



Normative nazionali e regionali sul sovraffollamento

E su ciò che lo determina...

Ovvero che fatica stare sempre tra incudine
e il martello in epoca di vacche magre

Stefano Paglia ASST Lodi

Premesse 1

- Le norme, regolamenti e leggi in materia sanitaria devono tener conto dei principi sanciti dalla **costituzione** negli articoli:
 - 2** (solidarietà sociale),
 - 3** (uguaglianza formale e sostanziale),
 - 32** (diritto alla salute)
 - 38** (assistenza, sicurezza e previdenza sociale)

Ma anche delle risorse finanziarie disponibili per la realizzazione dei LEA

Premesse 2

- Il sovraffollamento dei PS è un problema di cui opinione pubblica e politica nazionale, regionale e locale hanno preso coscienza

Premesse 3

- Le normative nazionali e regionali cercano di risolvere il problema
- Ma il problema nasce e si sviluppa a causa di fenomeni esclusivamente socioeconomici o anche per normative nazionali e regionali?
- Quali norme o **principi di gestione** determinano l'aggravarsi del sovraffollamento nei nostri PS nonostante un calo degli accessi a livello nazionale?

Premesse 4

- La causa principale del sovraffollamento dei PS è il blocco dell'uscita, cioè l'impossibilità di ricoverare i pazienti nei reparti degli ospedali per indisponibilità di posti letto, dopo il completamento della fase di cura in PS



SIMEU
Policy Statement

Sovraffollamento dei Pronto Soccorso

Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale
in data 07 novembre 2015

Quindi per risolvere il problema
l'orientamento legislativo potrebbe essere:

- più posti letto
- più ricettività dei posti letto attuali
- minor richiesta di ricovero

Quindi per risolvere il problema
l'orientamento legislativo potrebbe essere:

- più posti letto **NO**
- più ricettività dei posti letto attuali
- minor richiesta di ricovero

Quindi per risolvere il problema
l'orientamento legislativo potrebbe essere:

- più posti letto **NO**
- più ricettività dei posti letto attuali **NI**
- minor richiesta di ricovero

Quindi per risolvere il problema
l'orientamento legislativo potrebbe essere:

- più posti letto **NO**
- più ricettività dei posti letto attuali **NI**
- minor richiesta di ricovero **SI**

Una domanda provocatoria

- Nella vostra vita professionale i posti letto mancano sempre oggettivamente o a volte ci sarebbero ma non potete usarli?
- Il Medico di PS si trova spesso in una strana condizione, i posti letto in struttura ci sarebbero (magari non per tutti) però non è possibile saperlo con certezza o anche sapendolo non è possibile usarli per i pazienti in PS da molte ore e con indicazione certa al ricovero

Perché?

Per capirlo...

- Passiamo dalla Costituzione
 - che sancisce principi
- alle leggi dello stato che governano il sistema definendo principalmente:
 - regole
 - erogatori
 - modalità di riconoscimento della spesa

Dobbiamo fare qualche passo indietro

"RIFORMA OSPEDALIERA" (L 132/68)

- 1) affermazione del diritto alla tutela della salute ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione e superamento del criterio caritativo-assistenziale;
- 2) **costituzione degli Enti ospedalieri, con definitivo abbandono del concetto storico di enti di assistenza e beneficenza;**



**Per i nostalgici del precedente modello
Consiglio di rivedere l'episodio
«pronto soccorso» del film
I nuovi mostri del 1977**

Dal 1978 organizzazione e regolamentazione degli ospedali seguiranno l'evoluzione dell'intero SSN, quindi delle Riforme bis e ter e dei Patti per la salute

Autorizzazione → Accreditamento → Contratto

Aziendalizzazione → Aziende Ospedaliere

Sistemi di finanziamento → da spesa storica a "produzione"

Organizzazione → dipartimentale e con Strutture (semplici e complesse)

Riclassificazione → Ospedali per acuti, Riabilitazione

Razionalizzazione → riduzione/riconversione posti letto per acuti, alte specialità

IL DIRITTO ALLA SALUTE

Diritto individuale assoluto: 1970-1980

Diritto individuale da garantire in relazione agli altri diritti – dal 1993

Sentenza Corte Costituzionale 1995 : il cittadino non ha diritto a prestazioni sanitarie illimitate ma solo a quelle compatibili con le risorse disponibili

LE INNOVAZIONI DELLA RIFORMA-BIS

Aziendalizzazione ASL

Separazione tra programmazione (Organi Politici) e gestione (Organi tecnici)

Sistema di finanziamento a tariffa (DRG) per Aziende Ospedaliere

Accreditamento erogatori (→ parità pubblico-privato)

E qui siamo arrivati al punto

- Indubbiamente la razionalizzazione della spesa si è resa ed è necessaria
- Le domande chiave sono:
 - l'attuale sistema fondato sostanzialmente su aziendalizzazione e concorrenza riesce a rispondere ai bisogni reali dei pazienti o clienti?
 - Il sistema è orientato al risparmio ed all'utilizzo mirato delle poche risorse o forse è orientato alla spesa?

citazione a sproposito?

- Non si può servire Dio e Mammona
- Il termine **Mammona** viene usato nel Nuovo Testamento per personificare il profitto, il guadagno e la ricchezza materiale, generalmente con connotazioni negative
- Nell'antichità lo si fa risalire ad un demonio



Cosa centra Mammona con il sovraffollamento in PS?

