardio-stimolazione elettrica temporanea e l'assistenza ventilatoria meccanica, sia invasiva che non invasiva, in pazienti con insufficienza respiratoria acuta.



Il terzo elemento di contesto è il tema trasversale di come rafforzare modelli innovativi anche attraverso il completamento del percorso di realizzazione degli ospedali di comunità alla luce dell'affermarsi delle nuove cronicità e dei relativi bisogni di salute.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche, la correlazione tra impoverimento e peggioramento delle condizioni del paziente e la necessità di prese in carico differenziate sono alla base delle riflessioni sulla riorganizzazione dei servizi socio-sanitari. Nel 2032 l'Istat stima che la quota di "over 65" sul totale della popolazione italiana raggiungerà il 27,6%, pari in termini assoluti a 17,6 milioni di anziani. Un dato preoccupante, soprattutto se si considera che le disuguaglianze sociali, oggi in peggioramento nel nostro Paese, sono tra i fattori che più incidono sulle condizioni di salute. Il Piano nazionale della cronicità messo a punto dal Ministero della salute (versione bozza definitiva 15.02.2016) individua le patologie croniche che più impatteranno i servizi sanitari ed analizza le caratteristiche che devono accomunare i servizi socio sanitari tra cui:

La necessità di superare la frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio.

1. L'adozione di modalità operative per favorire il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva".
2. Una assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale.
3. Il riconoscimento che l'assistenza primaria rappresenta il punto centrale (hub) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema, con un ruolo cardine svolto dal distretto.
4. Una maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e non, a partire dalla figura centrale del Medico di medicina generale (MMG).
5. La possibilità di definire sedi fisiche di prossimità sul territorio per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali rivolti alla popolazione di pazienti cronici.

6. La presenza di sistemi informativi evoluti.
7. L'utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale.
8. L'integrazione socio-sanitaria e team multiprofessionali.
9. L'investimento su auto-gestione ed empowerment in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie.
10. L'uniformità ed equità di assistenza ai cittadini.

In questo panorama affrontiamo il tema dell' "Ospedale di Comunità" (OsCo) che rappresenta una struttura di "cure intermedie" 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 MMG o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN.

Definizione e caratteristiche principali^{1 2}. Gli OsCo sono finalizzati ad ottenere specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione, in particolari tipologie di pazienti che prolungherebbero, senza particolari utilità, la durata di un ricovero ospedaliero e potrebbero essere trattate appropriatamente anche al di fuori dell'ospedale, ma non a domicilio. Sono strutture intermedie rivolte anche pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio o da altre strutture intermedie, per la presenza di una instabilità clinica (ad es. riacutizzazione di patologia cronica preesistente o nuovo evento destabilizzante, ecc.). Tra gli obiettivi primari del ricovero, deve essere posto anche l'empowerment di pazienti e caregivers, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

Percorso di attuazione nel territorio dell'Azienda Romagna

Il Piano prevede un investimento di professionalità dell'area infermieristica, ostetrica, riabilitativa e tecnica per i servizi che necessitano di potenziamento in ragione dei

¹ Definizione tratta da DM 70/2015 e DGR 2040/2015

² Fonte normativa: - DGR 221/2015 - REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DEL DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE, alla quale si rimanda, che regola la modalità di accesso, durata della degenza, requisiti strutturali e organizzativi e livelli e modalità di assistenza infermieristica e medica.

nuovi bisogni emergenti che si esplicano su principi di base quali:

- prendersi cura delle persone nei loro luoghi di vita, offrendo risposte articolate a bisogni complessi attraverso l'organizzazione e l'incremento di servizi domiciliari, intesi come capacità di assistere e supportare adeguatamente al loro domicilio, con il concorso delle diverse professionalità interessate (ADI). A tal fine sarà necessario mettere in campo azioni finalizzate ad incrementare le dimissioni protette in uscita dall'Ospedale;
- attivazione e/o consolidamento degli ambulatoriali infermieristici nei Nuclei di Cure Primarie e nelle Case della salute per la presa in carico dei pazienti cronici pluripatologici.

- incremento di posti letto territoriali a gestione infermieristica, facenti parte delle cure intermedie – Ospedale di Comunità. Tale setting assistenziale costituisce una ulteriore area di sviluppo sul territorio, che possono essere collocate sia all'interno delle Case della Salute o collocate all'interno dei presidi ospedalieri, in aree appositamente riorganizzate e gestite dai Dipartimenti delle Cure Primarie, o all'interno delle CRA. La definizione delle funzioni specifiche, la localizzazione e la gestione di queste strutture dovrà avvenire nell'ambito di un approccio integrato, da un lato con la rete ospedaliera e dall'altro con la rete dei servizi socio sanitari.

