

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 marzo 2023, n. 267

Istituzione rete gastroenterologica pugliese

L'Assessore alla Sanità, Benessere Animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti istituzionali e capitale umano SSR" e dal Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", riferisce quanto segue:

Visti:

- la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss. mm. ii.;
- il D. Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- la deliberazione di Giunta Regionale n.2238 del 23/12/2003, recante "Rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi, la terapia delle malattie rare, ai sensi del D.M. 18/05/2001, n. 279";
- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- i Regolamenti regionali n. 23/2019 ad oggetto "*Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017*" e n. 14/2020 ad oggetto "*Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019*";
- il Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"
- la deliberazione di Giunta regionale 03 Luglio 2019 n. 1195 "Approvazione provvedimento unico - Proposta di Regolamento regionale: "*Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017*". Modifica e integrazione delle DD.GG.RR. n. 1095/2017 e n.53/2018. Abrogazione Regolamenti regionali in materia di riordino ospedaliero.
- la deliberazione di Giunta regionale 15 settembre 2021, n.1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la deliberazione di Giunta regionale del 7 marzo 2022 n.302 recante Valutazione di impatto di Genere. Sistema di gestione e di monitoraggio;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1127 del 23 luglio 2020 " Approvazione pacchetti di day-service di gastroenterologia. Modifica ed integrazione delle DD.GG.RR. n. 951 del 13/05/2013. Istituzione Tavolo tecnico per il monitoraggio della qualità e dell' appropriatezza delle prestazioni di gastroenterologia".
- la Determinazione Dirigenziale n. 36 del 16.02.2022 avente ad oggetto "Nomina componenti del

Tavolo tecnico regionale per il monitoraggio della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni di gastroenterologia, ai sensi della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1127 del 23/07/2020".

Premesso che:

- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" recepito con Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015), di cui ai Regolamenti Regionali n. 23/2019 e n. 14/2020, avvia il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera;
- lo stesso D.M. n. 70/2015 prevede altresì che per la definizione delle reti cliniche le Regioni adottino specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato Regioni sulle rispettive materie;
- la Legge Regionale n. 29 del 24 luglio 2017 "Istituzione dell'Agenzia Regionale per la salute e il sociale (A.Re.S.S.)" prevede, all'art. 3 – Competenze, lett. c), lo sviluppo e monitoraggio del sistema delle reti cliniche, secondo il modello cosiddetto "hub&spoke", attraverso l'elaborazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che assicurino integrazione dei servizi (ospedale, territorio e domicilio) e la reale presa in carico dei bisogni dei pazienti;

Tenuto conto che:

- con deliberazione di Giunta regionale n. 1127 del 23.07.2020 è stato costituito il Tavolo tecnico regionale per il monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni di gastroenterologia;
- con determinazione dirigenziale n. 36 del 16.02.2022 sono stati nominati i componenti del Tavolo tecnico regionale di gastroenterologia;

Atteso che:

- il tavolo tecnico regionale, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n.1127/2020 ha approvato il documento avente ad oggetto "Nuova organizzazione della gastroenterologia pugliese", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- il predetto documento è stato oggetto di modifiche ed integrazioni da parte della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta e dell' A.Re.S.S. Puglia - Area Innovazione Sociale, Sanitaria e di Sistema-CRSS.

Atteso che:

- si intende uniformare i comportamenti in tutti gli ospedali pugliesi, a garanzia della qualità e della sicurezza dell'assistenza nonché definire i requisiti minimi organizzativi e tecnologici necessari per il corretto svolgimento dell'assistenza sanitaria.

**Verifica ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679
Garanzie di riservatezza**

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE, qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati. Non vi sono adempimenti di pubblicazione e notifica in ottemperanza alla normativa sulla privacy.

Valutazione di impatto di Genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di Impatto di Genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07/03/2022.

L'impatto di genere stimato è:

- diretto
- indiretto
- neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. N. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico – e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Fondo Sanitario Regionale.