TAB.1 RIDUZIONE POSTI LETTO ORDINARI IN ITALIA DAL 1996 AL 2008

Fonte: Annuario Statistico – Ministero della Salute

Strutture di ricovero			Posti letto degenza ordinaria			
			Pubblici		Accreditati	
ANNO	PUBBLICHE	PRIVATE	totale	x 1000 ab	totale	x 1000 ab
1996	1005	523	292.683	5,1	54.614	1,0
1997	942	537	273.709	4,8	57.298	1,0
1998	846	535	254.377	4,4	56.380	1,0
1999	813	531	232.762	4,0	52.150	0,9
2000	785	536	222.113	3,9	49.631	0,9
2001	777	530	213.214	3,7	49.704	0,9
2002	755	531	208.034	3,7	49.876	0,9
2003	746	535	199.869	3,5	50.060	0,9
2004	672	542	191.083	3,3	49.002	0,8
2005	669	553	187.361	3,2	48.140	0,8
2006	654	563	184.263	3,1	48.894	0,8
2007	655	542	181.447	3,1	46.454	0,8
2008	645	541	175.458	3,0	45.718	0,8
TOTALE	- 360	+ 18	- 117.225	- 2,1	- 8.896	- 0,2

Cosa centra Mammona con il sovraffollamento in PS?

**Gran parte del bilancio regionale viene assorbito dalle spese sanitarie
Se le regioni vanno in deficit di fatto non possono non evitare di ridurre la spesa sanitaria perché questa rappresenta la principale voce del loro bilancio.**

Dal 2008, accanto ai processi di riorganizzazione della rete assistenziale, si sono aggiunte peraltro le problematiche economiche relative ai piani di rientro, che in ben 11 regioni commissariate stanno passando anche attraverso una drastica ulteriore riduzione dei posti letto. Per tutte valga l'esempio della regione Lazio: dai 28.740 posti letto del 2007 si passerà ai 21.970 previsti per il 2011, con un taglio di circa il 25% della dotazione complessiva nel giro di 4 anni. In questi stessi anni si è assistito inoltre all'aumento demografico della popolazione residente e, soprattutto, all'invecchiamento della popolazione con conseguente incremento dei pazienti anziani fragili,

Norme regionali

- Due esempi di **diverse sensibilità**
- Di due regioni del nord Italia
- Gestite dalla stessa maggioranza politica

Sul tema dei ricoveri...

6.5. Gestione dei ricoveri

- 6.5.1 E' opportuno predisporre un piano per i ricoveri dal PS che preveda attribuzioni predeterminate ai reparti, in base a criteri condivisi, per numero di pazienti e per patologie di pertinenza specialistica.
- 6.5.2 Tale piano deve prevedere la strategia per gestire in maniera programmata l'accesso dei ricoveri, al fine di evitare la sosta dei pazienti in PS dopo la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico esitato in necessità di ricovero ospedaliero.

Lombardia

DELIBERAN° X / 2933 del 19/12/2014

- **Oggetto:** DETERMINAZIONI IN MERITO AL MIGLIORAMENTO DELL'ATTIVITÀ DI SOCCORSO E ASSISTENZA AI PAZIENTI IN CONDIZIONI CLINICHE DI URGENZA

Stato arte rete organizzativa

118

PPI-PS-DEA-EAS

Contesto rete HUB & SPOKE

Analisi della realtà

- **RILEVATO** che:
- ● il fenomeno del sovraffollamento periodico dei PS, dei DEA di primo livello e EAS di Alta Specialità, definito nella letteratura scientifica “*overcrowding*”, si concretizza in una situazione nella quale le richieste per i servizi di emergenza superano le risorse disponibili per la cura dei pazienti in PS, in ospedale o in entrambi;
- ● tale fenomeno è largamente conosciuto in tutto il territorio nazionale e in molti altri Paesi dotati di sistemi sanitari avanzati;
- ● il problema del sovraffollamento si presenta sia nei PS delle aree metropolitane con la loro pluralità di offerta di Presidi ospedalieri anche iperspecialistici, sia nei contesti rurali o montani;

Analisi del problema

- **EVIDENZIATO:**
- ● che il sovraffollamento periodico dei PS/DEA/EAS è un problema rilevante che impatta sulla qualità dell'offerta sanitaria sia in termini di sicurezza e qualità delle cure ai pazienti, che di benessere psicofisico degli operatori e che esso richiede una risposta diversificata attraverso la sperimentazione di iniziative e di soluzioni organizzative integrate e innovative;
- ● che l'azione a contrasto di tale fenomeno, deve tendere a favorire la realizzazione di una rete di offerta con interventi articolati su più fronti, ma strettamente interconnessi tra loro;

Interventi inerenti cure primarie

- **DATO ATTO** che in data 5/10/2011, è stata sottoscritta una specifica convenzione tra Regione Lombardia e l'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) allo scopo di partecipare alla sperimentazione ed alla realizzazione dell'*“Obiettivo prioritario e di rilievo nazionale: cure primarie, assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e miglioramento della rete assistenziale”*, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34-bis della Legge 27/12/1996, n. 662 e s.m.i;

Interventi su Aziende Ospedaliere

- ogni Struttura sanitaria pubblica e privata del territorio, dotata di PS/DEA/EAS, predisponga un Piano di Gestione del Sovraffollamento dei pazienti urgenti nei PS/DEA/EAS, secondo le indicazioni di cui all'Allegato 1);
 - Standardizzazione dei criteri di sovraffollamento dei PS su percentili