Trattandosi di una tipologia di pazienti ai quali bisogna assicurare servizi di prossimità (così come avviene per i reparti di lungodegenza e le strutture sociosanitarie), si è progettato su ambito territoriale.

IDENTIFICAZIONE DI PL DI CURE INTERMEDIE (OsCo)				
Ambito	Località	Popolazione di riferimento	Posti letto previsti	Adiacenti a
Forli-Cesena	Cesenatico (*)	26.104	10	CdS della Costa, Riconversione PL Med. Interna e Lungodegenza
	S. Piero in Bagno (*)	18.519	8	CdS Valle Savio Riconversione PL Lungodegenza
	Savignano sul Rubicone	35.488	6 (+3)	CdS del Rubicone
	Mercato Saraceno	18.159	4 (+2)	CdS Valle Savio
	Forlimpopoli	24.377	28	CdS Forlimpopoli-Bertinoro
	Modigliana	5.893	14	CdS Tramazzo
	Premilcuore	7.218	4 (+2)	CdS Predappio
	S.Sofia (P) (*)	4.175	4	CdS
Ravenna	Cervia (*)	26.000	9	CdS di Cervia Riconversione PL Lungodegenza
	Brisighella (*)	20.671 (Brisighella 7.711)	15	CdS di Brisighella
Rimini	Santarcangelo (*)	37.142	9	CdS Santarcangelo Riconversione PL Chirurgia
	Cattolica (*)	26.454	4	Riconversione PL Med. Interna
	Novafeltria (*)	17.750	5	Riconversione PL Med. Interna

(*) Strutture ospedaliere in cui identificare PL di cure intermedie ancora da realizzare

I posti a valenza intermedia passeranno dagli attuali 56 a 127, aumentando di 71 PL di cui 45 da riconversione e 26 da nuova realizzazione

Sviluppo Case della Salute. Inscindibilmente connesso al ridisegno della funzione ospedaliera è quello della medicina del territorio. E' necessario pertanto proseguire parallelamente nel percorso mirato a potenziare la capacità di risposta dell'assistenza primaria con un ulteriore sviluppo di attivazione delle Case della Salute

La casa della salute si inserisce nel percorso del paziente cronico, fragile, complesso "prima" e "dopo" la fase di degenza ospedaliera (ospedale per acuti e postacuti) e territoriale (ospedale di comunità): "prima", con la presa in cura di pazienti cronici secondo i principi della sanità di iniziativa con l'obiettivo di evitare ricoveri per la riacutiz-

zazione delle patologie; "dopo", con la presa in cura sanitaria e sociale dei pazienti che vengono dimessi.

Non esiste un modello unico di sanità territoriale. Ogni realtà ha caratteristiche diverse e anche quando si ragiona sulle Case della Salute, non si deve pensare ad un modello preconstituito, ma vanno concepite partendo dalle caratteristiche del territorio di riferimento e, pensate, come sedi che si fanno carico dei bisogni di quella parte di comunità di riferimento

Nella tabella seguente vengono indicate le case della salute già funzionanti e quelle già programmate o in fase di progettazione per l'anno 2016 per le quali sono in corso acquisizioni di risorse per completare le funzioni da assicurare (soprattutto infermieri) o interventi strutturali.

DISTRETTO	Casa della Salute	Stato di realizzazione
RAVENNA	Cervia	funzionante
	Russi	funzionante
	Ravenna Nord (S. Alberto Mezz.)	funzionante
	Ravenna Sud (S.P. in Vincoli)	progettazione
LUGO	Alfonsine	funzionante
	Bagnacavallo/Cotignola/Bagnara	funzionante
	Massa/S.Agata	funzionante
FAENZA	Brisighella	funzionante
	Castelbolognese/Valle Senio	funzionante
	Faenza (La Filanda)	programmata
FORLI'	Forlimpopoli	funzionante
	Meldola	funzionante
	Modigliana	funzionante
	Predappio	funzionante
	Montone Rocca S.C.-Castr.T.	progettazione
	Forlì	progettazione
CESENA	Valle del Savio -Mercato S.	funzionante
RUBICONE	Cesenatico	funzionante
	Gambettola - Rigossa	funzionante
	Savignano - Rubicone	funzionante
RIMINI	Bellaria	funzionante
	S. Arcangelo	funzionante
	Novafeltria	funzionante
RICCIONE	Morciano	funzionante
	Coriano	funzionante

4

Ulteriore elemento di contesto è il tema trasversale di come riorganizzare i grandi servizi trasversali, da tempo avviata attraverso presso l'AUSL Romagna.

