



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 4873

Seduta del 29/02/2016

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
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

INDICAZIONI RELATIVE ALL'ASSOLVIMENTO DELLE DISPOSIZIONI DI CUI ALL'ARTICOLO 1, COMMA 541, DELLA LEGGE 28 DICEMBRE 2015, N. 208, STANDARD OSPEDALIERI E LEGGE 161/2014. PRIMO PROVVEDIMENTO - (ATTO DA TRASMETTERE AL CONSIGLIO REGIONALE)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Dirigenti Mauro Agnello Luca Merlino Marco Cozzoli

Il Direttore Generale Walter Bergamaschi

L'atto si compone di 38 pagine

di cui 32 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTI:

- la Legge 30 ottobre 2014, n. 161 *“Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis”* ed il particolare l'art. 14 il quale dispone che le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano devono garantire la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari e l'ottimale funzionamento delle strutture, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili altrimenti attuino appositi processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi dei propri enti sanitari nel rispetto delle disposizioni vigenti;
- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 , n. 70 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”* che, al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, intende procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera ed adotta il Regolamento allegato al DM stesso in cui dettaglia tali standard;
- la Legge 28 dicembre 2015 n. 208 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016)”* ed in particolare l'art. 1 comma 541 il quale dispone che: *“nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio Sanitario Nazionale e, in relazione alle misure di accrescimento dell'efficienza del settore sanitario previste dai commi da 521 a 552 nonché alle misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui ai commi da 538 a 540, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari - nel rispetto altresì delle disposizioni dell'Unione Europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro - le Regioni e le Province Autonome:*
 - a) *ove non abbiano ancora adempiuto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, adottano il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale nonché i relativi provvedimenti attuativi. Le regioni sottoposte ai piani di rientro, in coerenza con quanto definito dall'articolo 1, comma 4, del medesimo decreto, adottano i relativi provvedimenti nei tempi e con le modalità definiti nei programmi operativi di prosecuzione dei piani di*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

rientro;

- b) *predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161;*
- c) *trasmettono entro il 29 febbraio 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b) al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, nonché al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, istituito ai sensi della lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015; il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA valutano congiuntamente, entro il 31 marzo 2016, i provvedimenti di cui alle lettere a) e b), anche sulla base dell'istruttoria condotta dal Tavolo di cui alla lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015";*
- d) *ferme restando le disposizioni vigenti in materia sanitaria, ivi comprese quelle in materia di contenimento del costo del personale e quelle in materia di piani di rientro, se sulla base del piano del fabbisogno del personale emergono criticità, si applicano i commi 543 e 544;*

VISTE, altresì, le Circolari del Ministero della Salute LEA_LOMBARDIA-SCLEA-22/02/2016-0000002-P e quella integrativa LEA_LOMBARDIA-SCLEA-25/02/2016-0000003-P che stabiliscono le indicazioni operative che le Regioni e le Province Autonome devono assumere in ottemperanza all'art. 1 commi 541, lettera b), 542 e 543 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 come sotto declinati:

- adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico



Regione Lombardia

LA GIUNTA

del Servizio Sanitario Regionale nonché i relativi provvedimenti attuativi;

- predisporre un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161;
- trasmettere entro il 29 febbraio 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b) al Tavolo di verifica degli adempimenti, al Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, e al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70;

VISTO e ritenuto di approvare il *"Documento generale di programmazione dell'adeguamento della rete d'offerta di cui alle disposizioni del DM 70/2015"*, allegato 1) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ed il relativo sub allegato 1) *"Tabelle di riferimento"*;

RITENUTO inoltre di approvare il documento *"Relazione in merito alla determinazione del fabbisogno del Personale ai sensi dell'articolo 1, comma 541 lettera b) della Legge 28 dicembre 2015 n.208 – Stabilità 2016"* - allegato 2) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento - rinviando a successivi atti la predisposizione del piano di fabbisogno di cui alle note ministeriali sopra richiamate;

RITENUTO altresì di trasmettere la presente deliberazione al Tavolo di verifica degli adempimenti, al Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al DM Salute 70/2015;

RITENUTO di dare mandato alla Direzione Generale Welfare di produrre le ulteriori documentazioni che all'interno del quadro programmatico previsto dal presente provvedimento potranno essere richieste dal Ministero della Salute;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTI:

- il *“Programma Regionale di Sviluppo della X legislatura”* - approvato con d.c.r. n. IX/56 del 28/9/2010;
- il *“Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014”* - approvato con d.c.r. n. X/88 del 17/11/2010;
- la l.r. 14 agosto 2015, n. 23 *“Evoluzione del Sistema Sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 23 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”*;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie tali considerazioni;

A VOTI UNANIMI espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

- 1) di approvare il *“Documento generale di programmazione dell’adeguamento della rete d’offerta di cui alle disposizioni del DM 70/2015”* - allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ed il relativo sub allegato 1) *“Tabelle di riferimento”*;
- 2) di approvare il documento *“Relazione in merito alla determinazione del fabbisogno del Personale ai sensi dell’articolo 1, comma 541 lettera b) della Legge 28 dicembre 2015 n. 208 – Stabilità 2016”* - allegato 2) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento - rinviando a successivi atti la predisposizione del piano di fabbisogno di cui alle Circolari del Ministero della Salute LEA_LOMBARDIA-SCLEA-22/02/2016-0000002-P e quella integrativa LEA_LOMBARDIA-SCLEA-25/02/2016-0000003-P;
- 3) di trasmettere la presente deliberazione al Tavolo di verifica degli adempimenti, al Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al DM Salute 70/2015;
- 4) di trasmettere la presente deliberazione alla competente commissione consigliare;



Regione Lombardia
LA GIUNTA

5) di dare mandato alla Direzione Generale Welfare di produrre le ulteriori documentazioni che all'interno del quadro programmatico previsto dal presente provvedimento potranno essere richieste dal Ministero della Salute.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

ALLEGATO 1)

Documento generale di programmazione dell'adeguamento della rete d'offerta alle disposizioni del DM 70-2015

PREMESSA

Regione Lombardia è da anni impegnata in un processo di revisione organizzativa e funzionale della rete d'offerta attraverso vari interventi programmatici, finalizzati ad adeguare il sistema a una domanda di salute profondamente mutata nel tempo, mantenendo qualità e capacità innovativa e accrescendo al contempo l'efficienza del sistema sanitario per mantenere l'equilibrio economico-finanziario.

Grazie a una serie di azioni programmatiche avviate dalla Regione negli ultimi 15 anni, sono progressivamente diminuiti i ricoveri e sono significativamente aumentate le prestazioni ambulatoriali, nonostante il parallelo aumento e invecchiamento della popolazione.

Il modello sanitario lombardo si è dimostrato complessivamente valido nella sua capacità di garantire la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza, e gli interventi della regione hanno consentito di mantenere il pareggio di bilancio (già dal 2003) e di ridurre la dotazione complessiva di posti letto, che risulta attualmente pienamente allineata in Lombardia agli standard nazionali (3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti).

Per affrontare i cambiamenti necessari, nel corso degli ultimi 15 anni la Regione Lombardia si è mossa in più direzioni, sintetizzate nel seguito.

- Già dal 2005 sono state sviluppate le **reti di patologia**, fondate sull'integrazione multiprofessionale, la condivisione di PDTA e la messa in rete dei servizi che erogano prestazioni per specifiche patologie (tumori solidi ed ematologici, insufficienza renale, epilessia, artrite reumatoide, ecc.).
- E' stata successivamente sviluppata un'articolazione dell'assistenza ospedaliera centrata sui processi clinici e modulata in base alla complessità assistenziale e di cura (**ospedali per intensità di cura**); questa nuova modalità organizzativa ha promosso logiche di ottimizzazione dell'uso delle risorse e migliorato la presa in carico del paziente. In alcuni ambiti clinici, inoltre, la realizzazione di **dipartimenti interaziendali** (DIPO, Dipartimenti Interaziendali Oncologici Provinciali, Dipartimenti di Riabilitazione, ecc.) ha favorito lo sviluppo di funzioni di governo clinico e di integrazione delle cure secondo un modello di rete centrato sulla persona.
- Un'ulteriore innovazione a forte impatto sulla contrazione dei posti letto ospedalieri riguarda l'attività di **cure subacute**, introdotta col PSSR 2010-2014, che mira a ridurre il carico di pazienti, tipicamente anziani, che restano a lungo negli ospedali per acuti in quanto non ancora dimissibili al domicilio. A partire dal 2011 la Regione ha regolamentato le "cure sub-acute" con una serie di provvedimenti (DGR 937 dell'1.12.2010, DGR n. IX/1479 del 30 marzo 2011), stimando un fabbisogno a regime di circa 1.150 posti tecnici sub-acute, definendo i requisiti strutturali ed organizzativi di accreditamento dell'area

subacuta, i criteri di accesso e altre indicazioni specifiche. Si è così avviata l'attivazione di 'posti tecnici subacuti' (ad oggi circa 950 unità), derivanti dalla riconversione di p.l. per acuti oppure di p.l. di riabilitazione, presso strutture già accreditate e a contratto.

- Sono state attivate dalla Regione forme di sperimentazione per l'assistenza alla cronicità (**CReG, POT, ecc.**) e la presa in carico proattiva (medicina d'iniziativa) dell'intero percorso di cura dei malati cronici, in relazione al livello di severità clinica e del bisogno assistenziale. Sono inoltre aumentati i posti e le iniziative sociosanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali, assicurate dal Fondo a sostegno della Famiglia e dei suoi componenti fragili. Gli *"Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018"*, recentemente approvati dalla Giunta Regionale (D.G.R. 4662 del 23/12/15), prefigurano un consolidamento in tal senso della revisione organizzativa della rete d'offerta già in atto.
- Tra le azioni programmatiche che hanno consentito di trasferire al contesto ambulatoriale, a parità di sicurezza ed efficacia, attività sanitarie che prima venivano erogate in contesto ospedaliero, si ricorda l'introduzione, già dal 2011, delle **BIC** (attività chirurgiche a bassa complessità operativa-assistenziale) e delle **MAC** (macro attività ambulatoriali ad alta complessità ed integrazione).

Con la **Legge 23/2015** e l'unificazione in un'unica "DG Welfare" delle 2 precedenti Direzioni Generali (DG Salute e DG Famiglia, Pari Opportunità e Solidarietà Sociale), la Regione ha dato impulso a interventi finalizzati all'integrazione del sistema sanitario, sociosanitario e sociale. Grazie all'intervento di riforma saranno consolidate le iniziative già in atto di revisione della rete ospedaliera. In particolare, il nuovo assetto delle neo-costituite ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali) riordina l'erogazione dei servizi nell'ambito di 2 poli d'offerta, un polo ospedaliero (per le prestazioni in acuzie e in elezione) e un distinto polo territoriale (per le prestazioni di bassa intensità di cura e assistenziale), in grado di generare una propria offerta e capacità di attrazione alternativa all'ospedale.

Il presente Documento reca indirizzi generali di programmazione in ottemperanza alle previsioni del Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015 *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*.