Un colpo al cerchio (rete ospedaliera)

Allegato 1

Indicazioni per la distribuzione dei pazienti soccorsi dal Servizio di Emergenza Territoriale 118 e per la stesura di Piani di Gestione del Sovraffollamento (PGS) dei pazienti urgenti nei PS/DEA/EAS ospedalieri

A. Indicazioni per la distribuzione e l'accoglienza dei pazienti soccorsi e trasportati dal Servizio di Emergenza Territoriale 118 ai PS/DEA/EAS

Sulla base dei dati di afflusso storico dei pazienti ai PS/DEA/EAS, ciascuna Struttura dotata di PS/DEA/EAS si impegna ad accogliere i pazienti soccorsi territorialmente senza segnalare difficoltà alle S.O.R.E.U. 118 e senza chiedere il dirottamento delle ambulanze ad altra Struttura salvo nei casi di concomitante presenza di "straordinario iper-afflusso" e di "sovraffollamento" del PS/DEA/EAS, o per gravi e impreviste anomalie strutturali o tecnologiche della Struttura (ad es. incendio, allagamento, crollo, black out elettrico, black out informatico, ecc.).

B. Indicazioni per la stesura di Piani di Gestione del Sovraffollamento (PGS) dei pazienti urgenti nei PS/DEA/EAS

Ogni Struttura definisce un Piano di Gestione del Sovraffollamento (PGS) dei pazienti urgenti che ordinariamente affluiscono alle proprie strutture di Emergenza-Urgenza, il quale deve essere approvato dalla ASL di riferimento territoriale. La sommatoria dei PGS deve trovare piena compatibilità con le esigenze complessive espresse quotidianamente dall'utenza e deve, altresì, contenere le azioni che in ogni Struttura devono essere attivate per fronteggiare situazioni di afflusso superiore all'ordinario. Tali azioni sono definite per livelli di "intensità" crescente in funzione della gravità degli iper-afflussi, fino ad innescare, nelle situazioni di assoluta straordinarietà, i Piani di Emergenza Interni per il Maxi-afflusso Feriti (PEIMAF). Gli stessi PEIMAF, nonostante debbano essere attivati assai meno frequentemente rispetto ai PGS, è opportuno che prevedano steps di azioni successive, in relazione alla gravità degli eventi che devono essere fronteggiati.

Ed entrando nello specifico...

g) le azioni che in ciascun Presidio devono essere adottate, secondo steps successivi, in funzione del grado di affollamento del PS/DEA/EAS.

In ogni Presidio devono essere individuate:

1. le azioni da attuare per rafforzare la presenza di personale in PS in occasione di quelle situazioni di congestione dello stesso (anche se in assenza di saturazione di letti disponibili nel Presidio), compresi meccanismi di compensazione/rafforzamento del personale (pronta disponibilità, modelli gestionali dipartimentali, ecc.) già presenti nel Presidio o la rimodulazione delle presenze del personale medico e infermieristico in funzione del grado di attività in PS;
2. le azioni da attuare in caso di saturazione dei posti letto del Presidio con conseguente perdurante stazionamento dei pazienti in OBI o comunque in attesa di ricovero oltre le sei ore. Tali situazioni (che non dovrebbero superare il 15 – 20 % delle giornate/anno, dovrebbero prevedere, a titolo esemplificativo:
 - i. l'attivazione di un team interdisciplinare dedicato alla ricerca di pazienti da trasferire per proseguimento cure;
 - ii. la richiesta di accelerazione dell'esecuzione di prestazioni diagnostiche (e relativa refertazione) in favore delle Unità di degenza deputate a garantire accoglienza per i pazienti da PS;
 - iii. la possibilità per il PS di occupare posti letto indipendentemente dalle sezioni ordinariamente assegnate alle singole discipline;
 - iv. la riduzione (prima) e il blocco (poi) dei ricoveri programmati anche nelle discipline specialistiche da adottare in funzione di criteri uniformi di valutazione della saturazione dei posti letto.

inoltre

N.B. È auspicabile che nei Presidi Ospedalieri, secondo le modalità che ciascuna Direzione Sanitaria riterrà opportuno adottare, venga attivato un “Comitato ristretto”, un Ufficio, o anche solo una Figura dedicata alla gestione dei posti letto (bed management), con l’obiettivo di attuare ogni possibile iniziativa per ottimizzare l’utilizzo dei letti di degenza, con particolare attenzione all’accoglienza dei pazienti urgenti.

Uno alla botte (118-112)

Allegato 2

**Sistema informativo Emergenza Urgenza On Line (E.U.O.L.)
Linee Guida operative di utilizzo in Lombardia**

Il «pezzo forte»

Allegato 3

Indicazioni per la sperimentazione di un modello di ampliamento temporaneo del contingente di posti letto dell'area metropolitana milanese durante i periodi iper-afflusso ai PS.

Sperimentazione dell'ampliamento temporaneo del contingente dei posti letto: finalità e obiettivi.

Per affrontare efficacemente le situazioni di criticità sopra descritte, Regione Lombardia – DG Salute - intende sperimentare una modalità organizzativo-gestionale flessibile che prevede la possibilità di un temporaneo ampliamento del contingente di posti letto in alcune Strutture Ospedaliere che afferiscono alla Rete regionale dell’Emergenza-Urgenza.

La sperimentazione si basa sul modello di previsione anticipata dei picchi di accesso ai PS, necessaria per programmare una serie di azioni atte ad assicurare un ampliamento crescente e temporaneo di posti letto di ricovero, accompagnato da un adeguato supporto di risorse strutturali e operative.