Diagnostica per immagini

Radiologia

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individua, per la disciplina di Radiologia, 1 Struttura Complessa per un bacino di utenza compreso 0,3/0.15 milione di abitanti, pertanto si prevedono: 6 Strutture Complesse: Ravenna, Faenza-Lugo, Forlì, Cesena, Rimini, Riccione

La possibilità di offrire in maniera capillare l'effettuazione dei esami radiologici sul territorio, a determinate condizioni, è consentita dall'utilizzo della teleradiologia: La teleradiologia è un atto medico che può svolgersi in situazioni differenti: nel suo ambito rientrano la teledidattica, la teleconferenza, la teledistribuzione, il teleconsulto, la teleconsulenza e la telegestione.

A fini clinico-diagnostici il teleconsulto, la teleconsulenza e la telegestione sono le modalità di realizzazione dell'atto medico radiologico che utilizza la tecnologia per la trasmissione a distanza di immagini e si avvale dell'interazione tra più figure professionali dedicate, in comunicazione tra loro.

La telegestione si completa con la te-

lediagnosi formalizzata dal referto con firma digitale validata del radiologo responsabile della telegestione.

La telediagnosi rappresenta la fase ultima dell'atto clinico radiologico e della diagnosi radiologica effettuata su immagini provenienti da sedi remote intra od extra-aziendali.

Neuroradiologia

1 UOC "Neuroradiologia interventistica" presso l'Ospedale di Cesena con articolazioni di neuroradiologia diagnostica presso l'ospedale di Rimini e Ravenna) Deve essere individuato un coordinamento all'interno del Dipartimento Immagini per la funzione di **Radiologia Interventistica**.

Medicina Nucleare

Si prevede 1 Struttura Complessa di Medicina Nucleare con sede a Cesena con articolazioni a Faenza e Forlì.

Radioterapia

Si conferma 1 Struttura Complessa di Radioterapia con sede presso l'Ospedale di Rimini.

La revisione dell'assetto organizzativo dei Laboratori a Risposta Rapida (LRR) e dei Laboratori presenti nel Centro Servizi di Pievesestina si colloca nell'ambito del percorso di ricerca e adozione delle migliori soluzioni organizzative finalizzate a migliorare l'efficienza e a massimizzare il rendimento operativo del sistema produttivo della Medicina di Laboratorio dell'AUSL, sviluppando nel contempo meccanismi di valorizzazione delle professioni sanitarie.

Il sistema di Patologia Clinica dell'A.USL della Romagna è oggi formato da un Laboratorio centralizzato di Riferimento (LRif) e da 7 Laboratori a Risposta Rapida (LRR). LRif e LRR operano secondo una logica di "Laboratorio Unico" geograficamente distribuito e ricevono campioni da una rete di oltre cento Punti Prelievo distribuiti sul territorio e oltre 400 punti prelievo ospedalieri per pazienti ricoverati. Con tale assetto organizzativo sono stati concentrati $\frac{2}{3}$ dei circa 18 milioni di esami/anno eseguiti in A.USL, mentre il restante 35% della produzione, rappresentato soprattutto da esami urgenti per i Pronto Soccorso e da esami di primo livello per i reparti ospedalieri, continua ad essere garantita nei 7 Laboratori a Risposta Rapida.

Completano la rete della diagnostica di laboratorio nell'Ausl della Romagna, 7 Point Of Care Tested (POTC) dislocati nei Punti di Primo Intervento (PPI), attrezzati con strumentazioni automatizzate di semplice utilizzo, in grado di fornire il risultato in un tempo molto breve e mantenute sotto controllo dai LRR attraverso la supervisione dell'attività di controllo della qualità e la verifica dell'allineamento strumentale. Di norma le analisi sono eseguite da personale infermieristico addestrato, in linea con la Del. 587/2014 della RER

Gli obiettivi del percorso di riorganizzazione del Laboratorio Unico della Romagna sono:

1. la centralizzazione della gestione dei dirigenti allo scopo di assicurare competenze omogenee nella gestione delle emergenze laboratoristiche negli ambiti di ematologia, chimica-immunometria e microbiologia.
2. l'attivazione di PD specialistiche centralizzate a Pievesestina.
3. Attivazione del sistema trasmissione Immagini

La situazione attuale vede le Anatomie Patologiche di Ravenna e Rimini con ambiti territoriali provinciali di quasi 400.000 abitanti la prima e di quasi 350.000 abitanti la seconda; in particolare la prima è già il risultato della aggregazione recente di tre unità operative di Anatomia Patologica (Faenza, Ravenna e Lugo).