L'Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate e motivate, ai sensi della L.R. 7/1997, art. 4, comma 4, lettera a, propone alla Giunta Regionale:

1. di approvare il documento recante “Nuova organizzazione della gastroenterologia pugliese”, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, predisposto dal Tavolo tecnico regionale in materia;
2. di istituire la Rete Regionale di Gastroenterologia, costituita dalle Unità Operative di Gastroenterologia espressamente individuate nella rete ospedaliera pugliese, di cui ai RR.RR. n. 23/2019 e n. 14/2020 nonché dagli eventuali provvedimenti di integrazione e modifica della citata rete;
3. di stabilire che le Direzioni strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale diano puntuale attuazione al presente provvedimento;
4. di stabilire che il documento “Nuova organizzazione della gastroenterologia pugliese” potrà essere modificati con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
5. di notificare il presente provvedimento, per il tramite della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici;
6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 13/94.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e europea e che il presente schema di provvedimento, predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza
Territoriale – Rapporti istituzionali e capitale umano SSR”:
Antonella CAROLI

Il Dirigente della Sezione: **Mauro NICASTRO**

Il Direttore di Dipartimento ai sensi dell'art. 18, comma 1, Decreto del Presidente della Giunta regionale 31 luglio 2015, n. 443 e ss.mm.ii. non ravvisa la necessita di esprimere sulla proposta di deliberazione osservazioni ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.21/2022.

Il Direttore di Dipartimento Promozione della Salute, e
del Benessere Animale: **Vito MONTANARO**

L'Assessore alla Sanità, Benessere Animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid -19: **Rocco PALESE**

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alla Sanità alla Sanità e al Benessere Animale;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dalla Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale e dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare il documento recante "Nuova organizzazione della gastroenterologia pugliese", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, predisposto dal Tavolo tecnico regionale in materia;
2. di istituire la Rete Regionale di Gastroenterologia, costituita dalle Unità Operative di Gastroenterologia espressamente individuate nella rete ospedaliera pugliese, di cui ai RR.RR. n. 23/2019 e n. 14/2020 nonché dagli eventuali provvedimenti di integrazione e modifica della citata rete;
3. di stabilire che le Direzioni strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale diano puntuale attuazione al presente provvedimento;
4. di stabilire che il documento "Nuova organizzazione della gastroenterologia pugliese" potrà essere modificati con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
5. di notificare il presente provvedimento, per il tramite della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici;
6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 13/94.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA GIUNTA

ANNA LOBOSCO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

MICHELE EMILIANO

Codice CIFRA: SGO/DEL/2023/00019

NUOVA ORGANIZZAZIONE DELLA GASTROENTEROLOGIA PUGLIESE

I dati nazionali di alcuni anni fa (tratti dal Libro bianco dell'Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri o Aigo), hanno evidenziato che:

- i pazienti con Malattie dell'Apparato Digerente (MAD) vengono dimessi soltanto nel 7.4% dei casi dalle UUOO di Gastroenterologia, mentre il 92.6% da altre specialità (il 49.8% da Chirurgia, il 23.9% da Medicina, il 5% da pediatria ed il 13.6% da tutte le altre): tale bassa quota di dimessi è legata alla esigua dotazione di posti letto (pl) assegnati alle UNITÀ OPERATIVA di Gastroenterologia in tutto il territorio nazionale
- le dimissioni per MAD sono risultate appropriate nell'81.27% dei casi in Gastroenterologia vs il 66.5% nell'insieme di tutte le altre specialità
- la degenza media è stata di 7.8 gg (per 480.000 g/degenza) per i paziente dimessi dalle UNITÀ OPERATIVA di Gastroenterologia vs 9.3 gg (per 1.764.000 g/degenza) delle UNITÀ OPERATIVA di Medicina Generale
- nei ricoveri urgenti per emorragia gastrointestinale, la mortalità totale è minore nelle UUOO di Gastroenterologia con annessa Endoscopia Digestiva (2.1%) rispetto alla mortalità rilevata in quelle UUOO senza Endoscopia (6.3%), nonché rispetto all'insieme delle altre specialità (15%), per tutte le classi di età
- i DRG delle UNITÀ OPERATIVA di Chirurgia sono per oltre il 36% di pertinenza medica.

Come si evince da questi dati, le Unità Operative di Gastroenterologia garantiscono: assistenza ospedaliera efficiente con riduzione della degenza media; ricoveri ad elevata complessità; endoscopia diagnostica ed operativa; day-service; attività ambulatoriale specialistica.

