



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 104 del 09/08/2002

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 2 agosto 2002, n. 1987

Piano di Riordino della Rete Ospedaliera - Adozione definitiva a seguito di integrazioni al progetto di 1^a rimodulazione del Piano di cui alla DGR 26 Luglio 2002 n. 1086.

L'Assessore Regionale alla Sanità, Dr. Salvatore Mazzaracchio sulla base dell'istruttoria e della proposta definitiva di riordino della rete ospedaliera predisposte dall'ARES, confermate dal Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale e, circa la regolarità amministrativa del procedimento, dal Dirigente del Settore Sanità, riferisce quanto segue:

Con deliberazione 26 Luglio 2002 n. 1086, la Giunta Regionale ha approvato il progetto di prima rimodulazione del Piano di riordino della rete ospedaliera.

Nel suddetto provvedimento e nella allegata Relazione Illustrativa si è tra l'altro dato atto che con il PSR 2002 - 2004 sono stati fissati i seguenti obiettivi:

- realizzazione di un razionale e qualificato sistema di assistenza ospedaliera distribuito sul territorio nel quadro di un riequilibrio delle dotazioni sanitarie nel loro complesso;
- riorganizzazione delle attività interne dei presidi ospedalieri, superando la frammentazione degli stabilimenti e le situazioni ripetitive delle strutture esistenti;
- contestuale disattivazione, trasformazione o riconversione di parte degli attuali stabilimenti ospedalieri in strutture residenziali o in altre tipologie di strutture assistenziali;
- accorpamento funzionale di strutture ospedaliere in un unico Presidio ospedaliero, ove ne ricorrano le condizioni;
- unificazione dei servizi di diagnosi e cura, ove ne ricorrano le condizioni;
- riqualificazione dell'assistenza ospedaliera anche attraverso la dipartimentalizzazione;
- attivazione di strutture costituenti centri di alta specializzazione di cui la regione è allo stato carente.

Nella Relazione Informativa predisposta dall' Ares, si è altresì precisato che il riordino della rete ospedaliera è, in particolare finalizzato a garantire:

- la ridefinizione dell'assetto organizzativo non solo in funzione degli aspetti economici ma anche in funzione dell'equilibrio fra domanda ed offerta sanitaria, superando la frammentazione dei presidi e le situazioni ripetitive a vantaggio di attività di alta specialità.
- Il consequenziale accorpamento funzionale di più stabilimenti ospedalieri in un unico presidio in presenza di condizioni favorevoli, connesse al bacino di utenza, viabilità, morfologia, ecc.
- La razionalizzazione e riorganizzazione delle strutture territoriali, allo scopo di creare tipologie assistenziali alternative e filtro per i ricoveri ospedalieri.
- l'utilizzo appropriato dei posti letto di day hospital, quale filtro alla ospedalizzazione ordinaria.
- La programmazione degli interventi di edilizia sanitaria ex art. 20 Legge n. 67/88 che consentiranno di utilizzare finanziamenti stanziati per oltre 1.550 miliardi di lire.

Tra le priorità si è altresì prevista l'attivazione dei Centri di riferimento regionali di alta specialità,

l'interventi per il potenziamento del sistema di emergenza-urgenza, il riequilibrio territoriale delle specialità, attivazione della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie.

Con riferimento al quadro come innanzi definito, si è compiuta anche la preliminare valutazione dei costi connessi al prospettato progetto di riordino.

Il nuovo assetto prospettato, pur dando luogo a significativi incrementi in talune discipline di alta specialità in cui la Puglia in passato ha evidenziato un deficit strutturale di capacità, mediante una ponderata ed equilibrata rideterminazione del fabbisogno regionale di assistenza ospedaliera, non disgiunta da analisi territoriali, valutazioni di carattere strutturale corrente e prospettica, di concentrazione e distribuzione connesse ai diversi bacini di utenza, viabilità, morfologia, etc. , ha permesso di dar luogo ad una configurazione operativa capace di elevare l'efficacia e l'integrazione del livello ospedaliero con quanto previsto dagli altri livelli essenziali di assistenza, congiuntamente ad una struttura di costi che si manifesta pienamente compatibile con le previsioni del Piano di Salute 2002-2007 di cui alla richiamata DGR 2087/01.

La proposta di piano così approvata è stata resa disponibile per le valutazioni da parte degli organismi e delle organizzazioni interessate.

Anche se non previsto dalle procedure di formazione dell'atto, il progetto di Piano è stato direttamente illustrato in apposite riunioni con l' ANCI Puglia, gli Ordini dei Medici, i Collegi IPASVI, le Organizzazioni Sindacali della CGIL, CISL, UIL, CISAS e CISAS Sanità, Cittadinanza Attiva, le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Base tra cui FIMG, SNAMI, CUMI e con le Organizzazioni ANAAO, CIMO, nelle quali si è preso atto, in particolare, delle seguenti osservazioni formulate:

(A) ANCI Puglia, che nell'esprimere condivisione ai contenuti del piano nel suo complesso in quanto correttamente rivolto alla tutela della salute di comprensori e non di singole comunità locali, suggerisce quanto segue:

- meglio illustrare nella Relazione le apprezzate motivazioni tecniche alla base del piano e delle scelte effettuate;
- perseguire fortemente l'obiettivo dell'appropriatezza anche mediante il potenziamento del filtro sul territorio da perseguirsi sia con il rafforzamento dell'attività poliambulatoriale sia dei livelli controllo sulle attività prescrittive;
- rendere obbligatorio il prontuario terapeutico ospedaliero;
- dare pronta esecuzione al piano, facendo in modo che siano contestuali alle disattivazioni, anche le attivazioni delle previste strutture territoriali;
- utilizzare il personale in esubero, anche specialistico, nelle attività territoriali, favorendo la interscambiabilità fra ospedale e territorio;
- valutare la possibilità di istituire punti nascita

(B) OO.SS. CGIL, CISL, UIL, le quali, ad esclusione della CGIL, hanno espresso piena condivisione del piano evidenziando:

- da parte della CISL, l'opportunità di prestare attenzione all'attività territoriale verso la quale occorre orientare risorse;
- da parte della UIL, la necessità: di valorizzare le funzioni e le specificità degli IRCCS nonché dell'Ospedale Giovanni XXIII; di prestare particolare attenzione alle esigenze del territorio Garganico; di attivare le cardiocirurgie con terapie intensive; di garantire tempi congrui per l'attuazione del piano;
- da parte della CGIL, non viene manifestato assenso sui tempi eccessivamente ridotti per l'esame del piano nonché sul metodo di approvazione. Si contesta, inoltre, la mancanza di attenzione ai servizi territoriali; la mancata valutazione dei dati epidemiologici; una attenzione privilegiata per i privati; la

mancata realizzazione del nuovo ospedale a Vico del Gargano ed il mancato decollo del progetto Asclepios al Policlinico. La CGIL chiede altresì che siano indicate le modalità per fronteggiare le emergenze, introducendo altresì altre questioni quali quelle in materia di organici, di applicazione della LR 28/00, della LR 32/01, nonché in materia di riqualificazione del personale e di disponibilità delle risorse necessarie a tal fine.

(C) Ordini dei Medici delle Province di Foggia, Bari, Brindisi, Lecce e Taranto, i quali esprimono, con esclusione di quest'ultimo, assenso e condivisione del piano. Onde favorire la realizzazione del complesso piano di trasformazione, evidenziano, accanto alla esigenza di estendere rapidamente all'intero territorio regionale il servizio di emergenza urgenza, la considerazione che il piano di riordino della rete ospedaliera sia attuato contestualmente al miglioramento delle strutture distrettuali, in particolare nel territorio del Gargano.