Obiettivi specifici:

- ridurre i tempi di permanenza dell’utenza nell’astanteria in attesa di ricovero;
- evitare che il personale dedicato all’emergenza-urgenza svolga un’attività assistenziale aggiuntiva e non specifica, (assistenza ai malati in astanteria) che comporta un importante sovraccarico lavorativo per chi svolge mansioni particolarmente impegnative;
- evitare che a cascata, si producano ritardi nell’accoglienza e nella gestione dei nuovi arrivi in PS.

Qualora l’attivazione degli interventi previsti nei Piani di Gestione del Sovraffollamento (di cui all’Allegato 1), non fossero sufficienti ad evitare l’insorgenza dello stato di crisi e si sia superato il numero di accessi che definisce lo “straordinario iper-afflusso” normalizzato dalla media mobile, si prevede la possibilità di intervenire ulteriormente attraverso la sperimentazione di una modalità organizzativa che comporta il temporaneo ampliamento del contingente di posti letto della Struttura.

Letti aggiuntivi

- le Aziende/IRCCS che partecipano alla sperimentazione di cui trattasi, integrano i Piani di Gestione del Sovraffollamento - PGS, con l'individuazione della procedura per l'attivazione dei posti letto aggiuntivi e delle modalità organizzative di gestione dell'incremento stesso, secondo indicazioni precise
 - Finanziamento per 2000000 di euro (in seguito raddoppiati)
 - il numero massimo di giornate di ampliamento dei posti letto pro tempore non può essere superiore a 40 giorni/anno, compreso il ripristino della situazione di normalità, pena il non riconoscimento delle risorse a copertura delle spese per le giornate aggiuntive

Snodo trasporti secondari

Allegato 4

TRASPORTI SANITARI SECONDARI

Indicazioni per la collaborazione tra
Sistema Emergenza Territoriale e Rete ospedaliera

- Seguono dettagliate specifiche ma in sintesi viene ribadita la responsabilità degli ospedali nella organizzazione e gestione dei trasporti e l'eventuale supporto AREU solo per comprovata indisponibilità.

considerazioni

- Indiscutibilmente una legge che entra nel merito e tenta di proporre modelli organizzativi e soluzioni
- Mette fondi a disposizione e pone obiettivi verificabili
- Lo stato dell'arte della applicazione della legge e delle soluzioni proposte è a macchia di leopardo. A titolo esemplificativo nel 2015 usati meno di $\frac{1}{4}$ dei fondi per i letti aggiuntivi

Me qualcosa di nuovo emerge...

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 aprile 2015, n. 70.

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

Luci

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

Luci

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

Disciplina o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
Descrizione	Bacino max	Bacino min	Bacino max	Bacino min
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	0,3	0,15		

Ombre

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

Allegato 1

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

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post- acute e riabilitative. In ogni caso, l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico

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

2. Classificazione delle strutture ospedaliere

L'applicazione del percorso sopra definito prevede dati in riduzione rispetto ai parametri relativi ai posti letto esistenti al momento (4,0 p.l. per mille abitanti di cui 0,7 p.l. per le discipline di lungodegenza e riabilitazione post-acuzie) per rendere i medesimi dati coerenti con la riduzione al 3,7. La riduzione del fabbisogno di posti letto deriva sia dal percorso di appropriatezza che prevede una conversione di ricoveri ordinari in day hospital e prestazioni territoriali e la conversione di ricoveri in day hospital in prestazioni territoriali, sia dal calcolo dei posti letti normalizzati nel caso di scarso utilizzo dei posti letti esistenti. Il

Riduzione posti letto per acuti da 4 ogni 1000 abitanti a 3 ogni 1000 abitanti

Soglie minime per le strutture complesse in funzione di attività ed esito

4.6 Sia per volumi che per esiti, le soglie minime identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche, possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, verranno definiti i valori soglia per volumi di attività specifici, correlati agli esiti

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

e le seguenti soglie di rischio di esito:

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

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

Fare (ridurre e riconvertire) e fare presto

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

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

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

dopo il DM 70

- Le 20 regioni devono emettere decreti regionali finalizzati alla attuazione degli interventi e organizzazione delle rete.
- inoltre ogni regione in funzione delle sue «sensibilità» è già intervenuta sulla riorganizzazione dei PS e della rete di emergenza

Tutte le regioni dovranno adeguarsi



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 5113

Seduta del 29/04/2016

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta del Presidente Roberto Maroni

Oggetto

LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ADOZIONE DEI PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST), DEGLI IRCCS DI DIRITTO PUBBLICO DELLA REGIONE LOMBARDIA E DI AREU

Di seguito vengono riprese, secondo quanto previsto dagli artt. 6 e 7 della legge 23/2015, le funzioni delle ATS e delle ASST la cui piena comprensione ed assimilazione devono essere la guida per la stesura dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici .

A.1.2 Legislazione regionale

Con l.r. 11 agosto 2015 n. 23 e la successiva l.r. 22 dicembre 2015 n. 41, è stata approvata la riforma sanitaria che dà avvio al percorso di evoluzione del Servizio Sociosanitario Lombardo (SSL).

La legge reca modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).