Anche nella nostra Regione, la situazione non è dissimile. Riportiamo in sintesi i dati rilevati dall'Aress (anni 2019-2021):

| COD. DISCIPLINA | DESCRIZIONE |
|-----------------|-------------------|
| 58 | GASTROENTEROLOGIA |

MDC06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente

| COD_DRG | TIPO | VALORE SOGLIA | DESCRIZIONE | NR. RICOVERI | | | VALORE DEI RICOVERI | | |
|---------|------|---------------|-------------|--------------|-------|-------|---------------------|-----------|-----------|
| | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2019 | 2020 | 2021 |
| | | | | 4.114 | 2.551 | 2.415 | 10.588.376 | 6.987.676 | 6.580.666 |

MDC07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas

| COD_DRG | TIPO | soglia | DESCRIZIONE | NR. RICOVERI | | | VALORE DEI RICOVERI | | |
|---------|------|--------|-------------|--------------|-------|-------|---------------------|-----------|-----------|
| | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2019 | 2020 | 2021 |
| | | | | 2.563 | 1.960 | 1.849 | 8.402.942 | 6.574.676 | 6.131.569 |
| Totale | | | | 6.677 | 4.511 | 4.264 | | | |

| COD. DISCIPLINA | DESCRIZIONE |
|-----------------|-------------------|
| 26 | MEDICINA GENERALE |

MDC 06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente

| COD_DRG | TIPO | VALORE SOGLIA | DESCRIZIONE | NR. RICOVERI | | | VALORE DEI RICOVERI | | |
|---------|------|---------------|-------------|--------------|-------|-------|---------------------|-----------|-----------|
| | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2019 | 2020 | 2021 |
| | | | | 4.799 | 3.368 | 3.214 | 12.242.603 | 9.191.587 | 8.946.170 |

MDC 07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas

| COD_DRG | TIPO | soglia | DESCRIZIONE | NR. RICOVERI | | | VALORE DEI RICOVERI | | |
|---------|------|--------|-------------|--------------|-------|-------|---------------------|-----------|------------|
| | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2019 | 2020 | 2021 |
| | | | | 3.761 | 2.788 | 2.989 | 12.740.954 | 9.436.513 | 10.349.866 |
| Totale | | | | 8.560 | 6.156 | 6.203 | | | |

| COD. DISCIPLINA | DESCRIZIONE |
|-----------------|--------------------|
| 09 | CHIRURGIA GENERALE |

MDC 06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente

| COD_DRG | TIPO | VALORE SOGLIA | DESCRIZIONE | NR. RICOVERI | | | VALORE DEI RICOVERI | | |
|---------|------|---------------|-------------|--------------|-------|-------|---------------------|-----------|-----------|
| | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2019 | 2020 | 2021 |
| | | | | 7.227 | 4.726 | 4.919 | 12.237.755 | 8.363.942 | 8.622.786 |

MDC 07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas

| COD_DRG | TIPO | soglia | DESCRIZIONE | NR. RICOVERI | | | VALORE DEI RICOVERI | | |
|---------|------|--------|-------------|--------------|-------|-------|---------------------|-----------|-----------|
| | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2019 | 2020 | 2021 |
| | | | | 3.391 | 2.417 | 2.527 | 8.823.438 | 6.266.470 | 6.551.805 |
| Totale | | | | 10.618 | 7.143 | 7.446 | | | |

Inoltre, la pandemia Covid 19, pur rivoluzionando i dati di ogni Unità Operativa del SSN, in Puglia ha determinato una marcata riduzione dei posti letto per la Gastroenterologia, già penalizzata da un'attivazione al 70% in era pre-Covid rispetto al piano sanitario regionale (133 vs 191 previsti nella DGR 1215/20), arrivando a fine 2021 ad un divario di oltre 100 pl in meno sui 191 previsti. Ciononostante, le Unità Operative di Gastroenterologia, pur pesantemente ridimensionate, hanno risposto con un aumento del peso medio delle SDO prodotte. Anche da un punto di vista delle Endoscopie ad esse collegate, hanno recuperato completamente il gap rispetto al 2019, producendo lo stesso numero di colonoscopie ed in tal modo venendo incontro ad una maggiore

richiesta di tale esame per motivi epidemiologici e di maggiore consapevolezza dello screening. Riportiamo in sintesi alcuni dati pervenuti dalle singole Unità Operativa presente in Puglia:

| | PRE-COVID (2019) | COVID (2020) | POST-COVID (2021) |
|---|------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Posti letto in reparto di degenza | 133 | 64 (-51.8% rispetto al 2019) | 89 (-33% rispetto al 2019) |
| Posti letto previsti dal piano regionale | 191 | | |
| Percentuale posti letto effettivi rispetto al piano regionale | 69.63% | | |
| N° ricoveri | 5533 | 3140 (-43.2% rispetto al 2019) | 3782 (-31.6% rispetto al 2019) |
| Peso medio SDO | 1,0292 | 1,14946 (+11.68% rispetto al 2019) | 1,2202 (+18.56% rispetto al 2019) |
| N° EGDS | 10161* | 5389 (-46.96% rispetto al 2019)* | 7334 (-27.72% rispetto al 2019)* |
| N° Colonscopie | 10688* | 5253 (-50.85% rispetto al 2019)* | 10110 (- 5.4% rispetto al 2019)* |
| N° Day Service | 1793 | 1911 (+ 6.58% rispetto al 2019) | 3697 (+106.19% rispetto al 2019) |

Dall'insieme dei dati su elencati, si evince che:

- le SDO per i principali DRG dell'MDC 06 e 07 (i più tipici e caratterizzanti per la Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva), per l'anno 2019 sono state: 10.618 per la Chirurgia gen e 8560 per la Medicina gen versus le 6677 prodotte dalle Unità Operativa pazienti gastroenterologici, in quelle aziende ospedaliere nelle quali mancano pl di Gastroenterologia, è rimarchevole il dato della Chirurgia generale che ha prodotto oltre il 150% in più delle SDO rispetto alla Gastroenterologia, con 10.500 degenze che hanno sviluppato un DRG Medico, e che rappresentano ricoveri ad alto rischio di inappropriata, riguardanti quindi pazienti transitati nelle degenze di Chirurgia ma non nelle rispettive sale operatorie
- in questi dati, sicuramente un ruolo viene giocato dal Pronto Soccorso, ma nel momento nel quale il ricovero appare inappropriato, è possibile trasferire il pazienti nel reparto appropriato e competente, a patto che in quel nosocomio esista la Gastroenterologia
- un ruolo potrebbe essere dipeso dall'Endoscopia operativa: i pazienti che vengono sottoposti a procedure endoscopiche invasive (ERCP, resezioni endoscopiche di voluminose lesioni neoplastiche superficiali, posizionamento di protesi per stenosi neoplastiche, trattamento di emorragie acute, etc), svolte in ambulatori di Endoscopia incardinati in UNITÀ OPERATIVA o Dipartimenti di Chirurgia, vengono ricoverati inevitabilmente in degenze di chirurgia, obbligando tali UNITÀ OPERATIVA a generare in maniera inappropriata DRG di tipo medico
- analizzando gli aspetti economici, con 6677 SDO, le Unità Operative di Gastroenterologia hanno prodotto un valore di circa 19 milioni di Euro; con 10.618 SDO, le Unità Operative di Chirurgia hanno prodotto circa 21 milioni di Euro; con 8560 SDO, le Unità Operative di Medicina hanno prodotto 25 milioni di Euro: pertanto il peso ed il rimborso dei DRG per ogni singola SDO nelle altre discipline sono inferiori a quelli realizzati dalla Gastroenterologia, confermando anche attraverso il dato economico una maggiore inappropriata
- andrebbe ridisegnata la offerta da parte della Chirurgia Generale nei confronti della domanda di salute in termini di interventi chirurgici, al fine di ridurre la mobilità passiva, rappresentata dalla:

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 marzo 2022, n. 315

Analisi mobilità passiva - attività di ricovero. Pianificazione attività di recupero, ai sensi della scheda 4 del Patto della Salute 2019-2021.

Riportiamo i dati delle principali Regioni, meta di mobilità passiva dalla Puglia:

| lombardia (30) | | | | | |
|--------------------------------|------------------|----------|---------------|----------|--------------|
| Specialità Clinica Dimissione | Alta Complessità | 2019 | | 2020 | |
| | | Ricoveri | Importi in € | Ricoveri | Importi in € |
| Totale chirurgia generale (09) | | 2.820 | 13.754.237,46 | 1.578 | 8.305.414,95 |
| Totale medicina generale (26) | | 500 | 1.490.439,10 | 354 | 1.421.144,62 |
| Totale gastroenterologia (58) | | 74 | 237.908,98 | 36 | 105.884,49 |