Gli Ordini dei Medici delle province della Puglia, esprimono inoltre apprezzamento per il coraggio manifestato nell'intraprendere la strada di un provvedimento di programmazione serio e compiuto.

L'Ordine dei Medici della provincia di Taranto evidenzia all'interno del piano un'attenzione privilegiata ai privati ed esprime non meglio definiti problemi in materia di mancanza di criteri di attuazione della mobilità, piante organiche, carichi di lavoro, ridotte previsioni di posti letto di ginecologia, di mancanza di anestesisti, della disciplina di cardiocirurgia

(D) Organizzazioni Sindacali Mediche della dirigenza e della Categorie Convenzionate, le quali, con esclusione della CUMI, esprimono condivisione e parere favorevole pur nella osservazione della necessità di più posti letto di rianimazione nella Azienda USL LE/1, della riabilitazione nell'Ospedale S.Paolo di Bari.

- La CUMI contesta l'eccessivo numero di rianimazioni, la previsione quale macro area della Azienda USL LE/2, la individuazione nel progetto di riordino della rete ospedaliera di servizi di neuroradiologia e di fisica sanitaria non conformi alle previsioni del PSR, la presenza presso l'Ospedale di Scorrano di posti letto per malattie infettive;

- La FINMG contesta il metodo ed il mancato coinvolgimento preventivo evidenziando, comunque, la necessità di contestuali e paralleli interventi sul territorio.

(E) Cittadinanza Attiva, la quale si riserva ogni valutazione nel merito essendo alla stessa mancati i tempi per tale attività di verifica. Invita a prestare particolare attenzione alla situazione della provincia di Taranto chiedendo un rinvio di 60 giorni per l'esame e la costituzione di una cabina di regia per l'attuazione del piano.

(F) Organizzazioni Sindacali CISAS e CISAS Sanità, che esprimono apprezzamento complessivo sul piano richiedendo, in fase di attuazione, di essere partecipi anche al fine di concorrere alla valorizzazione della sanità privata.

(G) Collegi IPASVI, che esprimono viva soddisfazione per il rapporto di collaborazione instaurato e piena condivisione del piano di riordino ospedaliero.

Al fine di acquisire ulteriori suggerimenti, sebbene non previsto dal procedimento, il progetto è stato inoltre illustrato e discusso nell'ambito della IIIa Commissione Consiliare Sanità dalla quale sono emerse utili precisazioni di cui si è tenuto conto e che possono, in particolare, così essere sintetizzate:

- precisazione della posizione dei direttori per i quali è soppressa la relativa struttura complessa;
- precisazione dell'organizzazione delle farmacie ospedaliere e dei relativi direttori;

- precisazione del ruolo dell' Ospedale Giovanni XXIII di Bari;
- chiarimenti sulla funzione dello stabilimento ospedaliero di Mottola;
- esigenza di prestare attenzione al territorio al fine di mantenere inalterati o potenziare, dove necessari, i livelli assistenziali;

I predetti contributi, rispetto alla prima rimodulazione del piano di riordino di cui alla richiamata deliberazione del 26 Luglio, in uno ad approfondite valutazioni della Giunta, hanno dato luogo ad integrazioni del relativo progetto che ferma restando l'impostazione già definita, è stato conseguentemente migliorato ed armonizzato in relazione ai suggerimenti pervenuti ed accolti.

Con la definizione del presente piano di riordino si da altresì pronto riscontro alla raccomandazione formulata dal Ministero della Salute sul finire del 2001, in sede di approvazione del PSR 2002-2004, di dar luogo, come peraltro riportato nella DGR 2087/01 in materia di riordino del sistema ospedaliero e distrettuale, a specifici atti regolamentari.

Tanto premesso, si propone alla Giunta di approvare l'allegato "Piano di Riordino della Rete Ospedaliera", per i conseguenziali adempimenti.

"COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLE LL.RR. 28/01 E 17/99 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI"

Il presente provvedimento, attuativo della Deliberazione di Giunta Regionale 27 Dicembre 2001, n.2087 con la quale è stato approvato il Piano Sanitario Regionale 2002-2004, non ha comportato spese aggiuntive essendo lo stesso stato predisposto con mezzi e risorse interne al Servizio sanitario regionale e, conseguentemente, a norma dell'Art. 4 della L.R. 4 Maggio 1999 n.17, così come modificato dall'Art. 13 della L.R. 13 Dicembre 1999 n.32, si attesta altresì che "le spese derivanti dal presente atto sono contenute nei limiti del Fondo Sanitario Regionale ovvero delle ulteriori correlate assegnazioni statali a destinazione vincolata e che non producono oneri aggiuntivi rispetto alle predette assegnazioni."

Il Dirigente Il Direttore
del Settore Sanità Generale dell'ARES
Dott. Carlo Di Cillo Dott. Mario Morlacco

Il presente provvedimento, come tra l'altro confermato dalla recente giurisprudenza (TAR Puglia II Sez. Lecce, Ord. n. 501/02; n.499/02; TAR Lazio, III Sez Ter, Sent. n. 6252/02; parere Consiglio di Stato n.1/02) rientra nella competenza della Giunta Regionale in considerazione del suo contenuto e della sua natura ed in quanto attuativo del suo precedente atto approvato con Deliberazione 27 Dicembre 2001, n.2087 a norma dell'Art.121 della Cost. e della Legge Costituzionale 22 Novembre 1999, n.1.

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale:

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Vista la Legge 405/01 che ha dettato i principi per la ristrutturazione della rete ospedaliera ed i parametri da ri rispettare con il presente provvedimento attuativo;
- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente del Settore e dal

Direttore Generale dell'ARES;

- Effettuate le conclusive valutazioni con integrazioni e modifiche alla prima rimodulazione del piano ed alla correlata relazione informativa;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare, in esecuzione della Deliberazione di Giunta Regionale 27 Dicembre 2001, n.2087, di adozione del Piano Sanitario Regionale 2002-2004, il "Piano di Riordino della Rete Ospedaliera" allegato sub A) alla presente deliberazione in tutte le sue componenti di seguito individuate quali parti integranti e sostanziali della stessa, congiuntamente alla parte motiva del provvedimento che qui si intende integralmente richiamata;

2. di dare atto che le variazioni e le modificazioni nello stesso introdotte rispetto alla proposta di prima rimodulazione del piano di riordino della rete ospedaliera di cui alla Deliberazione 26 Luglio 2002, n. 1086, discendono da affinamenti ed adeguamenti determinatisi a seguito delle consultazioni indicate nella parte motiva (III Commissione Consiliare, Organizzazioni Sindacali, Organizzazioni rappresentative di Categorie, Ordini e Collegi) pur se non previste nel procedimento di formazione del presente atto;

3. di dare atto che il Piano sub A) di cui al precedente punto 1) costituisce allegato unico alla presente deliberazione ed è composto dai seguenti documenti:

A.1. Relazione Informativa;

A.2. Quadri delle dotazioni dei presidi e degli stabilimenti ospedalieri pubblici;

A.3. Analisi dei ricoveri relativi all'anno 2001 e degli indici di attività della regione Puglia, per disciplina e presidio erogante, con standardizzazione ed ottimizzazione dei posti letto;

A.4. Estratto Riepilogativo dei ricoveri relativi all'anno 2001 e degli indici di attività delle Case di Cura della regione Puglia, per disciplina, con standardizzazione ed ottimizzazione dei posti letto, già compresi per singoli stabilimenti nel segmento di analisi A.3;