Non si è trattato di una semplice revisione legislativa, bensì di una evoluzione del SSL, in ragione della necessità di porre le basi per l'adeguamento del servizio alle nuove complessità dei prossimi decenni (ad

esempio l'allungamento dell'aspettativa di vita e l'aumento conseguente della cronicità), superando in primo luogo la netta divisione tra politiche sanitarie e politiche sociosanitarie per far confluire risorse, energie e competenze professionali in un unico Servizio, coordinato da un'unica regia e deputato alla presa in carico dei bisogni complessivi delle persone, delle famiglie e dei soggetti più fragili.



La legge quindi indica la necessità di passare dalla cura al prendersi cura e si traduce concretamente nella capacità del sistema di affiancare le persone croniche o fragili e le loro famiglie nel loro percorso di vita. In una frase: dalla cura al prendersi cura mettendosi a fianco del percorso di vita e di malattia delle persone.

Ciò avviene mediante "l'elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico" in un "processo di integrazione fra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle di competenza delle autonomie locali".





INDICE

PARTE A – INDICAZIONI GENERALI

A.1 IL CONTESTO NORMATIVO

- A.1.1 Legislazione nazionale – Principi generali
- A.1.2 Legislazione regionale
- A.1.3 Piano Sociosanitario Integrato Lombardo (PLS)

A.2 IL RUOLO DEL PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO

- A.2.1 Autonomia e rapporti con la regione
- A.2.2 Vincoli organizzativi

A.3 LE RELAZIONI DELLE AGENZIE/AZIENDE CON L'ESTERNO

- A.3.1 Ufficio di Pubblica Tutela
- A.3.2 Ufficio Relazioni con il Pubblico
- A.3.3 Relazioni con Organizzazioni di volontariato
- A.3.4 Conferenza dei Sindaci

A.4 IL PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO

- A.4.1 Caratteristiche
- A.4.2 Contenuti
 - A.4.2.1 Parte descrittiva
 - A.4.2.2 Allegati

A.5 IL MODELLO ORGANIZZATIVO

- A.5.1 Organi
 - A.5.1.1 Direttore Generale
 - A.5.1.2 Collegio Sindacale
 - A.5.1.3 Collegio di direzione
- A.5.2 Organizzazione Dipartimentale
 - A.5.2.1 Compiti e attività del Dipartimento
 - A.5.2.2 Tipologia di dipartimenti
 - A.5.2.3 Gli organi del dipartimento
 - A.5.2.4 Le risorse del dipartimento
 - A.5.2.5 Le strutture organizzative

PARTE B – AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS)

B.1 INTRODUZIONE

B.2 ORGANIZZAZIONE

- B.2.1 Direzione Generale - Staff
- B.2.2 Direzione Strategica
 - B.2.2.1 Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS)
- B.2.3 Direzione Amministrativa
 - B.2.3.1 Dipartimento Amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali
 - B.2.3.1.1 Affari Generali e Legali
 - B.2.3.1.2 Servizi Contabili e Servizi Mensili
 - B.2.3.1.3 Programmazione, Bilancio e Rendicontazione
 - B.2.3.1.4 Programmazione e monitoraggio dei flussi finanziari
 - B.2.3.1.5 Gestione Contabilità Generale
 - B.2.3.1.6 Gestione Contabile attività libero professionali, solvenza e area a pagamento
 - B.2.3.1.7 Gestione Piano Attuazione Certificabilità dei Bilanci
 - B.2.3.1.8 Sistema dei Controlli Interni
 - B.2.3.1.9 Servizio Gestione Acquisti
 - B.2.3.1.10 Servizio Tecnico Patrimoniale
- B.2.4 Direzione Sanitaria
 - B.2.4.1 Servizio Farmaceutico
 - B.2.4.2 Dipartimento Cure Primarie
 - B.2.4.3 Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
 - B.2.4.4 Dipartimento Veterinario e Sicurezza degli Alimenti di origine animale
 - B.2.4.4.1 Il Dipartimento
 - B.2.4.4.2 I Distretti Veterinari
- B.2.5 Direzione Sociosanitaria
 - B.2.5.1 Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS)
 - B.2.5.2 Distretti
 - B.2.5.3 Conferenza dei Sindaci

PARTE C – AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST)

C.1 INTRODUZIONE

C.2 AMBITI DI COGENZA (VINCOLI NORMATIVI)

C.3. STRATEGIE ORGANIZZATIVE

C.3.1 Mappatura dei processi organizzativi

C.3.2 Esempi di articolazione organizzativa funzionale delle ASST

C.4 ORGANIZZAZIONE

C.4.1 Direzione Generale - Staff

C.4.2 Direzione Amministrativa

C.4.2.1 Affari Generali e Legali

C.4.2.2 Servizio Gestione Risorse Umane

C.4.2.3 Sistema dei Controlli Interni

C.4.2.4 Programmazione, Bilancio e Rendicontazione

C.4.2.5 Programmazione e monitoraggio dei flussi finanziari

C.4.2.6 Gestione Contabilità Generale

C.4.2.7 Gestione Contabile attività libero professionali, solvenza e area a pagamento

C.4.2.8 Gestione Piano Attuazione Certificabilità dei Bilanci

C.4.2.9 Servizio Gestione Acquisti

C.4.2.10 Servizio Tecnico Patrimoniale

C.4.3 Direzione Sanitaria

C.4.3.1 SITRA

C.4.3.2 Direzione Medica di Presidio

C.4.3.3 Servizio di Farmacia Ospedaliera

C.4.3.4 Medicina Legale

C.4.3.5 Area della Prevenzione

C.4.4 Direzione Sociosanitaria

C.4.4.1 Dipartimento di Salute Mentale

C.4.4.2 *Prevention Process Owner*

SUB ALLEGATO 1 - LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE DELLA RETE INTEGRATA DI CONTINUITA' CLINICO ASSISTENZIALE (RICCA)