Obiettivi del documento sono: illustrare la metodologia che ha condotto all'articolazione della rete di offerta lombarda nel rispetto dei bacini di utenza e dei volumi di attività; motivare e correggere eventuali scostamenti rispetto agli standard definiti dal D.M. 70/2015

Il documento è articolato nelle seguenti sezioni, secondo le indicazioni fornite nella Circolare 19 febbraio 2016 del Ministero della Salute (*"Articolo 1, comma 541, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 Indicazioni operative"*):

1. Dotazione totale di posti letto e articolazione della rete ospedaliera
 - 1.1 Riabilitazione e residenzialità territoriali
 - 1.2 Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)
 - 1.3 Articolazione della rete delle alte specialità
 - 1.4 Articolazione della rete materno-infantile
 - 1.4 Servizi trasfusionali
2. Volumi ed esiti

3. Articolazione della rete dell'emergenza urgenza
 - 3.1 Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso
 - 3.2 Rete ospedaliera dell'emergenza
4. Articolazione delle reti tempo dipendenti e altre reti di patologia

Le previsioni contenute nel presente documento troveranno sviluppo e completamento nel Piano Socio Sanitario Regionale in fase di rinnovo e prossima approvazione. Con lo stesso si provvederà a definire le tempistiche del riordino che dovranno comunque considerare come momento decisivo di verifica il 31/12/2017.

1. DOTAZIONE DI POSTI LETTO E ARTICOLAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

La rete di offerta pubblica e privata accreditata è composta da **37.000 posti letto** (63% nelle aziende pubbliche ed il rimanente 37% nelle strutture private accreditate) e si attesta oggi (se si tiene conto della attività svolta per le altre regioni) su valori compatibili con gli indici previsti dalle norme nazionali sia per quanto riguarda i posti letto per acuti (3,0 x 1.000) che per quanto riguarda la riabilitazione (0,7 x 1.000).

Questa rete di offerta ha prodotto nel 2012 più di 1.520.000 ricoveri (di cui 1.416.000 per acuti) per un totale di quasi 11 milioni di giornate di degenza, di cui il 10% relativi a pazienti provenienti da altre Regioni, con picchi del 50% in aree complesse quali quella oncologica e cardiocerebrovascolare.

Tra gli **oltre 200 presidi** che costituiscono la rete ospedaliera lombarda, sono presenti 25 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), pubblici e privati, su un totale di 60 esistenti nel nostro paese (42%), il che fa della Lombardia la regione nella quale è massima la concentrazione di questa tipologia di strutture. Per altro, la loro peculiarità si riscontra anche all'esame della complessità della casistica trattata, che presenta un peso medio DRG piuttosto elevato (fino ad 1,5 negli IRCCS privati).

Tutte le discipline sono rappresentate nella rete di offerta lombarda, anche quelle a più alta specializzazione (neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia toracica, vascolare, ecc.), con centri e reparti di eccellenza noti non solo in tutta Italia ma anche in campo internazionale.

L'elevata qualità delle prestazioni di ricovero erogate è dimostrata dai valori degli indicatori di **attrazione dei cittadini di altre Regioni** (frequenze elevate: circa 160.000 ricoveri ogni anno; con un peso medio DRG molto superiore ad uno: 1,402; con concentrazione in alcuni settori a particolare complessità di cura: tumori, malattie cardiocircolatorie, ecc.) e dai corrispondenti (e opposti) indicatori di fuga (circa 60.000 ricoveri fuori Regione; con un peso medio DRG piuttosto basso: 1,019; particolarmente concentrati nei mesi e nei territori che caratterizzano i percorsi delle ferie e delle vacanze). Questa rete di offerta, sulla quale sono in corso da tempo azioni di riorganizzazione per garantirne una più efficiente (ed efficace) dislocazione territoriale, è capace di affrontare anche tematiche particolarmente sfidanti come è, ad esempio, il contesto delle malattie rare (sono oltre 45.000 i cittadini lombardi che soffrono di patologie rare per le quali è riconosciuta qualche forma di esenzione e dal conteggio sono esclusi gli oltre 25.000 lombardi con sprue celiaca).

Sebbene la localizzazione territoriale dell'offerta ospedaliera veda delle ovvie e naturali variazioni, con punte di posti letto attorno alle città di Milano e di Brescia, la distribuzione capillare dei presidi ospedalieri fa sì che, in particolare per le specialità di base (medicina generale, chirurgia

generale, ostetricia e ginecologia, ecc.), la rete di offerta sia molto vicina ai cittadini, che nel giro di pochi chilometri possono trovare adeguata risposta ai loro principali problemi di ricovero.

La Lombardia presenta un **tasso standardizzato di ospedalizzazione**, da istituti pubblici e privati accreditati, nel 2012 pari a 147,7 per 1.000 (valore nazionale 163,5 per 1.000) rientrando, quindi, nel limite fissato dalla normativa vigente. Nell'arco temporale 2007-2012 si è registrata una riduzione complessiva pari a 18,3%. Considerando separatamente le tipologie di ricovero si osserva per il Regime Ordinario una riduzione del 7,3% e per il Day Hospital del 50,8%.

Per quanto riguarda il dettaglio della dotazione di posti letto, quest'ultimi sulla base dei flussi ministeriali HSP 22-23-24 (p.l. attivati e quindi a carico del SSR nell'anno) risultano pari nel 2015 a 37.000 unità che a fronte di una popolazione (dato ISTAT) al 01/01/2015 di 10.000.000 abitanti porta ad un **indice di posti letto di 3,7/1.000**.

AREA	Letti D.O.	Letti D.H.	TOTALE
Alta specialità	1.601	71	1.672
Area chirurgica	8.754	1.206	9.960
Cure palliative	0	35	35
Area medica	11.916	617	12.532
Area materno infantile	3.808	373	4.181
Area riabilitativa	7.213	110	7.322
Area terapia intensiva	1.290	8	1.298
TOTALE	34.581	2.419	37.000

Inoltre, agli esiti di una valutazione di tipo organizzativo, risulta che il numero totale di Strutture Complesse (S.C.) presenti sul territorio è allineato al fabbisogno sanitario standard regionale.

Sulla base dei dati sopra esposti, emerge che **non è necessaria in Lombardia una riduzione del numero di posti letto esistenti, in quanto la dotazione complessiva è allineata allo standard richiesto di 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti**.

A conferma di ciò si ricorda che l'articolo 1, comma 3, lettera b, del DM n. 70/2015, prevede che la dotazione dei posti letto per mille abitanti sia corretta per il saldo di mobilità attiva/passiva e che questo porta il tetto massimo per la Regione Lombardia a circa 3,84 posti ogni 1.000 abitanti

Si rende invece necessaria un'attività programmatica di riorganizzazione della rete d'offerta, attraverso interventi di riconversione, trasformazione o riqualificazione di posti letto esistenti all'interno di una stessa area omogenea o - laddove tale ipotesi non sia percorribile - fra aree omogenee differenti. Lo scopo è pervenire a una diversa modalità di erogazione in cui più attività vengono accorpate per accentrare i volumi e la casistica.

Sono state identificate cinque aree omogenee, cui afferiscono le diverse discipline individuate dal DM 70-2015, oltre a un'area residuale:

- Medica
- Chirurgica
- Alte Specialità

- Riabilitazione
- Materno Infantile
- Altro

Le alte specialità e la riabilitazione saranno trattate di seguito in specifici paragrafi

Per le restanti Aree Omogenee nella tabella che segue è riportato, a titolo di esempio, un confronto fra i range individuati dal DM 70-2015 e la realtà lombarda, per quanto riguarda il numero di Unità Organizzative.

Area	N. U.O. con degenza		N. U.O Totali HSP24 (anno 2014)	Delta
	Min	Max		
Chirurgica	223	444	485	+ 41
Medica	318	628	526	In range
Materno-infantile	80	160	204	+ 44
Terapia intensiva	77	153	161	+ 8
Totale	698	1385	1376	In range

Le unità operative che costituiscono il sistema di offerta ospedaliero regionale sono complessivamente in linea con le indicazioni del DM 70. Disaggregando per area si osserva che in area chirurgica e in area materno-infantile, vengono individuati dei potenziali eccessi d'offerta, sui quali è possibile intervenire per compensare carenze in altre aree, a seguito di opportune specifiche valutazioni.

Nell' area materno-infantile l'eccedenza è in parte motivata dal fatto che, in Lombardia, le attività di procreazione medicalmente assistita di I, II e III livello erogate nell'ambito delle rete ospedaliera a carico del Servizio Sanitario Regionale sono collocate all'interno delle discipline di Ostetricia e Ginecologia e/o Urologia. A carico del Servizio Sanitario Regionale sono infatti presenti 31 servizi di PMA, ripartiti su tre livelli. In area chirurgica generale si ritiene opportuno proseguire nella progressivo potenziamento della chirurgia ambulatoriale complessa, in modo che a fronte di una maggior concentrazione delle UO chirurgiche, si possano mantenere i punti di erogazione territoriali.

Per le discipline cardiocirurgia, emodinamica, neurochirurgia e chirurgia toracica, il DM 70/2015 pone dei criteri quali-quantitativi relativi alla casistica trattata, che si intersecano con aspetti relativi alle reti tempo-dipendenti.

Azioni previste per il 2016:

Si prevede che all'interno di una stessa area omogenea, si possa esercitare un riequilibrio compensativo tra discipline che presentano un potenziale eccesso di offerta e discipline che invece hanno un potenziale di sviluppo (n° UO/posti letto minore rispetto alla soglia inferiore del range o ricomprese all'interno del range).

Il riequilibrio su menzionato potrà trovare attuazione attraverso le indicazioni che la Giunta Regionale fornirà per la predisposizione dei piani triennali di riorganizzazione aziendale (POAS) delle rinnovate Aziende erogatrici (ASST).

1.1 ATTIVITA' RIABILITATIVE

L'articolo 1, comma 3, lettera c), del DM n. 70/2015, ai fini del calcolo della dotazione dei posti letto nel rispetto di un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza, considera equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nelle relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le Regioni e le Province Autonome coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, con alcune eccezioni. Sono esclusi dal computo i posti letto "presso: le strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture territoriali per la salute mentale, le strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano (repertorio 30/CSR-2011) nonché le strutture residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 5 maggio 2011".

Su questa base e considerando, come sopra ricordato, il saldo attivo di mobilità il tasso di posti letto ad oggi calcolabile in Regione Lombardia è adeguato in termini complessivi e permette di proseguire le politiche già iniziate relativamente:

- all'adeguamento della rete secondo le linee stabilite dalla Giunta Regionale nel 2014 in coerenza con quanto previsto dal piano nazionale di indirizzo per la Riabilitazione del 2011
- al progressivo e graduale trasferimento di alcune attività riabilitative in regime di ambulatorietà complessa
- alla rimodulazione dell'offerta per intensità di cura, integrando livello sanitario e quello sociosanitario
- alla individuazione di modalità appropriate di erogazione delle attività sia nel merito della appropriatezza generica sia di quella specifica delle attività in congruenza con quanto previsto dalle Legge Regionale 23/2015 e dal piano della cronicità approvato dalla Giunta Regionale nel 2015.