| emilia romagna (80) | | | | | |
|--------------------------------|------------------|----------|--------------|----------|--------------|
| Specialità Clinica Dimissione | Alta Complessità | 2019 | | 2020 | |
| | | Ricoveri | Importi in € | Ricoveri | Importi in € |
| Totale chirurgia generale (09) | | 734 | 3.823.457,09 | 493 | 3.239.358,57 |
| Totale medicina generale (26) | | 467 | 1.597.914,75 | 406 | 1.594.721,83 |
| Totale gastroenterologia (58) | | 111 | 433.790,93 | 63 | 255.985,06 |

| lazio (120) | | | | | |
|--------------------------------|------------------|----------|--------------|----------|--------------|
| Specialità Clinica Dimissione | Alta Complessità | 2019 | | 2020 | |
| | | Ricoveri | Importi in € | Ricoveri | Importi in € |
| Totale chirurgia generale (09) | | 908 | 3.058.829,52 | 517 | 2.625.809,05 |
| Totale medicina generale (26) | | 320 | 884.273,50 | 186 | 806.199,17 |
| Totale gastroenterologia (58) | | 50 | 172.597,61 | 39 | 149.275,57 |

| veneto (50) | | | | | |
|--------------------------------|------------------|----------|--------------|----------|--------------|
| Specialità Clinica Dimissione | Alta Complessità | 2019 | | 2020 | |
| | | Ricoveri | Importi in € | Ricoveri | Importi in € |
| Totale chirurgia generale (09) | | 712 | 3.617.001,85 | 569 | 3.017.373,02 |
| Totale medicina generale (26) | | 178 | 633.873,93 | 99 | 537.638,49 |
| Totale gastroenterologia (58) | | 77 | 270.325,72 | 25 | 88.497,02 |

| toscana (90) | | | | | |
|--------------------------------|------------------|----------|--------------|----------|--------------|
| Specialità Clinica Dimissione | Alta Complessità | 2019 | | 2020 | |
| | | Ricoveri | Importi in € | Ricoveri | Importi in € |
| Totale chirurgia generale (09) | | 656 | 2.796.444,87 | 417 | 2.318.162,91 |
| Totale medicina generale (26) | | 139 | 515.964,36 | 84 | 361.861,91 |
| Totale gastroenterologia (58) | | 27 | 81.873,87 | 13 | 35.823,92 |

| marche (110) | | | | | |
|--------------------------------|------------------|----------|--------------|----------|--------------|
| Specialità Clinica Dimissione | Alta Complessità | 2019 | | 2020 | |
| | | Ricoveri | Importi in € | Ricoveri | Importi in € |
| Totale chirurgia generale (09) | | 630 | 1.789.969,25 | 438 | 1.838.506,20 |
| Totale medicina generale (26) | | 85 | 217.482,50 | 47 | 150.137,40 |
| Totale gastroenterologia (58) | | 30 | 114.140,00 | 26 | 94.617,00 |

| campania (150) | | | | | |
|--------------------------------|------------------|----------|--------------|----------|--------------|
| Specialità Clinica Dimissione | Alta Complessità | 2019 | | 2020 | |
| | | Ricoveri | Importi in € | Ricoveri | Importi in € |
| Totale chirurgia generale (09) | | 471 | 1.794.178,11 | 365 | 1.506.232,76 |
| Totale medicina generale (26) | | 135 | 355.184,61 | 82 | 207.947,62 |
| Totale gastroenterologia (58) | | 12 | 23.160,54 | 4 | 6.066,05 |

Da tali dati si evince, attraverso l'analisi della mobilità passiva di quei paziente che sviluppano DRG della Chirurgia Generale vs la Medicina generale vs la Gastroenterologia, che dai circa 30 milioni di Euro spesi nel 2019 per la Chirurgia generale, si passa ai 5,4 milioni per la Medicina Generale e ad 1,5 milioni per la Gastroenterologia. E' evidente che bisognerebbe aumentare l'offerta di posti letto in Gastroenterologia per migliorare l'appropriatezza dei ricoveri che riguardano i principali DRG di competenza gastroenterologica, riducendo la possibilità per le Unità Operative di Chirurgia di gestire pazienti con patologie "gastroenterologiche"; ma anche riducendo in parallelo i posti letto in Chirurgia (evidentemente in eccesso rispetto alle reali necessità della popolazione), e nel contempo migliorando la offerta di tali Unità Operative nei confronti della chirurgia bariatrica, ad esempio, o della chirurgia mammaria o tiroidea, che sembrano essere le principali motivazione di migrazione sanitaria "chirurgica".