SUB ALLEGATO 2 – RETE INTEGRATA MATERNO-INFANTILE (RIMI)

SUB ALLEGATO 3 – LE COMPETENZE DELLE ASST IN AMBITO MEDICO-LEGALE

LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE DELLA RETE INTEGRATA DI CONTINUITÀ CLINICO ASSISTENZIALE (R.I.C.C.A)

"In Lombardia le persone affette da malattie croniche sono 3,5 milioni, pari a circa il 30% della popolazione, una proporzione relativamente contenuta ma destinata ad aumentare nei prossimi anni. In questo gruppo di pazienti aumenta sempre più il numero delle persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, etc.), stimabili attualmente in circa 600.000. Se si considera che le malattie croniche in Lombardia incidono per più del 70% sulla spesa sanitaria globale, si comprende come il tema sia cruciale per l'amministrazione regionale, che ha ritenuto necessaria una programmazione dedicata. Se la maggior parte delle risorse sanitarie è destinata alla cura di patologie croniche e invalidanti, occorre dotarsi di strumenti adeguati per assicurare la sostenibilità del sistema regionale e garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo appropriato ed equo, anche in considerazione degli obiettivi nazionali di contenimento della spesa in risposta all'attuale crisi economico-finanziaria".

3.2 Obiettivi e funzioni della rete

Obiettivo della rete è di attuare, nell'ambito della ASST, la presa in carico delle "persone in condizione di cronicità e fragilità, garantendo la continuità e l'appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle Unità d'Offerta deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e la loro integrazione con le prestazioni sociali".

I principali nodi della rete sono:

- **Presidi SocioSanitari Territoriali (PreSST):** sono il luogo nel quale si realizza la presa in carico della persona cronica e della persona fragile e delle loro famiglie, in stretta connessione con le cure primarie. Sono una modalità organizzativa volta ad assicurare, attraverso sia la gestione diretta da parte della ASST, che integrata con altre istituzioni o gestori presenti sul territorio, i servizi e le prestazioni per fornire risposte ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Assicurano, come gli altri nodi della rete, prestazioni:

- di presa in carico e valutazione multidimensionale;
- di definizione dei PAI;
- di definizione delle altre attività necessarie, quali ad esempio la fornitura di ausili e protesi.

Erogano prestazioni ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità e attivano:

- servizi/prestazioni di Assistenza domiciliare;
- degenze a bassa intensità o ricoveri temporanei presso le Unità d'offerta sociosanitarie o sanitarie.

Promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria.

Presidi Ospedalieri Territoriali (POT): sono strutture che erogano prestazioni sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale e domiciliare. Possono derivare dalla trasformazione di piccoli ospedali, ma anche essere collocati all'interno di presidi ospedalieri. Integrano le funzioni del PreSST e assicurano ricoveri medici a bassa intensità, subacuti, hospice, cure intermedie, chirurgia ambulatoriale, MAC e Day Surgery. L'azione di presa in carico del paziente cronico è effettuata secondo un modello proattivo d'assistenza.

Ambulatori specialistici:

Servizio Protesico:

Servizio di assistenza sociale

Servizio Psicologia clinica

Assistenza domiciliare Integrata (ADI):

Cure intermedie:

Farmacia dei servizi.

Cure primarie MMG/AFT/UCCP/Cooperative CReG. Il medico di medicina generale ha nel sistema sanitario il ruolo di mettersi al fianco degli assistiti, che lo hanno liberamente scelto, per aiutarli a affrontare la loro storia di salute e malattia (Mantenere lo stato di salute - Prevenire, riconoscere e curare la malattia – Chiedere e accettare i supporti che il sistema offre). Il nodo di rete cure primarie si configura quindi come una delle componenti fondamentali per garantire l'appropriata gestione del paziente cronico in particolare nelle prime fasi di malattia.

L'attuale processo in atto di riorganizzazione delle cure primarie, che vede i medici organizzati in AFT e UCCP, è volto a garantire:

- a. La facilitazione all'assistito nell'accesso ai servizi, utilizzando strumenti come telefono, email e internet nelle relazioni tra pazienti e professionisti;
- b. Il coinvolgimento dell'assistito nei processi assistenziali attraverso il più ampio accesso alle informazioni, il *counselling* e il supporto all'auto-cura;
- c. Il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi, es. tra ospedale e territorio).

E per i posti letto?

Reparti di ricovero (sub acuti – area medica). Dando atto che tutte le discipline sono rappresentate nella rete di offerta lombarda, parte di questa offerta andrà riorientata e organizzata all'interno della rete.