4. di stabilire che le attivazioni di nuove discipline di cui al presente piano potranno essere avviate contestualmente alla chiusura o depotenziamento delle Unità Operative che vengono soppresse o ridotte, anche se interessanti Aziende o presidi diversi, previa autorizzazione della Giunta Regionale, a seguito di richiesta delle Aziende Sanitarie; la proposta deve contenere la dimostrazione della copertura economico - finanziaria, validata da apposita relazione del collegio sindacale, da compiersi in esecuzione di quanto previsto in materia di programmi e di progetti, in particolare dal co.4 dell' Art.6 della LR 16 Novembre 2001, n.28 "Riforma dell'ordinamento regionale in materia di programmazione, bilancio, contabilità regionale e controlli"; ai fini della pronta attuazione del piano la Regione si riserva, qualora necessario, di emanare ulteriori specifiche disposizioni attuative;

5. di precisare, a norma dell'Art. 3,co.4, della Legge 405/01 che gli esuberanti di personale risultanti dal riordino ospedaliero, sono prioritariamente riassorbibili nell'ambito delle strutture realizzate in sede di riconversione di quelle dismesse al fine di assicurare la sostituzione del personale cessato dal servizio nell'ambito della stessa Azienda e per realizzare i servizi medici ed infermieristici domiciliari per malati cronici e terminali. Per le ulteriori eccedenze si applicano le disposizioni di cui agli Artt. 33 e 34 del D.Lgs 165/01;

6. di stabilire che l'attuazione della presente delibera dovrà avvenire nel rispetto dei vincoli e dei

parametri finanziari invalicabili di cui all'Art. 1 della L.405/01;

7. di dare atto che l'attuazione del Piano di Riordino della Rete Ospedaliera, a norma di quanto previsto in materia di programmi e di progetti, in particolare dal co.4 dell' Art.6 della LR 16 Novembre 2001, n.28 "Riforma dell'ordinamento regionale in materia di programmazione, bilancio, contabilità regionale e controlli" è sottoposta a monitoraggio sistematico ed alle revisioni operative derivanti dal controllo.

8. i principi desumibili dall'allegato Piano di riordino della rete ospedaliera, i criteri e le funzioni organizzative, di programmazione e controllo ivi previsti così come le disposizioni della presente deliberazione costituiscono regolamentazione fondamentale di riforma del Sistema di Salute della Regione Puglia di cui alla Deliberazione 27 Dicembre 2001, n.2087;

9. di incaricare il Settore Sanità affinché provveda, entro 10 giorni dalla data di approvazione del presente provvedimento alla notifica dello stesso al Ministero della Salute;

10. di pubblicare la presente deliberazione, nei modi e termini di rito, sul B.U.R.P.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta
Dr. Romano Donno Dott. Raffaele Fitto

Allegato A)

Il presente allegato unico è composto da n. 194 facciate:

Progetto di prima rimodulazione della Rete Ospedaliera, costituito dai seguenti documenti:

A.1. Relazione Informativa;

A.2. Quadri delle dotazioni dei presidi e degli stabilimenti ospedalieri pubblici;

A.3. Analisi dei ricoveri relativi all'anno 2001 e degli indici di attività della regione Puglia, per disciplina e presidio erogante, con standardizzazione ed ottimizzazione dei posti letto;

A.4. Estratto Riepilogativo dei ricoveri relativi all'anno 2001 e degli indici di attività delle Case di Cura della regione Puglia, per disciplina, con standardizzazione ed ottimizzazione dei posti letto, già compresi per singoli stabilimenti nel segmento di analisi A.3;

Il Dirigente del Settore Sanità
Dott. Carlo Di Cillo
Indice

- 1) Il contesto di riferimento 10
- 2) Il Piano Sanitario Regionale e la rete ospedaliera 15
- 3) Criteri di riorganizzazione 19

- 4) Standardizzazione del fabbisogno di posti letto per acuti previsti nel Piano di riordino della rete ospedaliera 24
 - 5) Individuazione dei presidi ospedalieri e loro articolazione interna 26
 - 6) dotazione di posti letto 28
 - 7) dimensionamento delle UU.OO. con posti letto 29
 - 8) ulteriori aspetti organizzativi 29
 - 9) Unità di degenza territoriale (Ospedale di Comunità) 32
 - 10) Posti tecnici per emodialisi 33
 - 11) Case di cura private 34
- Costi del sistema e Conclusioni 35
- 1) Il contesto di riferimento

La legge 28 dicembre 1995, n. 549, all'art. 2, co. 5, ha disposto che le regioni, nella ristrutturazione della rete ospedaliera, adottano lo standard di dotazione media di 5,5 posti letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie. Detto standard è stato confermato dall'art. 1 della legge 662/96.

La legge 18/07/1996, n.382, ha fatto obbligo alle regioni di approvare la ristrutturazione della rete ospedaliera prevedendo:

- l'utilizzazione dei posti letto ad un tasso non inferiore al 75% di media annua;
- lo standard di dotazione media di 5,5 posti letto sopra indicato;
- il tasso di ospedalizzazione del 160 per 1.000 abitanti.

Con D.L. n. 347 del 18 settembre 2001, convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405, lo standard di utilizzazione dei posti letto è stato ridotto dal 5,5 al 5 per mille di cui uno per mille destinato a riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

Conseguentemente il numero dei posti letto dell'intero territorio regionale deve essere non superiore a 5 x 1.000 abitanti, ivi compresi i posti letto in day hospital, quelli privati accreditati e quelli destinati alla libera professione.

La popolazione pugliese al 1 Gennaio 2001 (dati ISTAT) assomma a numero 4.086.608 abitanti.

Ne deriva una dotazione di 20.433 p.l. suddivisi come segue:

- 16.346 p.l. per acuti;
- 4.087 p.l. per lungodegenze post-acuzie e riabilitazione.

La citata legge 23 dicembre 1996, n. 662, all'art. 1, co. 1, ha disposto, nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera di competenza delle regioni, la riduzione del numero dei posti letto nelle singole Unità operative ospedaliere che nell'ultimo triennio avessero mediamente registrato un tasso di occupazione inferiore al 75%, fatta eccezione per la terapia intensiva, la rianimazione, le malattie infettive, le attività di trapianti di organi e di midollo osseo nonché le unità spinali.

La riduzione prevista non doveva essere comunque inferiore al 20% del numero dei posti letto per ciascuna Unità operativa ospedaliera interessata.

p.l. 1.635).

Nell' ambito del quadro legislativo così come innanzi delineato, viene definita una riorganizzazione della rete ospedaliera nel rispetto dei principi enunciati e dei criteri contenuti nel Piano sanitario regionale 2002-2004.

Il Piano sanitario regionale, approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 2087 del 27 dicembre 2001, ha fissato principi, criteri ed indirizzi circa l'assistenza ospedaliera nella regione Puglia.

Il Piano considera l'ospedale componente essenziale del sistema sanitario che deve garantire l'attività di diagnosi, terapia e riabilitazione in fase acuta, attraverso l'alta specializzazione sia in emergenza ed urgenza che in modo programmato, in regime di ricovero ordinario, di ricovero diurno, ambulatoriale e domiciliare. Trattasi in sostanza di organizzazione di alto livello tecnologico deputata a fornire risposte in situazioni acute e gravi non affrontabili nel livello di assistenza territoriale.