Un ulteriore processo di aggregazione delle strutture complesse deve quindi riguardare, nell'immediato, le due unità operative di Anatomia Patologica di Cesena e Forlì, che, unificate, avrebbero numeri analoghi alle altre due.

In una logica di medio periodo invece, in relazione alle più o meno evidenti criticità logistiche che presentano le attuali sedi e alle conseguenti necessità di ingenti investimenti strutturali, nonché all'esigenza di rinnovare il parco tecnologico esistente, unitamente ai rapidi sviluppi della disciplina, inducono a ripensare il modello organizzativo tradizionale in una logica più coerente rispetto alla nuova configurazione aziendale.

La fase di sviluppo successiva quindi, finalizzata all'ottimizzazione dei sistemi e all'introduzione di modelli organizzativi innovativi, deve essere orientata inevitabilmente verso la progressiva concentrazione in un unico polo tecnologico di tutte le attività laboratoristiche; citologia, istologia, immunoistochimica, biologia molecolare, prevedendo nei luoghi di produzione ospedaliera le attività legate alle estemporanee e ai riscontri autoptici.

Questo modello, affiancato allo sviluppo di una infrastruttura informatica unica e all'utilizzo della telepatologia, consente di perseguire più facilmente l'obiettivo

di sviluppo delle competenze e dei referenti per specialità, esigenza questa ormai ineludibile alla luce dei moderni sviluppi del settore, in particolare nell'ambito oncologico.

Un'unica grande piattaforma laboratoristica di Anatomia Patologica rappresenta inoltre una grande opportunità per sviluppare al meglio le sinergie con il Laboratorio Unico di Pievesestina, con le sue articolazioni di Corelab, Microbiologia, Citogenetica e Biologia Molecolare, nonché per le ulteriori possibilità di stretta integrazione con le strutture dell'IRST per lo sviluppo di percorsi diagnostici di livello avanzato in ambito oncoematologico.

In considerazione della insufficienza di spazi attualmente a disposizione presso la sede del Centro Servizi di Pievesestina, che in ogni caso anche in una prospettiva di ampliamento futura potranno essere più utilmente adibiti a funzioni di magazzino, archivio, nonché di laboratorio galenico e tenendo conto della diversa disponibilità logistica presso le strutture aziendali, si prevede la collocazione della nuova piattaforma laboratoristica di Anatomia Patologica all'interno dell'Ospedale di Ravenna, che a seguito dell'attivazione del nuovo DEA, presenta le migliori opportunità in termini di spazi liberi e adeguati.

A questo si aggiunge la grande opportunità di far coincidere l'attivazione di un'unica piattaforma laboratoristica con una sua collocazione strategica nel contesto di una struttura ospedaliera, con le conseguenti sinergie che questo processo comporta in termini di interazioni con le altre attività ospedaliere, prime fra tutte quelle del settore oncologico.

Sistema Trasfusionale della Romagna

Da tempo l'area trasfusionale ha agito nell'ottica della Azienda Unica della Romagna e tutto ciò a ruotato attorno a tre pilastri:

- Il Programma speciale sangue e plasma
- Le Medicine Trasfusionali
- L'officina trasfusionale

Quest'ultima, nata come semplice punto centralizzato per la validazione biologica delle unità donate e della lavorazione e produzione di emocomponenti, nel tempo si è arricchita di funzioni sia sul versante laboratoristico sia sul versante della programmazione della raccolta e della distribuzione degli emocomponenti caratterizzandosi sempre di più come Emoteca Unica della Romagna. Pertanto si è andati verso la Banca Unica del Sangue della Romagna. La nostra esperienza ha messo in risalto che per tendere alla autosufficienza è importante un governo unico delle attività di raccolta in strettissimo collega-

mento con le medicine trasfusionali e le associazioni e federazioni di donatori per tendere ad una visione romagnola e regionale dei bisogni trasfusionali.

Questa grande realtà produttiva e gestionale rappresentata dalla BUR non deve far perdere di vista l'altra principale funzione dell'area trasfusionale che è la medicina trasfusionale in cui è preminente l'attività terapeutica che si basa sull'attenzione al paziente e sulla consulenza ai clinici.

Gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina riportati nel DM 70/2015 individua, per i Servizi Trasfusionali, 1 Struttura Complessa ogni 0,3/0.15 milione di abitanti come bacino di utenza, pertanto si prevedono:

1 Struttura complessa Banca Unica del sangue della Romagna

3 Strutture Complesse di Medicina Trasfusionale Ospedale di Ravenna, Forlì-Cesena, Rimini

Insieme, *sulle vie della cura*