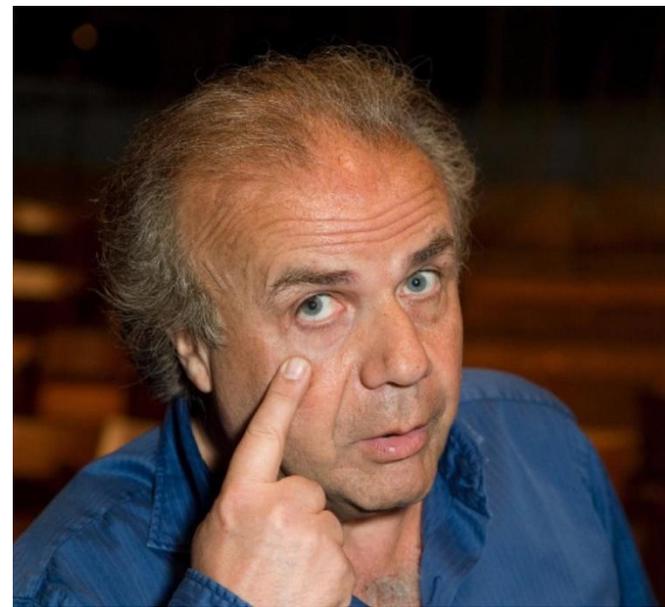
Dato che:

In questo documento di 94 pagine non ho trovato mai scritte le parole:

Pronto Soccorso, OBI, medicina d'urgenza, MEU, MCAU o altro che notoriamente non sono coinvolti nella gestione di questi pazienti

**Vedremo in che senso sarà riorientata questa offerta
in Lombardia**

Oltre alla riduzione dei posti letto per acuti da 4 ogni 1000 abitanti a 3 ogni 1000 abitanti già prevista nel DM70



A.1 IL CONTESTO NORMATIVO

A.1.1 Legislazione nazionale – Principi generali

La L. 191/2011 e l'art. 22 del Patto della Salute 2014/2016 prevedono che entro il 2020 le Regioni dovranno raggiungere, in un percorso graduale, la riduzione del costo del personale che non potrà essere superiore al costo dell'anno 2004 ridotto dell'1,4%. La DG Welfare, nell'ambito dell'istruttoria che verrà avviata al fine di procedere all'approvazione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici, dovrà, pertanto, necessariamente tenere conto di questo stringente vincolo finanziario.

A.2.2 Vincoli organizzativi

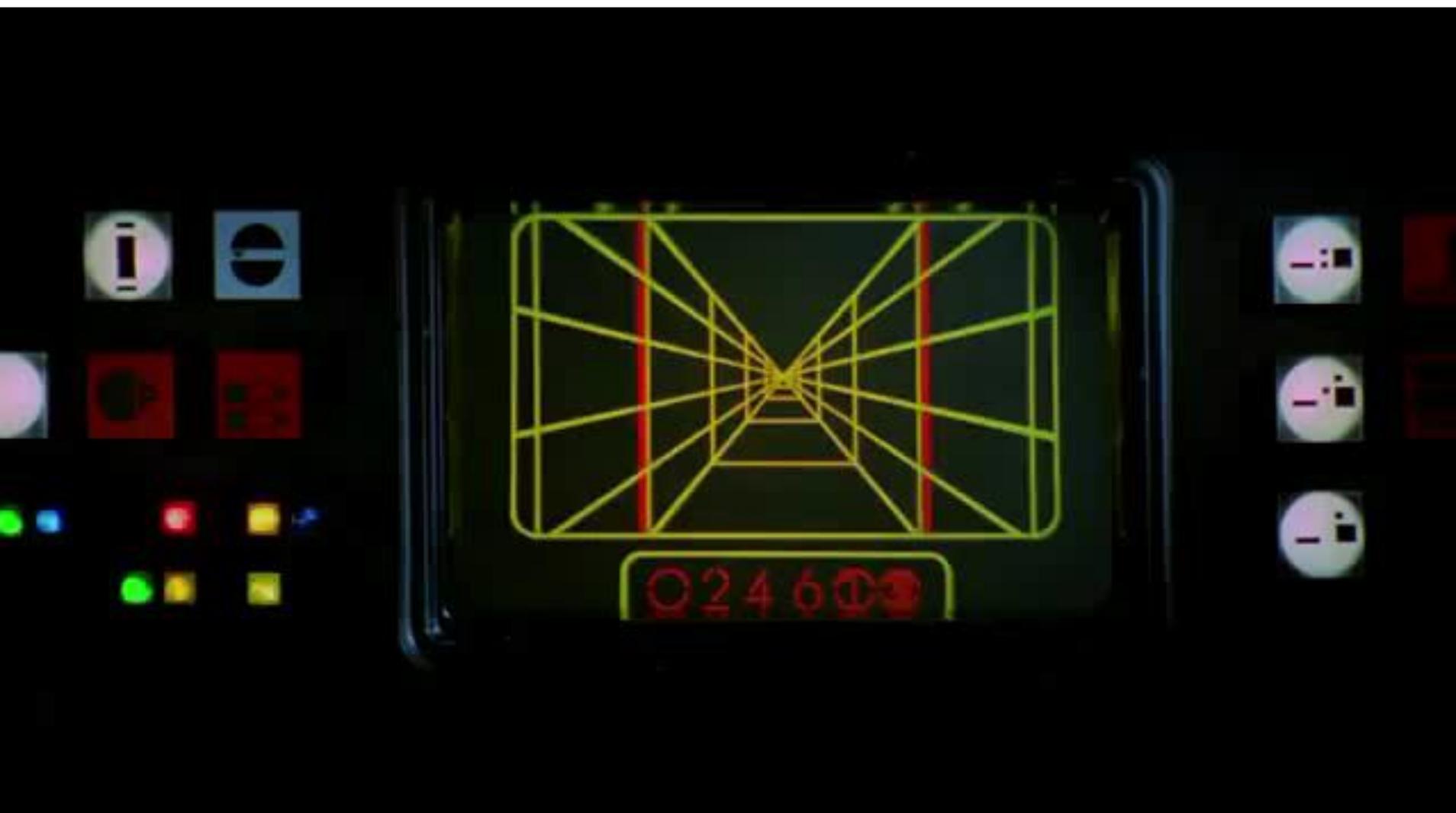
In attuazione del D.M. 70/02.04.2015: "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*" e con riferimento alla DGR n. X/4873 del 29.02.2016, attraverso i POAS dovrà essere realizzata la graduale riduzione del numero delle UOC e dei Dipartimenti derivante dal nuovo assetto organizzativo del SSL.