Le rilevazioni e valutazioni di utilizzo del sistema ospedaliero, riportate nel Piano sanitario e riferite all'anno 2000, da una parte evidenziavano l'indispensabilità del riordino della rete ospedaliera e dall'altra lasciavano presumere una non difficile realizzazione degli standards di dotazione ed utilizzo dei posti letto.

Sulla base delle rilevazioni aggiornate all'anno 2001 e delle comunicazioni delle Aziende al sistema informativo del Ministero della Salute, si rileva che il sistema ospedaliero regionale è dotato di n. 18.844 posti letto complessivi così distribuiti:

numero p.l.

Aziende Ospedaliere 5.479

Presidi di U.S.L. 8.764

I.R.C.C.S. pubblici 299

I.R.C.C.S. privati ed enti ecclesiastici 2.360

Strutture private provvisoriamente accreditate 1.942

Totale 18.844

I dati riguardanti i posti letto esistenti sono rilevati dalle fonti ufficiali costituiti dai flussi informativi HSP predisposti dalle Aziende sanitarie fatta eccezione per le case di cura private che presentavano palesi incongruenze per cui si è dovuto procedere ad altre rilevazioni.

Nelle schede predisposte per ogni singolo presidio sono anche riportati i posti letto comunicati con i suddetti modelli HSP non rientranti fra quelli formalmente previsti nel PSR quali astanteria, radioterapia, nido (che sono letti tecnici); Day Hospital senza indicazione di disciplina. Detti p.l. sono stati comunque inseriti nelle schede fra quelli presenti per coerenza rispetto ai flussi anche se scompaiono nella rimodulazione.

L'indice di utilizzazione dei posti letto nell'anno 2001 si aggira intorno al 73%, al di sotto di quanto previsto dalla legge n. 662/96.

Sulla scorta dei dati di attività del 2001 il tasso di ospedalizzazione nella regione Puglia è pari a 198,2 ricoveri per mille abitanti considerando i ricoveri per acuti. Esso si eleva a 239,9 considerando anche i

day hospital, a fronte del limite previsto di 160 al quale bisogna tendere attraverso l'attuazione del presente atto.

Detti dati denotano una eccedenza di offerta di posti letto per acuti rispetto al fabbisogno, senza contare i livelli di inappropriatezza rilevati nelle due fasi del progetto PRUO già completate, l'analisi dei 43 DRGs considerati dai LEA ad alto rischio di inappropriatezza, i ricoveri ripetuti, gli eventi sentinella, il basso indice operatorio delle discipline chirurgiche ecc.

Si rileva, peraltro, una notevole difformità sul territorio regionale con tassi di utilizzo che variano dal 60% circa per tutto il complesso dei posti letto di una U.S.L. ad un massimo del 90% circa, con stabilimenti ospedalieri che hanno un tasso di utilizzo inferiore al 50%.

L'indice di complessità dei casi trattati, pari a 0,99, misurato attraverso il peso dei D.R.G., è piuttosto basso, denotandosi un eccessivo utilizzo degli ospedali per patologie non acute, né gravi o complesse.

I dati di cui sopra presentano un miglioramento rispetto all'anno precedente per le disattivazioni di letti inutilizzati da parte delle aziende sanitarie. Va osservato, però, che il perseguimento dell'efficienza non può realizzarsi con la riduzione di una quota di posti letto per ciascuna struttura bensì con l'accorpamento di strutture omologhe.

Per quanto riguarda il sistema privato i dati comunicati formalmente dalle aziende mediante i flussi informativi pari a 1.241 p.l. risultano incompleti per cui l'ARES ha provveduto ad accertamento diretto degli stessi quantificandoli in n. 1.942.

Complessivamente, comunque, i posti letto attivi nell'intera regione sono inferiori a quelli prevedibili in funzione dell'indice di 5 p.l. per 1.000 abitanti.

Al loro interno, però, risultano esuberanti per quanto riguarda i p.l. per acuti ed insufficienti (anzi quasi inesistenti) per quanto riguarda la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

E' rilevabile, altresì, un elevato utilizzo del ricovero ospedaliero da parte di soggetti appartenenti alle classi di età superiori a 65 anni. Infatti il 12,4% della popolazione totale costituito da soggetti ultrasessantacinquenni determina circa il 30,0% dei ricoveri, molti dei quali potrebbero essere sostituiti da forme alternative di assistenza.

A conferma di quanto sopra sono stati rilevati i seguenti dati di ospedalizzazione per soggetti ultrasessantacinquenni.

Puglia 454%

Tasso di ospedalizzazione acuti

Italia 371%

Puglia 1,22

Peso medio DRG acuti

Italia 1,34

Puglia 454% 10,6% 2,7%

Italia 371% 13,7% 6,5%

Conclusivamente se ne deduce che si verificano:

- molti ricoveri per acuti inappropriati e con basso peso medio;
- basse percentuali di ricoveri in lungodegenza e riabilitazione, per carenza di offerta o domanda inespressa;
- necessità di trasformazioni di posti letto per acuti in posti letto per lungodegenza e riabilitazione;
- esigenza di orientamento verso forme assistenziali territoriali più appropriate quali ad esempio le RSA.

Anche la distribuzione di strutture e discipline sul territorio regionale non risulta equilibrata dimostrando la necessità di un incisivo intervento riequilibratore.

Altro elemento da prendere in considerazione è quello riguardante la mobilità passiva.

Questa determina una emigrazione di cittadini pugliesi verso altre regioni per fruire di 59.333 ricoveri, pari al 5,6% dei ricoveri complessivi, e il cui valore in termini di tariffe da pagare è pari a circa 335 miliardi di lire (dati riferiti all'anno 2000).

L'insieme di prestazioni acquisite in mobilità extra-regionale va considerato nel calcolo degli indicatori che determinano il fabbisogno regionale di posti letto, in particolare per quanto riguarda le prestazioni di elevata specialità per le quali bisogna programmare una rete di centri di eccellenza capaci di ridurre il ricorso a strutture extra-regionali.

L'assicurazione delle attività necessarie a garantire le suddette prestazioni assume particolare rilevanza sia ai fini del migliore e più efficiente utilizzo delle strutture regionali, sia per gli effetti economici che un efficace filtro alla mobilità passiva è in grado di determinare, sia per la soddisfazione del cittadino pugliese.

L'analisi dei relativi dati, inoltre, evidenzia delle situazioni per cui si ricorre a strutture extra-regionali non solo per discipline e prestazioni di alta complessità per le quali la regione, allo stato, dispone di una "offerta" carente, ma anche per discipline e prestazioni di media e bassa complessità o comunque garantibili dal sistema sanitario regionale.

Il piano di riordino deve quindi tenere conto di entrambe le suddette caratteristiche della mobilità.

Se si considerano solo le quattro discipline di base a larga diffusione, si constata che vengono effettuati ricoveri in altre regioni in numero di 6.673 per la disciplina di chirurgia generale, 5.409 di medicina generale, 8.108 di ortopedia e traumatologia e 3.774 di ostetricia e ginecologia. Complessivamente circa 24.000 ricoveri per le discipline di base e per un costo di 116 miliardi di lire.

Notevoli indici di fuga presentano le discipline di alta complessità.

Si tratta, in particolare, della emigrazione per ricoveri cardiologici e cardiocirurgici (44 miliardi di lire), ematologici, neurochirurgici ed oncologici che complessivamente determinano trasferimenti di risorse in altre regioni per 77 miliardi di lire.