1.2 PRESIDI OSPEDALIERI TERRITORIALI (POT)

Nel corso del 2014, con DGR X /1521 del 20/3/2014 (Allegato C) Regione Lombardia ha stabilito di sviluppare i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT), quali nuovi punti di riferimento per i cittadini complementari all'ospedale per acuti, nei quale sia garantita l'erogazione delle prestazioni e la presa in carico globale dei bisogni del paziente cronico, attraverso un monitoraggio proattivo del paziente e programmi di cura e assistenza personalizzati, assicurando il collegamento tra ambiti sanitari e socio-sanitari del territorio (Medici di Medicina Generale, ADI, ecc.) in relazione al livello di complessità della malattia e ai bisogni sanitari individuali.

Il POT è definito come il luogo fisico e riconoscibile attraverso il quale viene garantita al paziente l'erogazione di tutte le prestazioni di base comprese le cure primarie, anche in regime urgente, la valutazione multidimensionale del bisogno, ma anche il luogo ove avviene la presa in carico per l'orientamento alla persona fragile o con cronicità per le sue decisioni nell'accesso agli altri nodi della rete di assistenza.

La messa a regime del modello erogativo dei POT in Lombardia, si basa su un approccio sperimentale, per fasi successive modulate progressivamente.

Nel corso del 2014, con DGR n. X/2152 del 18/7/2014 e successiva DGR n. X/2837 del 5/12/2014, è stata avviata una **prima fase** di attuazione del programma sui POT, in 4 strutture che avevano presentato proposte attivabili in tempi relativamente brevi in quanto non richiedevano importanti interventi strutturali. La **2° fase** di attuazione della sperimentazione POT prevede l'avvio dell'attività in 7 presidi del territorio lombardo. E' stato inoltre già approvato un elenco di 8 nuove ipotesi progettuali meritevoli di ulteriori valutazioni per attivazione successiva.

Con DGR . X/4191 del 16/10/2015, la Giunta Regionale ha definito le Tariffe per la presa in carico del paziente cronico nell'ambito della sperimentazione POT, oltre ad indicazioni specifiche per la stipula dei Contratti tra ATS ed erogatori.

1.3 ARTICOLAZIONE DELLA RETE DELLE ALTE SPECIALITA'

Già nel 2012 e nel 2013, La Giunta Regionale della Lombardia - promuovendo principi di qualità, sicurezza ed efficacia delle prestazioni riconducibili alle alte specialità - aveva definito i criteri quali-quantitativi per individuare le attività di alta specialità che era opportuno cessare o trasferire verso altri presidi di erogazione di profilo quali-quantitativo più adeguato e sicuro (DGR 4605/2012, DGR 271/2013 e DGR 1186/2013).

Il DM 70 definisce dei volumi "ottimali" per le seguenti attività:

- Angioplastiche
- By pass
- Interventi di chirurgia maggiore al polmone.

Nelle citate delibere, Regione Lombardia ha individuato oltre a queste, anche altre attività rappresentate da specifici codici ICD-9-CM e DRG maggiormente caratterizzanti le UO di alta specialità e la soglia quantitativa minima delle stesse: applicando tali criteri sono state soppresse 14 unità operative di chirurgia vascolare e toracica, neuro e cardiocirurgia, emodinamica

Le citate delibere fondavano i loro contenuti su un percorso di condivisione con le società scientifiche più rappresentative del settore, ma furono impugnate a livello amministrativo (con esiti di parziale annullamento delle stesse delibere) con motivazioni che non ne hanno però messo in discussione i criteri quali-quantitativi definiti per l'individuazione della casistica.

Il rinnovato lavoro su questa tematica partirà quindi dai criteri elencati nel DM 70, integrati con quelli già stabiliti dalla Giunta Regionale nel 2012 e nel 2013

Nella Tabella che segue si è operato un confronto fra il numero di UO di altaspecialità previsto dal DM 70 e la realtà osservata in Regione Lombardia

Unità Operativa	Attesi (Regolamento)	Osservati
Emodinamica	35	56*
Cardiocirurgia pediatrica ed adulti	20	20**
Chirurgia toracica	13	15
Neuro chirurgia pediatrica ed adulti	20	23
Chirurgia vascolare	25	35***

(*) Il regolamento non considera che in quasi tutte le UO definite 'emodinamiche' vengono garantite attività di emodinamica e di elettrofisiologia, e che quindi per valutare questa tipologia di attività deve essere considerato questo complesso di attività;

(**) Il regolamento considera solo i by-pass mentre Regione Lombardia ha considerato anche gli interventi sulle valvole ed altre procedure;

(***) In questo caso una rimodulazione dell'offerta sarebbe mirata ad individuare i centri di maggiore complessità di mix e di tecnologica limitando l'effettuazione di attività minori sul sistema arterioso e su quello venoso in un contesto di area chirurgica.

Il lavoro in questo ambito proseguirà il filo conduttore della collaborazione con le società scientifiche e della ridefinizione della rete delle alte specialità in coordinamento con quella delle attività tempo – dipendenti.

1.4 ARTICOLAZIONE DELLA RETE MATERNO-INFANTILE

I criteri in base ai quali è caratterizzata la proposta di riorganizzazione della rete materno-infantile sono riportati nel Sub-Allegato 1 (Tabella 1). Come risulta visibile dall'elenco riportato, nell'elaborare i criteri non ci si è limitati a considerare il numero di parti, ma sono state prese in considerazione molteplici variabili.

L'offerta in Regione Lombardia è costituita, per l'anno 2015, da **71 Punti Nascita** di cui 9 con un numero di parti < 500 /anno, in larga misura maturati nel 2015 anche in conseguenza della riduzione del tasso di natalità.

La riorganizzazione in fase di completamento si basa su valutazioni non solo numeriche ma anche articolate valutazioni su sicurezza, qualità e capacità di soddisfare le esigenze del bacino di popolazione di riferimento. La georeferenziazione e la valutazione delle distanze – ottimizzate in relazione al comune di residenza - da percorrere per raggiungere Punti Nascita alternativi rappresentano ulteriori elementi di articolazione del progetto di riorganizzazione.

Negli ultimi anni, oltre alle numerose azioni collegate alla realizzazione dell'accordo Stato/Regioni del 2010, il tema della riorganizzazione dei Punti nascita in regione Lombardia è stato un tema centrale dell'azione finalizzata all'aumento di qualità e sicurezza dei Punti di Offerta dell'area Materno Infantile.

Sono stati chiusi, infatti 9 punti nascita caratterizzati da un numero di parti inferiori a 500. La politica riorganizzativa dei Punti Nascita è stata fondata sul principio del mantenimento/incremento dei servizi offerti ai Cittadini avendo cura che la chiusura dei Punti Nascita coincidesse unicamente con la delocalizzazione della sala parto con il contestuale potenziamento della attività ambulatoriale per il follow-up della gravidanza e del puerperio.

I Punti Nascita con sala parto attiva residui e limitrofi ai Punti Nascita la cui sala parto è stata delocalizzata sono stati potenziati sempre nell'ottica dell'aumento della sicurezza e dell'incremento dell'offerta agli Utenti.

La valutazione delle chiusure già effettuate negli anni scorsi, la valutazione della numerosità dei parti unitamente all'utilizzo degli strumenti sopra descritti di ponderazione di qualità e sicurezza e spostamento dal Comune di residenza al luogo del parto ha definito che la riorganizzazione, nel corso del 2016, dei Punti Nascita in Regione Lombardia, consideri prioritariamente i Punti Nascita presso Presidi in area Urbana con presenza di altri Punti Nascita alternativi (un caso secondo i dati 2015) e si possa sviluppare anche attraverso modelli sperimentali di cooperazione gestionale e organizzativa pubblico-privato. Per gli altri Punti Nascita con numero di parti < 500/anno verrà attivato il percorso per la richiesta di Deroga al Comitato Percorso Nascita nazionale secondo le modalità previste.

Nel decreto 70/2015 sono definite, oltre al riferimento dell'Accordo Stato/Regioni del 16 dicembre 2010, anche le dimensioni dei bacini di utenza per le unità operative di Terapia Intensiva Neonatale che devono essere compresi tra 600.000 e 1.200.000 abitanti.

Partendo da questa misura di dimensionamento e considerando il tasso di fecondità della popolazione, la prevalenza dei neonati fortemente patologici e la loro degenza media sono stati definite le caratteristiche minimali dimensionali delle unità di Terapia Intensiva Neonatale (cod. ministeriale 73) ed il numero ideale di letti di Patologia Neonatale (cod. ministeriale 62).

Il dimensionamento previsto è coerente con quanto contenuto nell'Accordo Stato/Regioni del 16 dicembre 2010.

Per una corretta definizione del progetto di riorganizzazione dei **Punti di Offerta ad alto livello di intensità di cure** sono stati identificati dei parametri di efficacia ed efficienza, riportati nel Sub-Allegato 1, Tabella 2. I criteri riportati, in aggiunta a variabili di georeferenziazione e alla densità della popolazione hanno consentito di ipotizzare una rete di 12/14 unità di Terapia Intensiva Neonatale con dimensioni minime coerenti con quanto previsto dalla normativa attuale (Accordo Stato/Regioni e Decreto 70). La distribuzione sul territorio prevede una Unità Operativa ogni 1.200.000 abitanti nelle aree a forte densità abitativa per arrivare a circa 550.000 nelle aree a bassa intensità abitativa. I rapporti funzionali tra le Unità di offerta a basso ed alto livello assistenziale sono stati articolati secondo il paradigma Hub e Spoke.

Al fine di rendere sempre più definito, corretto e appropriato l'utilizzo delle strutture di **Terapia Intensiva** sono stati definiti i **criteri di ricovero** (DGR 3993 del 04.08.2015), riportati in Sub-Allegato 1, Tabella 3.

Rete regionale per la gestione del bambino in condizioni critiche

Regione Lombardia si propone di ottimizzare la gestione dei minori in condizioni critiche conseguenti a patologie tempo-dipendenti attraverso una rete di coordinamento tra le diverse strutture sanitarie regionali.

La creazione della rete si fonda sui seguenti capisaldi:

- Classificazione delle strutture ospedaliere in livelli a complessità crescente in base alla tipologia di assistenza pediatrica offerta;
- Centralizzazione dei bambini critici in ospedali di riferimento dotati di terapie intensive pediatriche;
- Garanzia di un livello organizzativo ospedaliero coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare;
- Garanzia di un trasporto tempestivo e qualificato dai centri con competenze pediatriche minori a strutture di livello superiore;
- Ridistribuzione delle risorse disponibili attraverso una sostanziale razionalizzazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera in ambito pediatrico.