Quindi ?

- Dobbiamo sperare che tutte le reti progettate proposte e realizzate funzionino e funzionino presto e bene
- Altrimenti ci troveremo sempre più spesso in difficoltà
- E per non far crollare il sistema potremmo essere sempre più spesso costretti ad usare la forza

«Usare la forza»







HULKA II fight scenes[2].wmv

D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128

Ordinamento interno dei servizi ospedalieri

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 23 aprile 1969, n. 104, S.O.

CAPO I

SERVIZI OSPEDALIERI, SOVRAINTENDENZA E DIREZIONE SANITARIA, DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Accertata la necessità del ricovero, questo non può essere rifiutato. In caso di mancanza di posti o per qualsiasi altro motivo che impedisca il ricovero, lo stesso ospedale, apprestati gli eventuali interventi di urgenza, assicura, a mezzo di propria autoambulanza e, se necessario, con adeguata assistenza medica, il trasporto dell'infermo in altro ospedale.

Il giudizio sull'urgenza e sulla necessità del ricovero è rimesso alla competenza del medico che accetta l'infermo; il giudizio sulla durata del ricovero è rimesso alla competenza dei sanitari curanti.

inoltre

- I medici di PS in servizio sono notoriamente **Publici Ufficiali**:
- Questa qualifica **non** ci da grandi poteri, nonostante questo però dobbiamo ricordarci che:
- Come dice ZIO BEN :
- «da grandi poteri derivano grandi responsabilità»

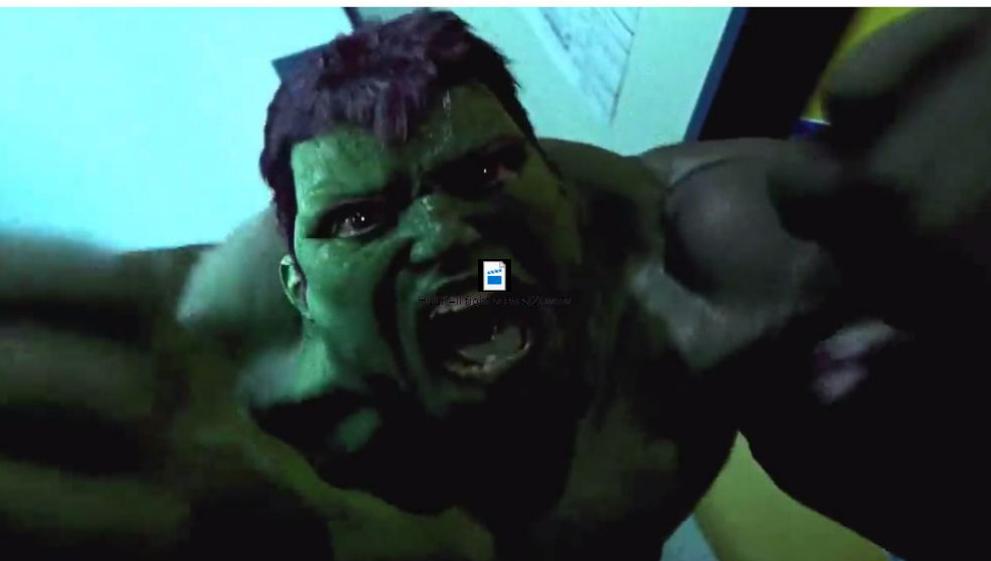


328 c.p. (OMISSIONE O RIFIUTO DI ATTI D'UFFICIO ultima versione) recita testualmente: “**Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni**”...

Dal 2009 e credo fino ad ora, sappiamo che questo reato non si applica all'omesso ricovero (Sentenza Cassazione Penale n.46512).

Varrà anche nel nuovo contesto normativo ?

Quindi se necessario e se possibile
per tutelare i pazienti
i medici di PS sono tenuti
a forzare il sistema



Ricordando che Il **ricovero d'ufficio** spetta al Medico di PS ed è una misura puntuale rivolta al singolo caso.

La chiusura dei ricoveri programmati spetta alle Direzioni Mediche di Presidio o Direzioni Sanitarie, ed è una misura di sistema

Perché...

- Dal 2005 è stata depositata una sentenza in corte di cassazione penale (n. 9638 del 2000 che dice una cosa semplice semplice:

Gli operatori sanitari sono **tutti** portatori (durante la loro attività lavorativa) di una **posizione di garanzia** nei confronti dei pazienti, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto dagli articoli 2 e 32 della Costituzione ... devono tutelarli contro qualsivoglia pericolo ne minacci l'integrità...

Il sovraffollamento è una documentata e oggettiva condizione di pericolo per i nostri pazienti.

Ma non credo debba essere una sentenza a ricordarcelo...

Grazie

- Le regioni dovranno dare attuazione al DM 70
- È possibile che nella fase riorganizzativa la componente di riduzione dei posti letto preceda l'ottimizzazione della rete territoriale e dei modelli di assistenza proposti
- Le conseguenze sono facilmente prevedibili