Nell'ambito della mobilità passiva extra-regionale, i DRGs di peso superiore a 1,5 rappresentano numericamente il 18,1% dei casi ma economicamente il 47,9% della spesa, mentre i DRGs di peso inferiore a 1,5 sono probabilmente connessi a migrazioni tra regioni confinanti o a mobilità di lavoratori e studenti, in quanto il fenomeno si verifica sia in entrata che in uscita.

Anche per discipline di media diffusione quali otorinolaringoiatria, oculistica e pediatria si verifica una consistente mobilità.

Un discorso a parte merita la riabilitazione intensiva che, come evidenziato nel piano sanitario regionale, necessita di consistenti interventi sia per offrire una risposta adeguata al bisogno, sia per assicurare la rispondenza alle previsioni del piano, sia per filtrare il flusso di mobilità passiva extra-regionale che determina trasferimenti non inferiori a 26 miliardi di lire all'anno.

Il Consiglio Regionale, nella seduta del 2 e 3 febbraio 1999, in presenza della normativa allora vigente, costituita dalla legge n. 662/96, ha adottato l'atto n. 379 riguardante il piano di riordino della rete ospedaliera. Con detto provvedimento veniva delineato un percorso già caratterizzato dalla programmazione di disattivazioni e/o riconversioni nonché dalla considerazione degli aspetti economici sia connessi alle nuove attivazioni (realizzabili solo in presenza di determinate condizioni), sia connessi alla possibilità di liberare risorse dall'attuale destinazione per orientarle verso più appropriati impieghi.

Detto piano non ha avuto concreta attuazione in termini di potenziamenti per migliorare l'offerta di alta specializzazione, attese le condizioni poste per le nuove attivazioni, legate a situazioni di equilibrio di bilancio non realizzate. Di contro, alcuni interventi di depotenziamento di offerta esuberante e di razionalizzazione sono stati effettuati con conseguente riduzione dei posti letto attivi.

La situazione conseguentemente determinatasi negli anni 1999-2001 rappresenta il punto di partenza per la elaborazione del presente piano, finalizzato alla razionalizzazione dell'esistente, alla riconversione e/o attivazione di p.l. di riabilitazione, lungodegenza, terapie intensive ed altre specialità di cui il sistema è carente.

Con la deliberazione n. 1392 del 5.10.2001, la Giunta Regionale, nell'approvare il documento di indirizzo economico funzionale per il 2001, ha emanato disposizioni e fornito indicazioni in materia di assistenza ospedaliera, avendo come riferimento la deliberazione del Consiglio Regionale sopra indicata.

Tra l'altro, è stata ribadita la tendenza nazionale alla riduzione dell'offerta ospedaliera, già contemplata nel piano di riordino del '99 che prevedeva una riduzione della spesa ospedaliera, in termini di incidenza percentuale sul totale, in misura pari al 2% per il '99, del 2,5 per il 2000 e del 3% per il 2001.

Pur nella consapevolezza della parziale attuazione del suddetto piano di riordino, con la deliberazione n. 1392, nelle more dell'adozione del PSR, sono state fornite indicazioni circa il perseguimento dell'obiettivo dell'equilibrio di bilancio dei presidi ospedalieri delle Aziende USL, della riduzione del disavanzo del SSR, del corretto impiego delle risorse e di appropriati livelli di utilizzazione dei servizi nel rispetto degli indicatori e parametri concernenti gli aspetti strutturali e organizzativi, nonché del perseguimento del complessivo equilibrio economico.

Ai Direttori Generali è stato dato mandato di produrre all'Assessorato alla sanità le proposte operative per la dipartimentalizzazione e le disattivazioni/riconversioni dei presidi ospedalieri di propria

competenza, nell'ambito del rispettivo Piano attuativo locale o metropolitano (PAL/PAM).

I Direttori Generali hanno formulato le loro proposte. Dette proposte sono risultate nel loro complesso disomogenee data la diversità dei soggetti che le hanno formulate, ma hanno costituito, comunque, ulteriore base conoscitiva ai fini della redazione del presente Piano.

2) Il Piano Sanitario Regionale e la rete ospedaliera

Il Piano sanitario regionale ha definito i criteri per il riordino della rete ospedaliera in Puglia.

In sintesi, con il PSR 2002 - 2004 sono stati fissati i seguenti obiettivi:

- realizzazione di un razionale e qualificato sistema di assistenza ospedaliera distribuito sul territorio nel quadro di un riequilibrio delle dotazioni sanitarie nel loro complesso;
- riorganizzazione delle attività interne dei presidi ospedalieri, superando la frammentazione degli stabilimenti e le situazioni ripetitive delle strutture esistenti;
- contestuale disattivazione, trasformazione o riconversione di parte degli attuali stabilimenti ospedalieri in strutture residenziali o in altre tipologie di strutture assistenziali;
- accorpamento funzionale di strutture ospedaliere in un unico Presidio ospedaliero, ove ne ricorrano le condizioni;
- unificazione dei servizi di diagnosi e cura, ove ne ricorrano le condizioni;
- riqualificazione dell'assistenza ospedaliera anche attraverso la dipartimentalizzazione;
- attivazione di strutture costituenti centri di alta specializzazione di cui la regione è allo stato carente.

Come riportato nel Piano sanitario, il sistema ospedaliero pugliese è strutturato in:

- Aziende Ospedaliere;
- Presidi ospedalieri dell'Azienda Unità Sanitaria Locale;
- Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati;
- Presidi ospedalieri dipendenti da Enti Ecclesiastici;
- Strutture ospedaliere private.

Ferma restando la struttura delle due Aziende ospedaliero-universitarie, per quanto riguarda le altre quattro Aziende ospedaliere, il presente Piano è articolato in maniera da consentire la razionalizzazione delle strutture del territorio circostante con aggregazione alle stesse di altri presidi. Ciò è compatibile sia nell'ipotesi di soppressione dell'autonomia, che in caso di conferma. In quest'ultimo caso i suddetti presidi si aggregerebbero, nei tempi che saranno definiti, all'Azienda ospedaliera di riferimento.

Come previsto nel PSR i presidi ospedalieri delle Aziende USL sono integrati con i Distretti al fine di garantire la continuità assistenziale e sono costituiti da uno stabilimento singolo o da più stabilimenti funzionalmente accorpati e organizzati in un sistema a rete capace di garantire, in una organizzazione integrata, livelli di assistenza di medio-alta specializzazione.

In una serie di stabilimenti ospedalieri vengono previste strutture polispecialistiche ambulatoriali e Ospedali di Comunità. Si tratta di quei presidi nei quali non è prevista la struttura complessa di Radiodiagnostica e Patologia clinica ma che mantengono, quali articolazioni, i predetti servizi diagnostici che potranno essere integrati con altre discipline specialistiche in modo da costruire un presidio polispecialistico con effetti positivi sulle liste d'attesa. Detti presidi sono dotati di letti tecnici per attività extra-ospedaliera per costituire il citato ospedale di comunità.

Alla luce delle previsioni del PSR e delle considerazioni sopra riportate deriva il seguente assetto organizzativo:

In ciascun Presidio ospedaliero sono presenti, come previsto dal più volte richiamato PSR, non più di una delle seguenti unità operative:

A) Senza posti letto:

- Direzione medica di presidio ospedaliero
- Direzione amministrativa di presidio ospedaliero
- Anestesia e rianimazione
- Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza (con luogo di osservazione - letti tecnici)
- Patologia clinica
- Radiodiagnostica
- Farmacia ospedaliera

In relazione alle deroghe previste nel PSR, per la Patologia clinica, la Radiodiagnostica e la Farmacia ospedaliera è possibile istituire una seconda unità operativa per i presidi ospedalieri, anche costituiti in Aziende, che abbiano una dotazione superiore ai 1.000 p.l.