In primis, si propone la realizzazione completa del Piano Ospedaliero, di cui ai R.R. n. 23/2019 e n. 14/2020, con la attivazione dei posti letto nelle sedi dove previsti e con ripristino del numero totale di pl in maniera di riportare la situazione pre-Covid, fornendo alle Unità Operative le risorse umane e strumentali per gestire i posti letto previsti e riportati nella seguente tabella:

| | | |
|---------------|--|------------|
| Foggia | Ospedale di Manfredonia | 10 |
| | AOU Riuniti | 30 |
| | IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo | 40 |
| | | |
| BAT | Ospedale di Barletta | 15 |
| | | |
| Bari | AOU Policlinico BA | 30 |
| | IRCCS De Bellis | 40 |
| | Ospedale San Paolo | 10 |
| | E.E. Miulli | 16 |
| | Casa di Cura CBH i | 10 |
| | | |
| Taranto | Ospedale SS Annunziata | 10 |
| | CDC San Camillo | 5 |
| | | |
| Brindisi | Ospedale Perrino | 10 |
| | | |
| Lecce | Ospedale V. Fazzi | 20 |
| | Ospedale di Scorrano | 16 |
| | | |
| <i>Totale</i> | <i>(191 pubblici+71 privati)</i> | <i>262</i> |

In particolare, ogni Unità Operativa deve avere in dotazione un Servizio di Endoscopia di II livello (allegato 1).

Per quel che riguarda la rete degli ambulatori di Endoscopia Digestiva presenti sul territorio regionale ma non collegati alle Unità Operative, si rileva la presenza di diversi ambulatori di Endoscopia Digestiva che hanno una produzione annuale (anni 2018-2019) di poche centinaia di es. endoscopici e che verosimilmente non sono in grado di assicurare un livello qualitativo e/o di operatività in linea con gli standard richiesti, che prevedono una produttività raggiungibile con i requisiti minimi di un ambulatorio di endoscopia di I livello (allegato 2).

Alla luce di questi dati, è necessario una rivalutazione aggiornata dei dati di produttività al fine di ridisegnare la rete della Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva nella direzione dello spostamento di personale medico/paramedico ed attrezzature da ambulatori poco produttivi verso realtà endoscopiche già avviate e produttive, al fine di raggiungere una operatività in elezione H12 (paziente neoplastici, con IBD, con lesioni neoplastiche superficiali da asportare), affiancata ad una reperibilità in urgenza per paziente sanguinanti 24/24 h, 7/7 giorni, e con una competenza all'altezza delle sfide dello Screening di massa per CCR, al momento non ancora ben avviato e soprattutto non omogeneamente esteso. In ottica di una rete efficiente, è molto più facile ed efficace una integrazione fra UO simili ed omogenee tra loro piuttosto che fra entità molto distanti

da un punto di vista produttivo ed operativo, al fine di permettere una risposta adeguata in ogni parte della Regione, limitando la mobilità intra ed extraregionale.

In tema, infine, di Medicina del territorio, si può prevedere, nell'ambito della realizzazione del PNRR "missione 6", ed in particolare negli Ospedali di Comunità previsti sul territorio della Regione Puglia, uno specialista Gastroenterologo, collegato funzionalmente con la Unità Operative di Gastroenterologia più vicina, che deve servire da primo presidio con l'obiettivo, attraverso la esecuzione della visita, della ecografia e di alcuni esami non invasivi (breath test, gastro-panel, etc), di poter valutare quali pazienteienti continuare a seguire sul territorio e quali da avviare successivamente a centri di Gastroenterologia ospedalieri per i necessari approfondimenti in caso di patologie più complesse.

Pertanto, considerato il rilevante impatto clinico, assistenziale ed organizzativo indotto sul Servizio Sanitario Regionale dalle MAD, e delle specifiche peculiarità della formazione specialistica in gastroenterologia, si propone di organizzare le risorse presenti e future assegnate alla Gastroenterologia, in una rete assistenziale secondo il modello hub and spoke, caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza ad elevata complessità in centri hub supportati da una rete di altri centri (spoke) ai quali, tra gli altri compiti, compete anche la selezione dei pazienteienti e il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata.