Strutture coinvolte:

- Assistenza pediatrica di III° livello HUB Pediatrico. Strutture ospedaliere con elevate competenze pediatriche multi-specialistiche, anche di tipo intensivistico (Ospedali pediatrici, Centri regionali per l'assistenza pediatrica, DEA pediatrico di II° livello in un Ospedale di Alta Specialità Pediatrica);
- SPOKE Pediatrico II° livello. Strutture ospedaliere con competenze pediatriche, ma non intensivistiche pediatriche;
- SPOKE Pediatrico I° livello. Strutture ospedaliere senza unità di pediatria in presidi ospedalieri di base: assistenza pediatrica di I° livello;
- Sistema di Emergenza Urgenza Extra ospedaliero.

Sono previste 4 Strutture Hub.

1.5 SERVIZI TRASFUSIONALI

In relazione ai servizi trasfusionali, quanto disposto dal DM (art. 1 comma h) che chiede di *“assicurare forme di centralizzazione di livello sovra-aziendale per alcune attività caratterizzate da economia di scala e da diretto rapporto volumi/qualità dei servizi, tra le quali alcune specifiche linee di attività del sistema trasfusionale, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012”*) è stato recepito con delibera di Giunta regionale n. IX/4612 del 28/12/2012 *“Determinazioni in ordine all’esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale – Recepimento dell’Accordo Stato–Regioni del 25/07/2012 (rep. atti n. 149/CSR)”*.

Con la DGR n. X/1632 del 04/04/2014 *“Determinazioni conseguenti alla d.g.r. n. x/611 del 6 settembre 2013 in ordine al modello di riorganizzazione delle attività trasfusionali regionali”* è stato inoltre confermato il modello di riorganizzazione del sistema sangue regionale, articolato, da una parte in nove centri nei quali sono centralizzate le attività di validazione e lavorazione del sangue e dei suoi componenti (in linea con i criteri numerici definiti dall’Accordo Stato-Regioni del 25/07/2012) e, dall’altra in 37 strutture trasfusionali (ricomprensenti anche i nove centri citati) deputate alla medicina trasfusionale, con un decentramento capillare delle attività di raccolta anche a gestione associativa.

Il dimensionamento delle strutture ospedaliere per la disciplina *“Servizio Trasfusionale”* è in linea pertanto sia con gli Accordi Stato-Regioni del 16/12/2010 e del 25/07/2012 sia con il bacino d’utenza indicato nel DM (max 300.000 e min 150.000, senza posti letto).

2. VOLUMI ED ESITI

il tema della valutazione assume una particolare rilevanza per il servizio sanitario sia a livello nazionale sia a livello regionale e aziendale in quanto permette di rendere disponibili evidenze quantitative utili alla programmazione sanitaria ispirata ai principi di efficacia e appropriatezza della presa in carico, continuità e uniformità delle cure, efficientamento del sistema, universalità ed equità di accesso, qualità dei servizi offerti. Sono attive in Italia diverse esperienze di valutazione quali ad esempio il Programma Nazionale Esiti, la individuazione di Regioni benchmark per il calcolo dei costi standard nonché una significativa esperienza tra diverse Regioni che adottano l’approccio cosiddetto del *“bersaglio”* sviluppato dalla Scuola S. Anna di Pisa.

Regione Lombardia ha sviluppato un sistema di monitoraggio delle performance aziendali attraverso indicatori di efficienza organizzativa, gestionale e di governo clinico. Tra i più recenti atti di riferimento si rilevano la deliberazione N° X / 3652 del 05/06/2015 *“Determinazioni relative al programma integrato di miglioramento dell’organizzazione (PIMO)”* e la deliberazione N° IX / 3544 del 30/05/2012 *“Schema di convenzione con l’Universita' degli Studi di Milano–Bicocca – Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica Utilita' (CRISP) per la realizzazione di progetti di gestione e sviluppo del sistema di valutazione delle performance degli ospedali lombardi.*

Il sistema di monitoraggio è disponibile a tutte le strutture regionali accreditate attraverso il portale regionale e gli indicatori sono restituiti, continuativamente aggiornati, consentendo il confronto intra-aziendale e interaziendale e il confronto temporale rispetto al valore atteso.

3. ARTICOLAZIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA

Su un tema di rilevante impatto sociale, quale l'organizzazione dell'emergenza urgenza, la Lombardia ha raggiunto significativi risultati in termini di efficienza con costi pro-capite decisamente contenuti se confrontati con quelli di altre realtà.

Nelle Sezioni che seguono si riporta l'articolazione della Rete dell'Emergenza-Urgenza in Regione Lombardia, per quanto riguarda:

- 3.1** Le Centrali Operative 118 e la Rete Territoriale di soccorso
- 3.2** La Rete Ospedaliera dell'emergenza.

3.1 CENTRALI OPERATIVE (CO) 118 E RETE TERRITORIALE DI SOCCORSO

I dati relativi alle Centrali Operative 118 operative in Lombardia e alla Rete territoriale di Soccorso, sono riportati in una serie di Tabelle di dettaglio nel Sub-Allegato 1:

Tabella 4. Centrali Operative 118

Tabella 5. N° missioni 118 per tipologia di mezzo di soccorso su gomma (anno 2015) e postazioni territoriali

Tabella 6. Punti di primo intervento (PPI)

Tabella 7. Elisoccorso

Trasposti secondari urgenti:

il 118 collabora con le strutture di ricovero e cura alla gestione dei trasporti secondari urgenti per le patologie tempo-dipendenti, con le modalità previste dalla DGR X/2933 del 19/12/2014 (allegato 4).

3.2 RETE OSPEDALIERA DELL'EMERGENZA

Regione Lombardia ha già formulato proposte di riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti di patologia tempo-dipendenti (trauma, stroke, mano, emorragie digestive, ecc.), individuando indicatori di performance relativi ai percorsi di Pronto Soccorso.

Questa attività, recependo le previsioni del DM 70-2015, ha prodotto delle indicazioni organizzative riguardanti i diversi livelli di operatività dei Presidi Ospedalieri afferenti alla rete dell'emergenza-urgenza regionale, classificati in Presidi sede di PS, DEA I e DEA II, come di seguito riportate:

Il Presidio dotato di **Pronto Soccorso** (PS) deve assicurare di norma almeno 20.000 accessi/anno (tranne che nelle aree particolarmente disagiate), servire un territorio di circa 80 – 150 mila abitanti, e deve garantire nelle 24 ore le prestazioni diagnostiche terapeutiche necessarie al ripristino e al sostegno delle funzioni vitali, anche con interventi invasivi che non richiedono elevata specializzazione clinico-assistenziale-organizzativa, nonché assicurare la gestione del trasporto tempestivo e in continuità di assistenza del paziente ai Presidi di riferimento e più competitivi per la specifica patologia (presidi hub). Il trasporto tempestivo e in continuità di assistenza dei pazienti gestiti dai PS verso i DEA/DEAS è di competenza dei presidi spoke, con il

supporto del Servizio di Emergenza Territoriale 118 solo per i Trasporti Sanitari Secondari con prognosi tempo/dipendente¹.

Le Strutture sede di PS devono avere come **requisiti minimi**:

- equipe mediche e infermieristiche dedicate all'attività di emergenza-urgenza in numero sufficiente rispetto al volume di attività, con copertura del servizio H24 e con disponibilità di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI);
- U.O. di Medicina Interna, con servizio di guardia H 24 indipendente dalla guardia di PS; (20-6);
- funzioni di Anestesia-Rianimazione con servizio di guardia H 24 (anche nel caso non siano attivi nel Presidio p.l. di Terapia Intensiva);
- UU.OO. di Chirurgia Generale e di Ortopedia-Traumatologia, entrambe con presenza specialistica diurna feriale e copertura del servizio in pronta disponibilità negli orari notturni, prefestivi e festivi;
- UU.OO. di Pediatria e Ostetrica-Ginecologia con servizi di guardia H 24 se attivo presso il Presidio un Punto nascita;
- funzioni di Radiologia, Laboratorio, Emoteca in grado di assicurare, nelle 24 ore l'esecuzione on site delle prestazioni strettamente correlate all'attività di emergenza-urgenza di base, nonché l'attività di refertazione/consulenza, anche da remoto.

Possono essere previste funzioni di Pronto Soccorso presso Strutture mono specialistiche, anche di alta specializzazione: in tal caso, rispetto ai requisiti minimi di cui sopra, la presenza del servizio di guardia H 24 di Medicina interna e di guardia/pronta disponibilità di Chirurgia Generale e di Ortopedia-Traumatologia possono essere sostituiti da servizi di guardia H 24 nella specialità di riferimento della Struttura, oltre ovviamente:

- all'equipe medico e infermieristica dedicata all'emergenza/urgenza,
- al servizio di guardia H 24 di Anestesia-Rianimazione,
- alle funzioni di supporto diagnostico indicate per le Strutture sede di PS

Il Presidio dotato di **Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA)** di I livello deve assicurare di norma almeno 45.000 accessi/anno, servire un territorio di circa 150.000-300.000 abitanti e, attraverso un'articolazione organizzativa multidisciplinare, deve garantire nelle 24 ore:

- equipe mediche e infermieristiche dedicate all'attività di emergenza e urgenza in numero sufficiente rispetto al volume di attività, con copertura del servizio H24 e con disponibilità di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI),
- sezione di Terapia Intensiva generale, con servizio guardia H 24;
- sezioni di posti letto monitorati di Terapia Sub Intensiva specialistici, tra cui obbligatoriamente UCC e Stroke Unit (per quest'ultima, qualora il Presidio sia inserito nelle relative reti di patologia), anche inseriti all'interno di sezioni di Area Critica integrata;
- UU.OO. di Medicina Interna, Cardiologia, Chirurgia Generale e di Ortopedia-Traumatologia con servizio di guardia H 24 (Medicina Interna e Chirurgia Generale/anche in forma interdisciplinare);

1

¹ Nel rispetto di quanto definito nell'Allegato 4 della DGR 2933/2014 e degli specifici accordi sottoscritti tra Strutture ospedaliere e la stessa AREU

- UU.OO. di Pediatria e Ostetrica-Ginecologia con servizi di guardia H 24 se attivo presso il Presidio un Punto nascita, ovvero con possibilità di consulenza specialistica H 24 nelle restanti situazioni;
- UU.OO. di Neurologia e Ortopedia con presenza specialistica diurna feriale e copertura del servizio in pronta disponibilità negli orari notturni, prefestivi e festivi;
- funzioni di consulenza Oculistica, Otorino, Urologia assicurabili H 24 anche tramite consulenze specialistiche in convenzione;
- funzioni di consulenza Psichiatrica H 24 assicurabili, ove non presenti nel Presidio SPDC, anche tramite consulenze specialistiche in convenzione;
- funzioni di radiologia in grado di effettuare nelle 24 h TAC e/o Ecografie, funzioni di laboratorio in grado effettuare nelle 24 h prestazioni laboratoristiche e funzioni di Medicina Trasmfusionale nei limiti definiti dalla normativa regionale in materia. Le funzioni di cui al presente punto possono prevedere che l'attività di refertazione e di consulenza specialistica vengano assicurate anche da remoto.