Per quanto riguarda le stesse discipline, nell'ambito della presente prima rimodulazione, negli stabilimenti ove le relative strutture sono rette da direttori di struttura complessa viene mantenuta la funzione fino alla realizzazione dei procedimenti di mobilità ovvero fino a nuove determinazioni regionali.

B) con posti letto:

- Medicina interna
- Chirurgia generale
- Ortopedia e traumatologia
- Ginecologia e Ostetricia
- Pediatria-Neonatologia
- Cardiologia con UTIC

Sono possibili deroghe in funzione delle dimensioni delle strutture, oltre 63 p.l. per le discipline la cui dotazione minima è di 32 p.l. o 39 per le altre discipline. In alcuni stabilimenti che non rientrano nella suddetta fattispecie ma che presentano domanda da soddisfare, idoneità di strutture, collegamenti difficoltosi, ferma restando l'unicità delle strutture, sono previste articolazioni interne alle strutture complesse o letti di day-hospital.

Per quanto riguarda le articolazioni, le stesse sono previste, oltre che per i motivi di cui sopra, in presenza di determinate condizioni concorrenti quali: utenza extra-regionale frontaliera che le autofinanzia, città caratterizzate da numerosità elevata di popolazione e corrispondente fabbisogno, assicurazione del ciclo diagnostico-terapeutico-riabilitativo, assicurazione della disciplina medica in alcuni stabilimenti di riferimento chirurgico.

Delle seguenti discipline sono previste secondo il fabbisogno anche più di una unità operativa per il territorio corrispondente a ciascuna Azienda USL (altri erogatori compresi), ma non necessariamente in tutti i Presidi ospedalieri:

A) Senza posti letto:

- Neuroradiologia
- Anatomia patologica
- Fisica sanitaria
- Psicologia

La disciplina di psicologia in questa prima fase, in prima parziale applicazione del PSR, nell'ambito delle strutture pubbliche, viene prevista solo nelle Aziende ospedaliero universitarie e nelle Aziende ospedaliere.

B) con posti letto:

- Anestesia e rianimazione
- Lungodegenza
- Riabilitazione
- Psichiatria
- Nefrologia
- Malattie dell'apparato respiratorio

Il servizio di anestesia e rianimazione viene previsto laddove mancante la struttura di rianimazione con posti letto.

Nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda USL sono presenti non più di una delle seguenti unità operative (configurate come strutture complesse o semplici secondo i criteri fissati nell'atto di indirizzo regionale per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende sanitarie):

A) Senza posti letto:

- Allergologia ed immunologia clinica
- Malattie metaboliche e diabetologia
- Medicina nucleare
- Medicina trasfusionale
- Neurofisiopatologia
- Scienza dell'alimentazione e dietetica

B) con posti letto:

- Gastroenterologia
- Geriatria
- Neurologia
- Oftalmologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia

Sono a valenza sovra aziendale le seguenti discipline:

A) Senza posti letto:

- Angiologia
- Genetica Medica

- Laboratorio di genetica medica
- Medicina dello sport
- Medicina legale
- Microbiologia e virologia
- Radioterapia

B) con posti letto:

- Cardiochirurgia
- Chirurgia maxillo facciale
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia plastica e ricostruttiva
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Dermatologia e venerologia
- Ematologia
- Endocrinologia
- Malattie infettive
- Neonatologia con UTIN (terapia intensiva neonatale)
- Neurochirurgia
- Neuropsichiatria infantile
- Odontoiatria
- Oncologia
- Reumatologia
- Unità spinale

La dotazione minima in posti letto prevista nel piano sanitario è la seguente:

8 PL per le unità operative che erogano cure intensive;

32 PL per le unità operative di Medicina interna, Chirurgia generale, Ginecologia-Ostetricia, Ortopedia-Traumatologia e Lungodegenza post-acuzie;

15 PL Psichiatria;

20 PL per le unità operative afferenti alle restanti discipline.

Le suddette dotazioni, salvo quanto previsto per le strutture delle Aziende ospedaliero-universitarie, sono riferite ai Presidi ospedalieri pubblici.

Per quanto riguarda le strutture ospedaliero-universitarie, le dotazioni di posti letto per disciplina sono individuate nei Protocolli d'intesa e la loro assegnazione alle strutture verrà effettuata nei Protocolli attuativi tenendo conto delle soglie operative.

Per quanto riguarda gli IRCCS pubblici "De Bellis" ed "Oncologico", in considerazione della peculiarità dell'attività e della caratterizzazione come ente di ricerca è possibile derogare allo standard di dotazione. Per quanto riguarda le discipline di Cardiologia e Neonatologia, il dimensionamento minimo è costituito da 12 p.l. ordinari e 8 p.l. rispettivamente di UTIC e di UTIN.

Nel quadro della continuità e della gradualità delle cure, nei Presidi ospedalieri sono previste specifiche unità di riabilitazione intensiva destinate a pazienti che, superata la fase acuta di patologie ad alto rischio di esiti menomanti e/o disabilitanti, hanno ancora bisogno di assistenza continua.

La continuità e la gradualità delle cure potrà avvenire anche attraverso l'integrazione funzionale di

strutture pubbliche e private.

Nei Presidi ospedalieri sono previste altresì specifiche unità di lungodegenza post-acuzie a carattere polivalente destinate a pazienti che, superata la fase acuta, presentano ancora aspetti clinici richiedenti assistenza non erogabile in sede extra-ospedaliera.

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, i presidi ospedalieri dipendenti da Enti Ecclesiastici e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato nonché le strutture ospedaliere private fanno parte della rete ospedaliera regionale e garantiscono un apporto coerente con le finalità di politica socio-sanitaria della Regione.

In tal senso, nel rispetto dei propri fini statutari, per le suddette strutture, per le quali in relazione al fabbisogno assistenziale quantificato sono confermate in parte le attività attualmente svolte per il Servizio Sanitario Nazionale, sono previste riconversioni, secondo le esigenze della programmazione regionale, che garantiscono forme di complementarietà e/o sinergia e/o integrazione con le altre strutture del Sistema sanitario regionale, di modo che le risorse strutturali, tecnologiche e di personale eventualmente resesi disponibili, contribuiscano al miglioramento della qualità e della distribuzione sul territorio del servizio.

3) Criteri di riorganizzazione

3.a - Criteri, finalità, priorità

Ai fini della predisposizione del riordino della rete ospedaliera è stato necessario, insieme ai parametri di cui al PSR, valutare un'ulteriore molteplicità di aspetti che, necessariamente, influiscono sull'individuazione del migliore assetto organizzativo possibile.

Così, ad esempio, le condizioni strutturali dei Presidi esistenti, l'analisi approfondita dell'attività di ciascun presidio ospedaliero nell'ultimo triennio (1999-2001), la considerazione degli aspetti legati alle condizioni geo-morfologiche di viabilità e dei flussi migratori, l'integrazione dell'attività ospedaliera con quella del territorio e in particolare con la rete dei distretti e delle RSA.

Le valutazioni connesse agli aspetti di cui sopra conducono ad una applicazione non assolutamente rigida degli indicatori previsti nel PSR dovendosi ipotizzare in alcune circostanze lo sdoppiamento di alcune unità operative, ipotesi, peraltro già contemplata nella stesura del piano stesso.