Al fine della creazione della rete delle Gastroenterologia, si propone, quindi:

- a) la presenza di una Unità Operativa di Gastroenterologia con posti letto (pl) e con Ambulatori di Endoscopia diagnostica ed operativa in grado di assicurare la reperibilità h 24 e 7/7 gg, nonchè le procedure endoscopiche ad elevata complessità, quali: asportazione endoscopica di lesioni neoplastiche superficiali del colon, endoscopia operativa sulle vie biliari e pancreas, emostasi di lesioni sanguinanti, palliazione endoscopica di malattie neoplastiche avanzate, screening per la diagnosi precoce del carcinoma del colon-retto, diagnosi e follow-up delle IBD) **in tutti gli Ospedali di II livello (Hub)** quali: Bari (Policlinico Universitario ed IRCCS "De Bellis"), Foggia (Osp. Riuniti), Lecce ("Fazzi"), Taranto (SS Annunziata) e Brindisi (Perrino);
- b) di dotare **alcuni Ospedali (Spoke)**, che servono territori ampi nei quali non sono presenti altre competenze di Gastroenterologia/Endoscopia, di **UNITÀ OPERATIVA** di Gastroenterologia (con pl e con Endoscopia di medio/elevato livello che deve garantire la reperibilità h24 e 7/7 gg), quali: BAT (Barletta), LE (Scorrano), FG (Manfredonia) e Bari (Osp. San Paolo);

Le UNITÀ OPERATIVA [punti a) e b)] devono prevedere, a regime:

- 15 pl per degenza ordinaria
- 3 pl per terapia sub-intensiva (emorragie, coma epatico, pancreatiti acute, IBD severe, ecc)
- 2 pl per degenza breve/DS
- 3-5 pl per degenza dedicata ai paziente trapiantandi o trapiantati di fegato negli ospedali dotati di Centro Trapianti
- 1 Servizio di Endoscopia Digestiva diagnostica ed interventistica
- 1 Ambulatorio di Nutrizione Clinica
- 1 Ambulatorio di Ecografia Diagnostica ed Operativa.
- 1 Ambulatorio di Fisiopatologia
- 1 Ambulatorio per IBD

- 1 Ambulatorio per epatopatie.

L'organizzazione deve essere congrua al fine di permettere lo svolgimento dell'attività del reparto di degenza, della pronta reperibilità endoscopica (24/24 h e 7/7 gg) e delle attività specialistiche ambulatoriali sopraelencate, formata da:

- n. 1 Direttore
- n. 15 Dirigenti Medici
- n. 12-15 Infermieri Professionali adibiti al reparto di degenza, dei quali 1 coordinatore per il reparto ed 1 per i servizi e gli ambulatori;
- n. 1 infermiere per ciascun ambulatorio
- n. 2 infermieri addestrati e dedicati per ogni sala endoscopica e per turno 8-14/14-20
- n. 15 fra ausiliari e OSS da adibire al reparto ed agli ambulatori
- n. 3 Amministrativi.

Rispetto alla presente proposta di organizzazione, si rimanda al Piano di Fabbisogno Triennale approvato dalla Giunta regionale.

- c) di prevedere in altri **Ospedali (Spoke)**, che insistono su territori nei quali già esistono o sono previste UNITÀ OPERATIVA di Gastroenterologia, alcune **UO** di Gastroenterologia con annessa endoscopia di media-elevata complessità, negli ospedali di: San Severo e Cerignola (FG), Andria (BAT), Altamura (BA), Monopoli (BA), Osp. Di Venere (BA), Martina Franca e Castellaneta (TA), Gallipoli (LE);

Negli Ospedali nei quali è presente una **Unità Operativa** di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, la dotazione organica dovrebbe essere costituita da almeno due sale Endoscopiche, oltre ad ambulatori per visite ed ecografie, con una dotazione minima di personale costituita da:

- n. 1 responsabile
- n. 6 Dirigenti medici
- n. 8 Infermieri professionali dedicati
- n. 1 coordinatore infermieristico
- n. 3 OSS/ausiliari
- n. 1 amministrativo.

Rispetto alla presente proposta di organizzazione, si rimanda al Piano di Fabbisogno Triennale approvato dalla Giunta regionale.