Il Presidio dotato di **Dipartimento di Emergenza di Alta Specializzazione (DEAS) di II livello** deve assicurare di norma almeno 70.000 accessi/anno, servire un territorio di circa 600.000 – 1.200.000 abitanti e, attraverso un'articolazione organizzativa multidisciplinare che coinvolge anche competenze di elevata specializzazione, deve garantire nelle 24 ore:

- equipe mediche e infermieristiche dedicate all'attività di emergenza e urgenza in numero sufficiente rispetto al volume di attività, con copertura del servizio H24 e con disponibilità di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI);
- sezione di Terapia Intensiva generale, con servizio guardia H 24 indipendente dalla guardia di PS;
- sezioni di posti letto monitorati di Terapia Sub Intensiva specialistici tra cui UCC (con servizio di emodinamica/cardiologia interventistica) e Stroke Unit, anche inseriti all'interno di sezioni di Area Critica integrata,
- UU.OO. di Medicina Interna, Cardiologia, Chirurgia Generale e di Ortopedia (Traumatologia) con servizio di guardia H 24;
- UU.OO. di Ostetrica-Ginecologia, Pediatria e Patologia neonatale con Terapia Intensiva Neonatale, con servizi di guardia H 24 se attivo presso il Presidio un Punto nascita, ovvero con funzioni di consulenza specialistica H 24 nelle restanti situazioni;
- UU.OO. di Ortopedia-Traumatologia, Neurologia, Oculistica, Otorino, Urologia con presenza specialistica diurna feriale e copertura del servizio in pronta disponibilità negli orari notturni, prefestivi e festivi;
- UU.OO. di Cardiochirurgia e Neurochirurgia, con presenza specialistica diurna feriale e copertura del servizio in pronta disponibilità negli orari notturni, prefestivi e festivi e con relativi p.l. di TI specialistici;
- competenze² assicurate con pronta disponibilità nelle 24 ore nelle discipline di:
 - Chirurgia vascolare,
 - Chirurgia toracica,
 - Chirurgia plastica (*)

- Chirurgia maxillo-facciale (*)
 - Endoscopia digestiva,
 - Broncoscopia interventistica (*)
 - Radiologia e Neuro radiologia interventistica
- funzioni di consulenza Psichiatrica H 24 assicurabili, ove non presenti nel Presidio SPDC, anche tramite consulenze specialistiche in convenzione
 - funzioni di radiologia con servizio di guardia in grado di effettuare nelle 24 h RMN, TAC, Angiografie ed Ecografie, funzioni di laboratorio in grado effettuare nelle 24 h prestazioni laboratoristiche e funzioni di Medicina Nucleare e di Medicina Trasfusionale nei limiti definiti dalla normativa regionale in materia. Le funzioni di cui al presente punto devono prevedere anche la possibilità di ricevere da Presidi Spoke documentazione e immagini teletrasmesse ai fini della refertazione da remoto.

La **proposta di riorganizzazione** elaborata tiene conto dei seguenti indicatori:

- la presenza delle specialità individuate dal DM 70/2015 e la disponibilità³ di personale medico presente h24 o in pronta disponibilità;
- il numero di accessi in PS;
- l'incidenza sugli accessi in PS dei codici più critici (giallo e rosso) e degli accessi notturni;
- l'incidenza dei ricoveri extra-budget.
- il ruolo di ciascun presidio all'interno delle reti di patologia tempo-dipendenti;
- le caratteristiche orografiche e demografiche del territorio, mediante la georeferenziazione di ciascun presidio;
- altri indicatori individuati come rilevanti.

L'individuazione puntuale dei Presidi che afferiscono alla nuova rete dell'emergenza-urgenza è rimandata a un successivo provvedimento, che sarà possibile adottare una volta conclusi gli studi in corso di geo-referenziazione e la valutazione di impatto sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

Le azioni previste nel biennio 2016-2017 non prevedono una riduzione dei punti di erogazione, ma una loro riqualificazione effettuata anche con l'opportuna dotazione di mezzo di soccorso medicalizzato in grado di garantire la tempestiva e capillare presa in carico dei pazienti garantendo migliori condizioni di sicurezza.

In particolare si prevede di razionalizzare il numero di DEA I (-14), incrementando i DEA II (+2), i PS (+6) e le nuove forme di presidio territoriale (PPI e POT) previste dalla L.R. 23 del 11/08/2015.

4. ARTICOLAZIONE DELLE RETI TEMPO DIPENDENTI E ALTRE RETI DI PATOLOGIA

4.1 RETE ICTUS

Con il DDG Sanità n. 10068 del 18/09/2008 *“Determinazioni in merito all'organizzazione in rete e criteri di riconoscimento delle Unità di Cura Cerebrovascolari (UCV-Stroke Unit)”* si sono formalizzate le linee di intervento per la realizzazione della rete ictus. Il modello individuato è

quello “comprehensive” intendendo l’area definita come UCV costituita da letti monitorati (“semintensiva”) e letti non monitorati in configurazione flessibile. I livelli di articolazione organizzativa delle Rete ictus sono tre.

- UCV di 1° livello

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura per la maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, di:

- Almeno il 50% dei letti con monitoraggio dei parametri vitali;
- Competenze multidisciplinari (compreso personale specializzato per l’erogazione di procedure Eco Doppler TSA ed Ecocardiografia, inclusive o esistenti nel contesto della struttura);
- Almeno 1 neurologo o, solo per UCV di 1° livello, 1 medico esperto;
- Personale infermieristico specializzato e in numero adeguato;
- Riabilitazione precoce;
- TAC disponibile 24 ore su 24 (e/o RM, DWI-RM o Angio-RM).

- UCV di 2° livello

Oltre ai requisiti delle UCV di 1° livello devono poter garantire:

- La terapia fibrinolitica endovenosa;
- La pronta disponibilità Neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico).

- UCV di 3° livello

Oltre ai requisiti delle UCV di 2° livello, definiscono le UCV di 3° livello la presenza di:

- Neuroradiologia
- Interventistica neurovascolare;
- Neurochirurgia;
- Chirurgia Vascolare;
- Fibrinolisi intra-arteriosa.

Sono presenti sul territorio lombardo complessivamente **41 UCV**.

L’articolazione organizzativa in cui si sviluppano i diversi nodi della Rete ictus è stata definita e sviluppata secondo le caratteristiche sopra descritte. La strutturazione attuale sarà rimodulata e integrata alla luce delle previsioni del DM 70.

4.2 RETE CARDIOLOGICA

Le linee operative per la costituzione di una rete regionale per il trattamento dell'infarto miocardico acuto sono state definite con il Decreto n. 10446 del 15/10/2009 ("Determinazioni in

merito alla "Rete per il trattamento dei pazienti con infarto miocardico con tratto ST elevato – STEMI"). I livelli di articolazione organizzativa delle Rete sono quattro.

- Struttura sanitaria con UTIC
- Struttura sanitaria con UTIC + laboratorio di cardiologia interventistica NON 24/7*
- Struttura sanitaria con UTIC + laboratorio di cardiologia interventistica 24/7*
- Struttura sanitaria con UTIC + laboratorio di cardiologia interventistica 24/7* + cardiochirurgia

Sono presenti sul territorio lombardo complessivamente **54 UTIC**.

L'articolazione organizzativa in cui si sviluppano i diversi nodi della Rete cardiologica è stata definita e sviluppata secondo le caratteristiche sopra descritte. La strutturazione attuale sarà rimodulata e integrata alla luce delle previsioni del DM 70.

4.3 RETE TRAUMA

Con Decreto n. 8531 del 1.10.2012 è stata formalizzata la Rete per l'assistenza al trauma maggiore. la rete si articola in

- CTS, Centro Traumi di Alta Specializzazione.
Qui sono disponibili tutte le risorse necessarie a identificare e trattare H24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione e a garantire le cure intensive ai pazienti con problematiche polidistrettuali.
- CTZ, Centro Traumi di Zona
 - Centro Traumi di Zona con neurochirurgia ove sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo le lesioni traumatiche, incluse quelle neurotraumatologiche, tranne quelle che richiedono alte specialità non presenti nella struttura.
 - Centro Traumi di Zona senza neurochirurgia ove sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo le lesioni traumatiche escluse quelle neurotraumatologiche e quelle che richiedono alte specialità non presenti nella struttura.
- PST, Pronto Soccorso per Traumi, ove sono disponibili le risorse sufficienti a garantire il trattamento immediato

Sono presenti sul territorio lombardo complessivamente **6 CTS, 13 CTZ con neurochirurgia e 10 CTZ senza neurochirurgia**.

L'articolazione organizzativa in cui si sviluppano i diversi nodi della Rete trauma è stata definita e sviluppata secondo le caratteristiche sopra descritte. La strutturazione attuale sarà rimodulata e integrata alla luce delle previsioni del DM 70.

4.4 ALTRE RETI DI PATOLOGIA

Rete Trapianti

Con DGR n° X / 4281 del 06/11/2015 è formalizzata la Rete regionale Trapianti finalizzata al perseguimento dei seguenti macro obiettivi che si sostanziano:

- nel potenziamento delle attività di reperimento di organi e tessuti;
- nell’ottimizzazione delle attività dei Centri di prelievo e di trapianto e delle Banche regionali di tessuti e cellule;
- nella promozione della formazione e aggiornamento continuo degli operatori;
- nella diffusione della cultura della donazione;
- nello sviluppo di percorsi di qualità e nella promozione dell’innovazione;
- nello sviluppo e sostegno della ricerca in ambito trapiantologico.

Il nuovo assetto organizzativo del SRT si articola nelle seguenti componenti:

- A) Ambito di indirizzo, programmazione e coordinamento
 - A.1) Regione Lombardia - Direzione Generale competente in materia di salute
 - A.2) Coordinamento regionale trapianti - Coordinatore Regionale Trapianti (CRT)
 - A.3) Commissione Tecnico-Scientifica (CTS)
 - A.4) Comitato Esecutivo (CE)

- B) Ambito clinico-operativo
 - B.2) Centri di Trapianto di organi e tessuti
 - B.3) Centri di Prelievo di organi e tessuti
 - B.4) Aree di Coordinamento del Prelievo - Coordinatori Locali del Prelievo
 - B.5) Banche regionali di tessuti e cellule
 - B.6) Rete dei Servizi Diagnostici
 - B.7) Azienda Regionale Emergenza-Urgenza - AREU

- C) Ambito di supporto alle attività trapiantologiche:
 - C.1) Sistema Informativo
 - C.2) Sistema di Finanziamento
 - C.3) Sistema Formativo e di sviluppo della cultura della donazione;

Rete oncologica

Regione Lombardia ha da tempo attivato le reti di patologia quale modello di integrazione dell’offerta in grado di garantire diffusione sul territorio di Centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato standard, sinergie tra gli operatori e condivisione collegiale dei protocolli di procedura sulla base delle best practice.

Lo sviluppo della rete oncologica

Il progetto di Rete Oncologica Lombarda - ROL, rappresenta il primo “network di patologia” avviato in Lombardia, basato sull’integrazione dei servizi e dei soggetti coinvolti nel processo di diagnosi, cura e assistenza al paziente oncologico.