Tali ipotesi, come si è già detto, vanno distinte in due fattispecie. La prima è quella per la quale, in considerazione delle eccessive dimensioni dell'U.O., questa possa essere sdoppiata in due strutture; la seconda è quella per la quale, ferma restando l'unica struttura complessa, questa opera su due stabilimenti o mediante articolazione in strutture semplici o mediante attivazione di attività di ricovero di giorno in day hospital o day surgery essendosi, in tale ottica, valutata positivamente la possibilità di creare delle strutture in stabilimenti che denotano un sufficiente indice di attrazione.

Tale modello organizzativo consente di utilizzare le risorse strutturali e strumentali disponibili ed assicurare un servizio di elevata qualità.

La distribuzione di posti letto in proporzione diretta con la popolazione non è compatibile con le attività di ricerca scientifica, di insegnamento ed alta specializzazione in particolare delle Aziende ospedaliere

universitarie e di alcuni istituti ed enti nei quali si esplicano tali attività. Tenendo presente l'analisi qualitativa della mobilità sanitaria attiva intra ed extra regionale, la dotazione di p.l. di dette strutture è stata conseguentemente considerata in diminuzione rispetto alla dotazione dei posti letto complessivi della Regione.

Ciò determina per la province di Bari (Policlinico) e Foggia (OO.RR. e San Giovanni Rotondo) per ambito territoriale di USL (FG/1, FG/3 e BA/4) e provinciale una dotazione eccedente il 5 per mille, compensata su base regionale.

Nei presidi ospedalieri delle città capoluogo di provincia e nelle Aziende USL BA/2, BA/3 e BA/5 sono riservati posti letto, in numero adeguato al fabbisogno della popolazione carceraria, in reparti destinati al ricovero dei detenuti.

Alle cure ed agli accertamenti diagnostici provvede la struttura ospedaliera, mentre alla sicurezza dei reparti ospedalieri destinati ai detenuti provvede l'amministrazione penitenziaria.

Alla luce di quanto sopra riportato, il riordino della rete ospedaliera è finalizzato a garantire:

- Ridefinizione dell'assetto organizzativo non solo in funzione degli aspetti economici ma anche in funzione dell'equilibrio fra domanda ed offerta sanitaria, superando la frammentazione dei presidi e le situazioni ripetitive a vantaggio di attività di alta specialità.
- Conseguenziale accorpamento funzionale di più stabilimenti ospedalieri in un unico presidio in presenza di condizioni favorevoli, connesse al bacino di utenza, viabilità, morfologia, ecc.
- Contestuale razionalizzazione e riorganizzazione delle strutture territoriali con ridefinizione della rete dei distretti ed in particolare delle strutture ambulatoriali, con l'obiettivo di una maggiore qualificazione dei servizi, in un'ottica di integrazione dipartimentale, con interventi per l'acquisizione ed il rinnovo delle attrezzature sanitarie ed arredi allo scopo di creare tipologie assistenziali alternative e filtro per i ricoveri ospedalieri.
- Attivazione ed organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria ai sensi della normativa vigente e in particolare del D.Lgs. n. 502/92, come modificato dal D.Lgs. n. 229/99, e dai CC.CC.NN.LL. della dirigenza.
- Incentivazione dell'applicazione nelle Aziende sanitarie di modelli organizzativi finalizzati alla razionalizzazione delle attività ed al miglioramento della qualità dell'assistenza.
- Carattere di gradualità del processo di riordino attraverso fasi definite, nel tempo e nei modi, con particolare riferimento anche a quelle situazioni organizzative e strutturali che saranno oggetto di intervento di edilizia sanitaria ex art. 20 Legge n. 67/88 con monitoraggio permanente dei risultati. In tal senso, quella definita, rappresenta una prima rimodulazione della rete ospedaliera che dovrà necessariamente essere oggetto di revisione entro il triennio di validità del PSR in relazione alla variazione della domanda man mano che si potenzieranno le strutture territoriali alternative e si andrà stabilizzando il nuovo assetto ospedaliero.
- Utilizzo appropriato dei posti letto di day hospital, quale filtro alla ospedalizzazione ordinaria, nel rispetto delle "linee guida per la regolamentazione del day hospital e del day surgery".
- Distribuzione dei servizi psichiatrici finalizzati all'attuazione della "Progettualità contenuta nel PSR 2002/2004".

Le Aziende sanitarie, nella programmazione degli interventi previsti dal presente provvedimento, dovranno tenere conto delle seguenti priorità:

Accorpamento delle discipline;
Attivazione dei Centri di riferimento regionali di alta specialità;
Emergenza-urgenza;
Attivazione della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie.

3.b - Aziende ospedaliero-universitarie

La proposta di ristrutturazione delle Aziende ospedaliero-universitarie è definita in relazione ai parametri previsti nelle linee guida concernenti i protocolli d'intesa da stipulare tra Regione ed Università ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 517/99 e dei conseguenti protocolli con le Università di Bari e Foggia.

Nei Protocolli d'intesa Regione-Università sono individuate le soglie operative per effetto delle quali sono attivate le singole strutture complesse.

Al momento della stesura del presente progetto è disponibile la proposta di protocollo d'intesa per entrambe le aziende ospedaliero-universitarie.

Il Piano, pertanto, considera le dotazioni contenute nella suddetta proposta nel presupposto che eventuali modifiche che dovessero intervenire fino alla sottoscrizione definitiva integreranno l'attuale rimodulazione, purché nel rispetto dei criteri e degli standards previsti.

3.c - La dipartimentalizzazione

In più parti della presente relazione informativa è richiamato il principio dell'organizzazione dipartimentale. Il dipartimento rappresenta il modello organizzativo obbligatorio del sistema ospedaliero.

Le fasi attuative del presente Piano di riordino dovranno essere gestite in coerenza col processo di cambiamento organizzativo verso il dipartimento.

Tutti i criteri di rimodulazione della rete sono permeati da tale principio (accorpamenti funzionali di strutture e unità, attivazione di strutture semplici e p.l. di day hospital e day surgery, gestione delle riabilitazioni e lungodegenze ecc.).

Solo attraverso la dipartimentalizzazione, abbinata a processi di programmazione e controllo, budget, gestione flessibile del personale, valutazione della qualità, percorsi diagnostico-terapeutici, è possibile raggiungere l'integrazione delle unità operative e la razionalizzazione nell'uso delle risorse.

Il D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni nonché i provvedimenti attuativi della Regione, hanno già delineato il percorso della dipartimentalizzazione che ormai non può più restare sulla carta o riferirsi a limitate sperimentazioni ma deve concretamente diventare il modello ordinario di organizzazione.

Il riordino della rete ospedaliera può costituire un momento fondamentale rispetto a tale scopo.

3.d - Centri di eccellenza

Nelle more dell'adozione di successivo specifico atto di individuazione dei centri di riferimento regionale sono individuati alcuni centri di eccellenza quali:

- il Centro regionale di Micro-chirurgia e reimpianto degli arti presso la struttura di Chirurgia plastica dell'Azienda consorziale Policlinico di Bari, a direzione universitaria.

- il Centro regionale di riferimento per la prevenzione e la diagnosi delle malattie dell'apparato genitale e della prostata presso la struttura ospedaliera complessa di Urologia dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Bari.

- Nell'ambito dei posti letto di Neurologia a direzione universitaria dell'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico di Bari è individuata un'unità operativa per l'ictus o stroke-units (s.u. semi-intensiva) con dotazione di n. 6 posti letto. L'attivazione di analoga unità è prevista nella U.O. di neurologia della Fondazione Maugeri di Cassano.