- d) di prevedere, nell'ambito della medicina territoriale, ambulatori di gastroenterologia in grado di svolgere attività specialistiche quali: visita, ecografia, test funzionali (ad es. breath test), valutazione nutrizionale, valutazione e F/U di paziente cronici (epatopatici, malattia da reflusso gastroesofageo, disturbi funzionali), con adeguata dotazione di risorse umane e strumentali. Responsabili di tali attività saranno le UO di Gastroenterologia che operano in quei territori, in maniera tale da mantenere sempre una integrazione bidirezionale fra attività sul territorio ed attività ospedaliere;
- e) di prevedere che, al fine di garantire la qualità e l'omogeneità delle cure e prestazioni (con particolare attenzione al programma di screening dei tumori del colon-retto) è indispensabile che ogni struttura periferica faccia capo alla Unità Operativa di Gastroenterologia di riferimento, estendendo tale obbligo anche alle strutture private accreditate non dotate di Unità Operativa;

- f) di prevedere che tale rete possa dedicarsi ad una necessaria azione di valutazione delle indicazioni e dell'appropriatezza delle metodiche endoscopiche richieste dal territorio, onde permettere una drastica riduzione delle liste di attesa;
- g) di prevedere maggiori risorse da destinare all'aumento delle borse di studio per l'incremento dei posti nella Scuola di Specializzazione di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva nell'ambito dell'attività formativa universitaria;
- h) di rivedere complessivamente il ruolo delle strutture pubbliche e private accreditate, non in linea con i compiti ed i parametri attualmente richiesti, con l'obbligo di partecipare alla rete delle urgenze/emergenze e dell'assolvimento delle necessità rivenienti dall'implementazione dello screening del carcinoma del colon-retto.

In conclusione, si pone come prioritario il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- 1) Riconoscimento della Gastroenterologia come disciplina a complessità medio-alta;
- 2) Applicazione integrale del Piano Sanitario Regionale con piena attivazione dei 191 pl previsti, in modo particolare in quelle realtà dove la carenza è più marcata (Taranto, Brindisi, Lecce), in maniera da avere una equa distribuzione di Unità Operativa di Gastroenterologia
- 3) Elaborazione ed Istituzione della rete regionale della Gastroenterologia sul modello Hub & Spoke, con collaborazione fra centri Hub a completamento e supporto delle capacità organizzative ed operative dei centri Spoke, in particolare per le emergenze/urgenze in Endoscopia, per i trapianti di fegato, i paziente con IBD, lo screening per il CCR, la Nutrizione Artificiale, il trattamento delle lesioni neoplastiche superficiali, la diagnosi e la palliazione delle neoplasie gastroenterologiche avanzate, etc
- 4) Inserimento del Gastroenterologo nell'Ospedale di Comunità per un auspicabile interrelazione funzionale e collaborativa con la Unità Operativa di Gastroenterologia di riferimento
- 5) Redistribuzione di risorse umane e materiali da ambulatori di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva decentrati e con bassa produttività, a strutture ospedaliere in grado di implementare la loro attività specialistica.

ALLEGATO 1

I Servizi di Endoscopia di II livello dovrebbero essere costituiti da:

- sala di attesa, ricezione e segreteria
- almeno n. 2 sale di endoscopia (una di 25 mq) delle quali una abilitata all'uso dell'apparecchio radiologico portatile
- sala di osservazione e di ristabilizzazione del pazienteiente
- sala per lavaggio e disinfezione degli strumenti con percorsi distinti dello sporco e pulito.

La dotazione strumentale per 2 sale endoscopiche dovrebbe essere costituita da:

- n. 5 esofagogastroduodenoscopi
- n. 5 colonscopi
- n. 2 duodenoscopi
- n. 1 ecoendoscopio
- n. 1 enteroscopia
- n. 1 videocapsula intestinale con work station dedicata
- n. 3 fonti luminose
- n. 3 aspiratori
- n. 2 elettrobisturi
- n. 2 lavaendoscopi
- n. 2 carrelli per l'emergenza + ECG + defibrillatore + O2
- n. 2 ossimetri digitali per monitoraggio dei parametri vitali

ALLEGATO 2

I requisiti minimi di un ambulatorio di endoscopia (di I livello) con una sala, dovrebbero prevedere:

- n. 1 sala disinfezione e n.1 sala ristabilizzazione
- n. 2 gastroscopi
- n. 2 colonscopi
- n. 1 fonte luminosa/processore
- n. 1 monitor medicale ad alta definizione
- n. 2 aspiratori
- n. 1 elettrobisturi intelligente
- n. 1 insufflatore CO2
- n. 1 lavaendoscopi
- n. 1 carrello per l'emergenza + ECG + defibrillatore + O2.
- n. 1 monitor per parametri vitali.

**Il Dirigente di Sezione
Mauro Nicastro**



Mauro Nicastro
27.02.2023
17:50:38
GMT+00:00