In Lombardia la rete si è sviluppata negli anni attraverso 3 fasi organizzative coordinate dalla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano, prima di arrivare all’attuale fase di evoluzione in un modello di managed care network.

ROL – Fase prototipale

La ROL è stata avviata con un Progetto Prototipale (D.g.r. n. 20889/2005) che ha coinvolto circa 28 Unità Operative nei 22 DIPO. Scopo del progetto era strutturare e validare un prototipo sperimentale per la piattaforma informatica di condivisione dei dati e affrontare aspetti clinici, organizzativi e metodologici preliminari alla successiva implementazione della rete.

- ***ROL – Fase 1 a***

La D.g.r. n. 6123/007 ha approvato il Progetto ROL-1a con l'obiettivo di consolidare alcuni aspetti metodologici, tecnici e organizzativi del prototipo ROL propedeutico al passaggio ad una fase successiva di ampliamento ed estensione della rete oncologica.

- ***ROL - Fase 2***

La D.g.r. n. 8728/2008 ha approvato il Progetto ROL - 2 avviando la seconda fase della ROL con l'obiettivo di progredire dallo stadio prototipale della rete alla messa a sistema del network oncologico lombardo.

Grazie alle indicazioni sull'applicabilità del modello fornite dalla sperimentazione, è stato possibile estendere la ROL a nuove unità d'offerta accreditate pubbliche e private ed è stata sperimentata la condivisione dei criteri di appropriatezza clinica all'interno della comunità dei clinici.

Con il coinvolgimento "attivo" di tutti i centri di eccellenza dell'oncologia lombarda, sono stati identificati Centri di Coordinamento per nuovi "Gruppi di Patologia".

- ***ROL - Fase 3***

La D.g.r. n. 13572011 ha approvato la terza fase del progetto ROL con l'obiettivo di ampliare estendere e diffondere la Rete Oncologica Lombarda al fine di realizzare una solida "community" scientifica, costituita da tutti i clinici e ricercatori coinvolti ed orientata al miglioramento della qualità di cura.

Questa fase della ROL ha visto, in particolare, un ampliamento del campo di attività della rete negli ambiti della ricerca clinica e traslazionale e ha contribuito alla creazione di una Banca dei tessuti virtuale.

Si è realizzata, inoltre, l'integrazione della ROL con altre reti regionali di patologia (ad es. Rete Ematologica Lombarda - REL), l'estensione della comunicazione sulla ROL verso cittadini, operatori, media e lo sviluppo di sinergie tra ROL e il Terzo Settore (volontariato, ecc.)

- ***La fase di sviluppo attuale della rete oncologica: ROL - Fase 4***

La D.g.r. n. 1467/2014 ha dato il via alla quarta fase del progetto ROL, il cui obiettivo prioritario è la trasformazione del modello della rete oncologica da "rete dei professionisti" a "managed care network", ovvero, a rete gestita dell'intera filiera dell'assistenza specialistica, volta a garantire la continuità assistenziale e a definire Linee Guida e Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari, connotata da un forte orientamento all'innovazione e allo sviluppo della multidisciplinarietà.

Gli Ambiti di attività

- Ambito di Governo

Indirizzato a sviluppare organicamente le azioni che riguardano l'assistenza al paziente neoplastico, sia essa svolta nell'Ospedale che sul territorio, dalla fase della diagnosi a quella terapeutica e di follow up.

In questo ambito sono stati definiti i Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali per il paziente oncologico considerati come evoluzione delle linee guida ROL, attraverso l'introduzione di aspetti di razionalizzazione esplicita dell'assistenza, in applicazione della buona qualità di cura. Lo scopo principale è perseguire e raggiungere standard di qualità elevata dell'assistenza oncologica, requisito fondamentale per consentire un identico accesso alle cure in tutto il territorio lombardo.

- **Ambito Assistenziale**

E' stato previsto lo sviluppo di attività di collaborazione tra i 22 DIPO e le ASL, la medicina delle Cure Primarie, i professionisti, le Società Scientifiche in campo oncologico e il Volontariato.

Il DIPO è l'ambito in cui si sviluppa la ROL che rappresenta lo strumento di integrazione e coordinamento tra tutti i soggetti che si occupano di tumori, in particolare, è l'ambito nel quale si può realizzare una reale integrazione ospedale-territorio.

Il DIPO vede la partecipazione di tutte le Strutture sanitarie e socio-sanitarie del territorio provinciale: gli erogatori pubblici e privati accreditati, l'ASL, i MMG, gli Hospice e la rete delle Cure Palliative, il Volontariato, ecc.

L'ambito assistenziale della ROL è orientato a produrre e sviluppare modelli di collaborazione assistenziale per l'ottimizzazione delle singole fasi dei PDTA. E' previsto che questi modelli siano ingegnerizzati tramite specifici progetti pilota, per verificare la correttezza dell'impianto.

- **Ambito Scientifico**

In questo specifico ambito, obiettivo primario della rete è la collaborazione con partner pubblici e privati e la possibilità di utilizzare la piattaforma delle Strutture sanitarie aderenti alla ROL stessa in contesti di ricerca di avanguardia.

Rete di terapia del dolore

Regione Lombardia, con il supporto di apposito Gruppo di Lavoro ha definito nuove indicazioni organizzative riguardanti la rete di Terapia del Dolore, elaborando un documento tecnico con il quale, in particolare:

- è stato valutato l'impatto di una prima fase di attuazione della Rete di Terapia del dolore, attraverso l'analisi dei dati dei flussi informativi regionali (flussi SDO e 28 SAN);
- è stato identificato un nuovo potenziale Centro di Terapia del Dolore di 2° livello (*hub*) soddisfacente i criteri di selezione di cui alla d.g.r. n. X/2563/2014;
- sono stati individuati i criteri per l'identificazione di Centri di Terapia del dolore di 1° livello (*spoke*), mediante una metodologia fondata su:
 - analisi della normativa e degli atti di riferimento;
 - i flussi informativi regionali, riferiti all'anno 2014 e ai primi 6 mesi del 2015;
 - il volume di visite ambulatoriali specialistiche di terapia del dolore;
 - la popolazione assistita sul territorio della Regione Lombardia;
 - la salvaguardia delle aree territoriali disagiate.

- è stato definito un coordinamento finalizzato al monitoraggio della rete in capo alla Direzione Generale Welfare e ai Centri specialistici di Terapia del Dolore di Secondo Livello (hub), mirato alla rilevazione puntuale della rete locale di offerta di cura.

L'individuazione dei centri sia di 1° che di 2° livello ha tenuto conto, inoltre, dell'importanza di garantire una omogenea distribuzione dell'offerta assistenziale sul territorio regionale, anche alla luce della legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 sull'Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario Lombardo.

Nella tabella successiva è riassunta la proposta di riorganizzazione della Rete della Terapia del Dolore

Classificazione	Situazione attuale	Proposta di riorganizzazione
Centri di Terapia del Dolore di Secondo Livello (Hub)	4	5
Centri di Terapia del Dolore di Primo Livello (Spokes)	25 (*)	25

(*) Attualmente non identificati come Centri di Terapia del Dolore di Primo Livello (Spokes)

Sub-Allegato 1

TABELLE DI RIFERIMENTO

“Documento generale di programmazione dell’adeguamento della rete d’offerta alle disposizioni del DM 70-2015”

Tabella 1. Criteri per la definizione e valutazione della Rete d’offerta dei Punti Nascita

1. Numero Parti

Oltre che essere un elemento ben quantificabile e previsto come elemento discriminante dall’accordo S/R del 2010 rappresenta un *proxy* importante della qualità e della capacità di affrontare situazioni d’emergenza in Sala Parto che con un basso numero di parti si presentano raramente e quindi il numero dei parti rappresenta un marchio di sicurezza.

2. Percentuale di Tagli Cesarei

Elemento che esprime il rispetto della fisiologia nel processo assistenziale a travaglio/parto/nascita. Un eccesso di tagli cesarei soprattutto senza una chiara indicazione medica espone le donne, i neonati a rischi aggiuntivi di morbilità e ricovero in Terapia Intensiva.

3. Percentuale Fisiologia

- a. In RL, come generalmente nel nostro Paese, si assiste ad una eccessiva medicalizzazione e nell’assistenza a gravidanza e parto. Individuare una gravidanza fisiologica, utilizzando una definizione tratta dalla letteratura, consente di valutare gli eccessi di medicalizzazione che oltre a problematiche di costi introducono potenziali elementi iatrogeni.
- b. Gravidanza fisiologica, definizione:
 - i. Epoca gestazionale ≥ 37 e ≤ 42 settimane
 - ii. Età materna >16 e <40
 - iii. Gravidanza spontanea o PMA solo ormoni
 - iv. Decorso regolare della gravidanza
 - v. Gravidanza singola
 - vi. Assenza di morte endouterina in gravidanze precedenti (feto morto in utero e quindi nato morto)
 - vii. Nessun rallentamento di accrescimento fetale
 - viii. Nessun pregresso taglio cesareo
 - ix. Presentazione cefalica (escludere presentazione di spalla e podalica)
 - x. No ricoveri in corso di gravidanza con diagnosi principali specifiche

4. Percentuale di Parto analgesia (PAN)

Serve a valutare la capacità della organizzazione a soddisfare una esigenza espressa da circa il 30 - 40% delle donne ad un parto con intervento farmacologico per il controllo del dolore.

(segue)

(continua Tabella 1)

5. Classificazione di Robson

- a. strumento per classificare le indicazioni al taglio cesareo in 10 classi. RI ne utilizza solo 6, le più frequenti. Serve a tracciare la capacità del Punto Nascita a definire le giuste motivazioni all'utilizzo del TC
- i. **Classe 1 e 3 di Robson** (Donna Nullipara/Donna Pluripara con Gravidanza singola, Presentazione cefalica, Età gestazionale a termine, Travaglio spontaneo)
 - ii. **Classi 2A e 4A di Robson** (Donna Nullipara/Donna Pluripara con Gravidanza singola, Presentazione cefalica, Età gestazionale a termine, Travaglio indotto)
 - iii. **Classi 2B e 4B di Robson** (Donna Nullipara/Donna Pluripara con Gravidanza singola, Presentazione cefalica, Età gestazionale a termine, Cesareo elettivo)

6. Percentuale TC < 1000 parti/anno

Proporzione di strutture pubbliche e private accreditate con % tagli cesarei primari $\leq 15\%$ (strutture con < 1000 parti annui) sul totale delle strutture valutate nel PNE.

7. Percentuale TC > 1000 parti/anno

Proporzione di strutture pubbliche e private accreditate con % tagli cesarei primari $\leq 25\%$ (strutture con > 1000 parti annui) sul totale delle strutture valutate nel PNE.

8. Rispetto dell'Accordo Stato/Regioni sugli specifici punti:

- a. Guardia attiva in struttura per ginecologo
- b. Guardia attiva in struttura per anestesista
- c. Guardia attiva in struttura per pediatra
- d. Possibilità di effettuare H24 un TC in emergenza in 30'
- e. Risposta per esami di laboratorio e radiologici H24 in 60'
- f. Possibilità di effettuare H24 una trasfusione di emoderivati in 60'

9. Numero Comuni bacino della Struttura

Valuta l'impatto dimensionale delle azioni di riorganizzazione dei Punti Nascita. Per "bacino della Struttura" si intendono tutti i Comuni con almeno il 5% dei propri nati partoriti presso la Struttura (definizione da ritenersi valida per ogni volta che ricorre il concetto di "Bacino").

10. Parti totali delle donne residenti nei Comuni bacino della Struttura

Valuta la dimensione complessiva del bacino di utenza.

11. Numero parti nella Struttura delle donne residenti nei Comuni del bacino

Valuta l'impatto dimensionale delle azioni di riorganizzazione nei confronti degli Utenti e unitamente al n. 10 il peso della Struttura sul "bacino di utenza"

12. Percentuale dei parti in Struttura sul numero totale dei nati nei Comuni bacino della Struttura

Valuta il peso della Struttura sul "bacino di utenza" e quindi l'impatto delle azioni di riorganizzazione, valuta anche quante donne hanno scelto Punti Nascita diversi dalla Struttura indice e quindi anche le alternative già individuate dagli Utenti e quindi facilmente percorribili

(segue)

(continua Tabella 1)

13. Percorrenza media donne afferenti alla Struttura in Km

Valuta la dimensione del bacino della Struttura. Distanza media in km percorsa da chi afferisce alla Struttura per partorire.

14. Distanza media tra la residenza delle donne e la Struttura

Valuta la percorrenza (sedi comunali) tra la residenza e la sede della Struttura. Ha significato se valutata per ogni singolo Comune. Se residenza nello stesso Comune della Struttura distanza pari a 0 Km (anche per Comune di Milano). Serve a valutare l'impatto in caso di riorganizzazione

15. Tempo medio di percorrenza tra la residenza delle donne e la Struttura

Valuta il tempo in minuti della percorrenza (sedi comunali) tra la residenza e la sede della Struttura. Se residenza nello stesso Comune della Struttura tempo pari a 0 m' (anche per Comune di Milano). Serve a valutare l'impatto in caso di riorganizzazione con attenzione alle situazioni di emergenza

16. Percorrenza media per tutte le donne residenti in un determinato Comune per il parto

Valuta la distanza che mediamente le donne di un determinato Comune percorrono per il parto, serve per un benchmarking per valutare l'impatto delle soluzioni riorganizzative. Si può considerare a basso impatto una soluzione organizzativa che preveda uno spostamento comunque inferiore a quello medio percorso dai residenti in un Comune.

17. DEAS/EAS/PS

Valuta in modo generico la complessità e l'articolazione del livello assistenziale del Presidio sede del Punto Nascita

18. TIN

Valuta se il Presidio del Punto Nascita è sede di U.O. di TIN e quindi il livello di assistenza erogabile. Se presente significa che la TIN è dimensionalmente e operativamente coerente con quanto definito dalla Tabella sugli Standard ospedalieri del Decreto 70 Ministero Salute 2 aprile 2015.

Se non sede di U.O. si indica l'HUB di riferimento

19. M.M.F (Medicina Materno Fetale)

Valuta se il Presidio del Punto Nascita è sede di U.O. di Ostetricia e Ginecologia in grado, secondo standard ben individuati, di gestire in modo appropriato, le gravidanze patologiche e quindi il livello di assistenza erogabile in ambito della gravidanza. Se presente deve essere prevista anche una U.O. di TIN al fine di garantire la uniformità di livello assistenziale previsto dall'Accordo /Stato gravidanza.

Tabella 2. Criteri per la definizione e valutazione dei Punti d'offerta delle Terapie Intensive Neonatali (TIN)

1. Dimensioni delle TIN

Coerenti con il recente decreto Balduzzi a garanzia di un ottimale rapporto tra dimensioni organizzative e strutturali e casistica trattata.

2. Casistica trattata negli 3 ultimi anni (case mix)

La casistica trattata rende evidente il livello di skills dell'intera equipe di assistenza

3. Numero di neonati di peso molto basso alla nascita

Come punto 2, con attenzione ad una casistica più facilmente intercettabile sul piano epidemiologico e su cui esistono strumenti di valutazione dell'outcome validati a livello internazionale e ben rappresentati in RL (Network Neonatale Italiano)

4. Tasso di saturazione e la degenza media per definite popolazioni target di neonati

Indicatore per la valutazione di efficacia ed efficienza assistenziale

5. Rispetto dei criteri di ricovero in terapia intensiva neonatale

Elemento di base essenziale per poter avere denominatori uniformi

6. Frequenza di utilizzo delle procedure individuate nella DGR 3993 del 4.08.2015

I raggruppamenti diagnostici in ambito neonatale sono pochi (6 in tutto) e intercettano "fette" troppo ampie di casistica trattata, l'utilizzo delle procedure consente una definizione e classificazione più precisa della casistica.

7. Abitanti dell'area

Elemento previsto dal Decreto Ministero salute del 2 aprile 2015, definisce tramite il tasso di natalità (oggi in RL circa 8.5/9 per mille) la casistica ottimale che un centro di terapia intensiva neonatale dovrebbe trattare ogni anno.

8. Distanze da percorrere tra i Punti Nascita spoke e il Centro TIN Hub di riferimento

Elemento di grande importanza per una patologia "tempo dipendente", bilancia il punto 7 e contribuisce a disegnare una rete che ben si adatta alle esigenze di un territorio con ampie diversità nella densità abitativa.

9. Presenza e riconoscimento formale di attività MMF

Condizione operativa da considerare irrinunciabile per la continuità a pari livello di offerta del processo assistenziale gravidanza/travaglio/parto/nascita

10. U.O. di secondo livello come da Accordo Stato/regioni 2010

La presenza di elementi previsti per la sicurezza dei PN rappresenta un prerequisito per una adeguata operatività con offerta assistenziale per pazienti (madri e neonato) alto rischio.

11. Dimensione del Presidio

Per la complessità delle cure necessarie e il frequente ricorso ad altre tecnologie vanno identificati i Presidi di maggiori dimensioni per numero di ricoveri complessivo.

12. Presidio ospedaliero sede di DEAS/EAS

Elemento di misura ancora più preciso del punto 9, indicatore della presenza di altre specialità "tempo dipendenti" o ad elevata tecnologia.

13. Casistica coerente (media degli ultimi 3 anni) con l'attività di MMF

È il reale lavoro effettuato (il volume della casistica deve essere ancora individuato) che garantisce le skills minimali per l'acquisizione dell'esperienza per essere considerato centro di riferimento MMF.

- numero gravidanze con eg<32 settimane
- numero P. PROM
- numero IUGR seguiti

Tabella 3. Criteri di accesso in TIN e Terapia Intermedia

1. Assistenza respiratoria in neonato intubato e prime 24 ore dopo estubazione
2. Assistenza respiratoria con CPAP e prime 24 ore dopo la sospensione
3. Neonato di età gestazionale < 29 settimane e meno di 48 ore di vita
4. Neonato con peso attuale < 1000 g
5. Necessità di chirurgia maggiore, nel periodo preoperatorio e per 24 ore dopo l'intervento
6. Procedure assistenziali complesse:
 - a. Exsanguinotrasfusione (totale o parziale)
 - b. Dialisi peritoneale
 - c. Infusione di inotropi, vasodilatatori polmonari o prostaglandine, e successive 24 ore dopo la sospensione
 - d. Catetere arterioso
 - e. Drenaggio toracico/pleurico
 - f. Tracheostomia (fino a supervisione da parte dei genitori)
7. Neonato nel giorno del decesso
8. Neonato in nutrizione parenterale
9. Neonato con convulsioni
10. Neonato in ossigenoterapia e peso attuale < 1500 g
11. Neonato con sindrome d'astinenza in trattamento
12. Neonato che necessita di frequenti stimolazioni per apnee
13. Ogni altro neonato considerato instabile e bisognoso di assistenza diretta e continuativa da parte di un'infermiera

Tabella 4. Centrali operative 118

SOREU: Sala Operativa Regionale Emergenza-Urgenza	Sede	Bacino di riferimento (n° abitanti)
SOREU Alpina (province Bergamo, Brescia, Sondrio)	Bergamo	2.512.836
SOREU dei Laghi (province Como, Lecco, Varese)	Como	1.804.667
SOREU Metropolitana (province Milano, Monza, Brianza)	Milano	3.963.916
SOREU della Pianura (province Lodi, Pavia, Mantova, Cremona)	Milano Pavia	3.963.916 1.544.722

Tabella 5. Numero Missioni-118 per tipologia di mezzo di soccorso su gomma (anno 2015) e postazioni territoriali

MSA (mezzo di soccorso avanzato con medico e infermiere) N° mezzi 56	MSI (mezzo di soccorso intermedio con infermiere) N° mezzi 49	MSB (mezzo di soccorso di base con personale soccorritore certificato) N° mezzi 268
N° missioni=65.757	N° missioni=39.395	N° missioni= 743.477
N° totale mezzi con personale sanitario a bordo=105 <u>Distribuzione territoriale:</u> 18 in area metropolitana (1 per ca. 200.000 ab.) 87 nelle restanti province (1 per ca. 69.000 ab.)		

Tabella 6. Punti di primo intervento (PPI)

Livigno (SO): gestione mista A.O. - 118	Bormio (SO): gestione mista A.O. - 118
<p>Codifica: n.d. Denominazione: PPI di Livigno</p> <p>Tipologia: territoriale H12 diurno (di notte presenza medico e infermiere 118 per paz. auto presentati)</p> <p>N° accessi anno: ca. 5.000 (450 orario notturno) Codice HSP11/STS11: n.d. Codice Centrale Operativa 118: 03001 Invio dati a NSIS EMUR: SI</p>	<p>Codifica: n.d. Denominazione: PPI di Bormio</p> <p>Tipologia: territoriale H8 (aperto Gen_Mar; Lug-Ago) gestito da medico convenzionato con A.O. Nei mesi di chiusura stazionamento ambulanza con infermiere per auto presentati.</p> <p>N° accessi anno: ca. 400 (150 ca. gestiti da 118) Codice HSP11/STS11: n.d. Codice Centrale Operativa 118: 03001 Invio dati a NSIS EMUR: SI</p>

Tabella 7. Elisoccorso

N° mezzi	5 elicotteri: di cui 2 abilitati al volo notturno, impiegati alternativamente 6 mesi ciascuno
N° elisuperfici	98 di cui
N° missioni totali	4.028 (anno 2015)
N° soccorsi primari	3.442
N° soccorsi secondari	586
Rapporto mezzi/missioni diurne	1 ogni 750 interventi per anno ca
Rapporto mezzi/missioni notturne	1 ogni 270 interventi per anno ca.

ALLEGATO 2)

“Relazione in merito alla determinazione del fabbisogno del Personale ai sensi dell’articolo 1, comma 541 della Legge 28 dicembre 2015 n.208 – Stabilità 2016”

Riduzione costi del personale strutturato

L’articolo 1, comma 541 della Legge 28/12/2015 n.208 (Stabilità 2016) prevede che entro il 29 febbraio 2016 le Regioni debbano predisporre un piano concernente il fabbisogno del personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161. Tale piano deve essere successivamente trasmesso al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA. La legge di Stabilità 2016 prevede peraltro che tali assunzioni debbano essere effettuate all’interno della cornice finanziaria programmata e delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 17, commi 3, 3-bis e 3-ter, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

Alla luce dell’adempimento di cui sopra occorre effettuare le seguenti considerazioni.

La Legge 161/14, nel definire che a decorrere dal 25 novembre 2015 avrebbero cessato di avere efficacia le deroghe previste dal D.Lgs. 66/2003 in materia di orario di lavoro del personale del sanitario del Servizio Sanitario Nazionale, ha stabilito altresì che le Regioni avrebbero dovuto far fronte a tale novità legislativa esclusivamente attraverso il ricorso a riorganizzazioni interne delle singole aziende sanitarie pubbliche.

Sempre la Legge 161/14 ha espressamente previsto (art.14, comma 2) che tali riorganizzazioni non dovevano comportare nuovi oneri per la finanza pubblica.

Al fine di adempiere al dettato normativo, ed in assenza di specifici finanziamenti ma in presenza del vincolo imposto dall’articolo 22 comma 5 del Patto per la Salute 2015 che prevede espressamente che entro il 2020 le Regioni dovranno raggiungere l’obiettivo di riduzione della spesa del personale strutturato (dipendenti a tempo indeterminato e a tempo determinato) all’interno di un percorso graduale di riduzione della spesa che a tale data dovrà essere pari alla spesa dell’anno 2004, decurtata dell’1,4%, Regione Lombardia si è trovata nella necessità di autorizzare il turn over del personale nelle aree maggiormente critiche e soggette alle difficoltà applicative del D.Lgs. 66/2003 fino alla misura massima del 100%, ovviamente prevedendo tale turn over comunque all’interno dei budget assegnati alle singole aziende sanitarie pubbliche.

In particolare, la DGR n. X/4338 del 20 novembre 2015, avente ad oggetto le II determinazioni del Piano di Gestione delle Risorse Umane - anno 2015, ha autorizzato le aziende sanitarie pubbliche lombarde alla sostituzione del personale cessato nell’anno 2015, nella misura massima dell’85% del turn over, prevedendo però il turn over completo per le seguenti figure:

- personale del comparto e delle dirigenze assegnato formalmente al Pronto Soccorso, compreso quello pediatrico;

- personale assegnato formalmente al Punto nascita (accettazione ostetrica) negli ospedali ove presente;
- personale medico di anestesia e rianimazione;
- personale del comparto e delle dirigenze assegnato formalmente alle terapie intensive.

Ovviamente, stante il vincolo normativo di riduzione complessiva del costo del personale, non sono stati modificati i budget a disposizione delle aziende, già oggetto di assegnazione con la DGR n.X/3588 del 20 maggio 2015, salvi alcuni casi rari riguardanti particolarità aziendali.

Per la determinazione dei budget da assegnare alle aziende ed al fine di procedere ad una allocazione delle risorse economiche coerente con le reali necessità delle singole aziende del Servizio Socio Sanitario Regionali, dall'anno 2014 Regione Lombardia ha avviato un progetto di rideterminazione dei fabbisogni di personale delle strutture pubbliche.

Come stabilito dalla DGR n. 1185 del 20/12/2013 (Regole di Sistema 2014), nel capitolo sui miglioramenti dell'efficienza legati alla gestione delle Risorse Umane, l'obiettivo perseguito è stato quello di rideterminare i fabbisogni di personale per il triennio 2014-2016 mediante l'individuazione di indicatori di efficienza, efficacia ed economicità anche nella prospettiva del riordino complessivo delle rete sanitaria lombarda, che è stato successivamente avviato con la legge regionale 11 agosto 2015 n. 23.

Regione Lombardia ha pertanto effettuato, pur in assenza di riferimenti nazionali in merito agli standard dei fabbisogni di personale, un apposito *benchmarking* tra le Aziende Sanitarie Lombarde che ha permesso l'individuazione di criteri uniformi al fine di procedere ad una più corretta rideterminazione dei fabbisogni aziendali, individuando aree di potenziale sotto dotazione ed aree di potenziale sovra dotazione.

In questo contesto, il progetto ha permesso di elaborare ed applicare una metodologia per l'analisi di variabilità delle dotazioni della totalità del personale operante nelle Aziende Ospedaliere ed IRCCS (personale di ruolo sanitario, medico, infermieristico e operatori socio-sanitari; di ruolo tecnico e professionale; di ruolo amministrativo). La dotazione di personale è stata infatti correlata al carico di lavoro del personale stesso, definito in modo specifico a seconda della tipologia di unità operativa e di personale in esame, ovvero analizzando lo scenario di partenza basato sul patrimonio informativo presente nel Sistema Direzionale della Direzione Generale Welfare, in particolare relativamente alla rendicontazione:

- delle ore lavorate presenti nei Flussi del Personale del SSR;
- delle attività produttive presenti nei flussi di ricovero, specialistica ambulatoriale, emergenza-urgenza;
- della spesa indotta, presente nei flussi di bilancio delle aziende sanitarie pubbliche lombarde.

In particolare con riferimento all'anno 2013, sono state prese in considerazione le **33** Aziende Ospedaliere lombarde e fondazioni IRCCS pubbliche per un totale di:

- **154** strutture sanitarie, tra presidi ospedalieri e poliambulatori territoriali,
- **4.200** centri di costo,
- **137 milioni** di ore lavorate dalla forza lavoro dichiarata, considerando sia il personale dipendente, a tempo determinato e indeterminato, che tutte le altre tipologie di forme contrattuali, cooperative incluse,
- **7 milioni** di giornate di degenza ospedaliera,

- **104 milioni** di prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni ,
- **25 milioni** di prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso.

Alla luce dell'avvio del rideterminazione dei fabbisogni di cui sopra, nell'anno 2015, per la prima volta, si è proceduto pertanto ad assegnare alle aziende sanitarie pubbliche lombarde (ivi incluse le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico), un apposito budget per la spesa del personale, che ha costituito un limite invalicabile, così come emerge dalla DGR n. X/3588 del 20 maggio 2015, che è stato determinato sulla base della prima applicazione dei criteri di cui al progetto sui fabbisogni sopra indicato.

Giova peraltro rammentare che la legge 23 dicembre 2014 n. 190 (Legge Stabilità 2015), avendo di fatto sbloccato l'indennità di esclusività della Dirigenza medica, oggetto di blocco fin dall'anno 2010 (ai sensi della legge n. 122/2010), ha comportato per Regione Lombardia un maggior costo sulle spese del personale rispetto all'anno 2014 pari a circa 20 milioni di euro.

Nonostante il maggior esborso di cui sopra, dai dati attualmente in possesso di Regione Lombardia, risulta che il costo del personale per l'anno 2015 è sostanzialmente stabile rispetto all'anno 2014: ciò corrisponde pertanto a una minor spesa effettiva, attribuibile alla riduzione degli organici e dei sistemi incentivanti, che si stima pertanto nell'ordine del valore della maggiore indennità di esclusività riconosciuta nell'anno 2015 come sopra quantificata.

Per l'anno 2016, le attuali assegnazioni alle aziende sanitarie pubbliche (ivi incluse le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico) determinano una complessiva previsione di spesa di circa 12 milioni in riduzione rispetto all'anno 2015.

Pur alla luce della difficoltà di cui sopra, Regione Lombardia ha comunque approntato una rilevazione dei fabbisogni necessari per adempiere a quanto previsto dalla Legge di Stabilità 2016 in merito alle esigenze connesse al rispetto della normativa inerente l'orario di lavoro. A tal fine, in data 10 febbraio 2016, si è proceduto a richiedere alle Aziende sanitarie il fabbisogno ai sensi dell'articolo 1, comma 541 della Legge di Stabilità 2016 in particolare con riferimento al personale del ruolo sanitario, agli operatori socio sanitari ed agli autisti di ambulanze. Nell'istruttoria in merito alle richieste pervenute è stata poi rimodulata in base alle indicazioni operative ministeriali pervenute in data 25 febbraio 2016 (Circolare n.3), restringendo il campo di rilevazione alle aree dell'emergenza urgenza e della terapia intensiva.

Conclusioni

Le complessive richieste aziendali collegate alla normativa sull'orario di lavoro prevedono l'inserimento di nuovi contingenti numericamente ricompresi all'interno delle quantità complessive del turn over su base regionale (stimabili nell'ordine del 3% della forza lavoro/anno). In particolare per le aree dell'emergenza urgenza e terapia intensiva, si stima una necessità di personale aggiuntivo non superiore allo 0,5% della complessiva forza lavoro, con un impatto economico dell'ordine di 25 milioni di euro, da reperire all'interno del budget complessivo del personale anno 2016.

Tali risorse non possono essere rinvenute all'interno dalla riduzione del numero di posti letto dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, come segnalato nell'allegato 1 della presente deliberazione, in quanto in Regione Lombardia l'offerta complessiva è in linea con il Decreto Ministero Salute 2 aprile 2015 n.70 recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

In questo quadro l'azione di sostituzione del personale inerente nelle aree maggiormente interessate dalla problematica di cui alla Legge 161/2014, determinerebbe di conseguenza un minor turn over sulle altre aree non oggetto della circolare ministeriale sopra richiamata, con inevitabili ricadute sulle prestazioni erogate e la conseguente dilatazione dei tempi di attesa.

Si ritiene pertanto indispensabile richiedere al Governo di prevedere lo stanziamento di risorse dedicate per quelle Regioni che hanno già operato la razionalizzazione della rete di offerta, al fine di poter mantenere e migliorare il livello qualitativo di erogazione dei LEA. In subordine, si richiede di poter quantomeno escludere tali contingenti dal computo della spesa del personale ai fini del raggiungimento della riduzione prevista dalla legge 191/2009 (spesa dell'anno 2004 ridotta dell'1,4%). Tali provvedimenti potrebbero infatti permettere il rispetto delle norme sull'orario di lavoro senza operare una conseguente riduzione di altre figure professionali che contribuiscono alla composizione dell'offerta assistenziale. In assenza di tali interventi di revisione della norma di stabilità, le leve utilizzabili non potranno che essere quelle già richiamate in riferimento al turn over, nonché alle eventuali riduzioni di altre componenti del budget regionale del personale.

Regione Lombardia conferma altresì la propria disponibilità e richiede di poter partecipare alla definizione di metodologie idonee per determinare gli standard di dotazione di personale, come previsto dal Patto della Salute, cui può certamente dare un contributo significativo alla luce delle esperienze già svolte che sono state sommariamente citate in questo documento. La definizione di uno standard è infatti condizione necessaria per la determinazione dei piani di fabbisogno di cui all'articolo 1, comma 541 della Legge 28/12/2015 n. 208 e permetterebbe di superare i vincoli della legge 191/2009, che si fonda sul metodo della riduzione lineare della spesa.