- I centri di procreazione medicalmente assistita attualmente funzionanti ed iscritti nell'elenco predisposto dall'Istituto Superiore di Sanità ai sensi dell'Ordinanza del Ministero della Sanità del 5.3.1997, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 55 del 7.3.1997, sono riconosciuti nel limite di un centro per ciascuna asl e azienda ospedaliera ed autorizzati ad applicare le tecniche di procreazione medicalmente assistita fino al sesto mese successivo alla data di entrata in vigore delle disposizioni legislative in materia di:

a) requisiti tecnico - scientifici e organizzativi delle strutture;

b) caratteristiche del personale delle strutture;

c) criteri per lo svolgimento dei controlli e sul permanere dei requisiti tecnico-scientifici e organizzativi dei centri.

- Nelle Aziende ospedaliere e nelle Aziende USL presso le strutture di Nefrologia, Cardiologia o Medicina, può istituirsi un Centro per la diagnosi e cura della ipertensione arteriosa con i seguenti obiettivi:

Diagnosi etiopatogenetica e stadiazione clinica;

Terapia medica e/o interventistica;

Razionalizzazione delle risorse umane e strumentali con riduzione dell'impegno economico;

Riferimento attuativo di tipo multidisciplinare.

- Nell'Azienda ospedaliera Policlinico sono attivati centri di riferimento regionali per gli interventi in materia di fibrosi cistica, sclerosi multipla, talassemia, coordinamento e compensazione del sangue, diagnostica della patologia mammaria, oncologia pediatrica, riabilitazione stomizzati, AIDS, cefalee, malattie metaboliche e diabetologia (presso la unità operativa di endocrinologia).

Presso l'Azienda ospedaliera Policlinico è altresì riconosciuto il Centro regionale Trapianti ed un servizio di tipizzazione tissutale nell'ambito della disciplina di Patologia clinica.

Considerata, inoltre, la presenza in Puglia dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico denominato "Oncologico", per i compiti assistenziali e di ricerca del predetto Istituto viene prevista una

dotazione di n. 128 posti letto per attività mediche e per attività chirurgiche da organizzarsi in forma dipartimentale.

L'Istituto Oncologico viene, inoltre, individuato come centro di riferimento oncologico regionale con il compito di assistere le autorità regionali nella formulazione dei programmi, della standardizzazione di metodiche diagnostico-terapeutiche, per la validazione dei protocolli.

3.e - Centri di riabilitazione

La Giunta regionale, con deliberazione n. 4586 dell'8/10/1996, ha espresso parere favorevole al riconoscimento del Centro di riabilitazione "La nostra famiglia" di Ostuni (Brindisi) quale presidio aggregato dell'IRCCS "Eugenio Medea" con sede legale a Ponte Lombro (Como).

Il decreto interministeriale 31 luglio 1998 ha esteso il riconoscimento di IRCCS della sezione "E. Medea" dell'associazione "La nostra famiglia" anche alla sede regionale di Ostuni, per cui si attribuiscono numero 20 p.l. di Neuroriabilitazione nel settore della Neuropsichiatria per l'età evolutiva, recupero e riabilitazione funzionale.

In attuazione della deliberazione n. 380/99 di Consiglio Regionale, nel Piano di riordino, sono compresi 120 posti complessivi di riabilitazione rivenienti dal programma di riconversione dell'ex ospedale psichiatrico "Casa della Divina provvidenza" per le due sedi di Bisceglie e Foggia e precisamente n. 35 p.l. per riabilitazione cardio-respiratoria e n. 35 p.l. di riabilitazione neurologica ed ortopedica per Bisceglie, n. 25 posti letto per riabilitazione cardio-respiratoria a Foggia e n. 25 per riabilitazione neurologica e ortopedica a Foggia; unità Alzheimer per le sedi di Bisceglie e Foggia di n. 60 p.l. ciascuna ed una unità di pneumotisiatria a Bisceglie per n. 20 p.l.

Alla luce delle indicazioni del Piano Sanitario Regionale, dei nuovi criteri organizzativi le suddette dotazioni vengono rimodulate come segue:

Foggia Cardiologia n. 10 p.l.
Neurologia n. 10 p.l.
Malattie dell'apparato respiratorio n. 10 p.l.
Medicina fisica e riabilitazione n. 25 p.l.
Riabilitazione cardiorespiratoria di cui:
Riabilitazione Cardiologica n. 12 p.l.
Riabilitazione Respiratoria n. 13 p.l.

Bisceglie Cardiologia n. 10 p.l.
Neurologia n. 10 p.l.
Malattie dell'apparato respiratorio n. 10 p.l.
Medicina fisica e riabilitazione n. 35 p.l.
Riabilitazione cardiorespiratoria di cui:
Riabilitazione Cardiologica n. 17 p.l.
Riabilitazione Respiratoria n. 18 p.l.

Quanto sopra ferme restando le unità di Alzheimer e le RSA rientranti nell'assistenza territoriale.

L'IRCCS Fondazione Maugeri di Cassano Murge, allo stato dotato di 204 posti letto di riabilitazione, viene riqualificato con la previsione delle discipline mediche per acuti di neurologia (con unità di stroke-unit) cardiologia e malattie dell'apparato respiratorio nonché rianimazione e UTIC oltre alle riabilitazioni nell'ambito delle quali è prevista l'attivazione di una unità spinale con otto posti letto. La nuova configurazione dell'IRCCS risponde tra l'altro, anche all'obiettivo di creare un centro d'eccellenza regionale in ambito riabilitativo. Nella eventualità del trasferimento dello stesso nel capoluogo regionale, richiesto dall'Istituto e non ancora concesso, sarà necessaria la revisione delle dotazioni di struttura e tipologia di attività in funzione del fabbisogno del territorio entro il quale la struttura si collocherà.

Lo stabilimento di Mottola, nella sua nuova sede, oltre alla riconversione in lungodegenza post-acuzie è interessato all'attivazione di n. 40 p.l. di riabilitazione estensiva territoriale residenziale e semiresidenziale.

4) Standardizzazione del fabbisogno di posti letto per acuti previsti nel Piano di riordino della rete ospedaliera

Il PSR 2002- 2004 poneva tra i requisiti e le linee di miglioramento rispetto alle quali avrebbe dovuto conformarsi l'azione di riordino della rete ospedaliera, tra gli altri, quelli riguardanti:

- il miglioramento del grado di appropriatezza;
- la riduzione degli accessi impropri;
- la individuazione di Punti di Eccellenza, da costituirsi in Rete.

Propedeuticamente a tale definizione, la L.R. n. 28/00, la DGR n. 469/01 e la DGR n. 1392/01 introducevano già nel SSR forti spinte per il miglioramento dell'appropriatezza e per la riduzione degli accessi impropri.

Tali indirizzi hanno permesso alla Regione, sia di rispondere positivamente a quanto disposto dall'art. 72 della Legge n. 448/98, sia di rilevare nel corso del 2001 una significativa riduzione (- 3,8%) del numero di ricoveri rispetto a quelli registrati nel corso del 2000.

L'aver visto realizzata nel 2001 tale preliminare positiva condizione permette, quindi, di concentrare gli sforzi non tanto sulla riduzione dei posti letto, quanto su una più appropriata allocazione delle risorse.

E' da ricordare come il PSR 2002-2004, con riferimento alla situazione relativa al 2000, faceva rilevare, rispetto alle caratteristiche del sistema ospedaliero, la presenza di diverse discrasie compresa l'evidenza che rispetto ad un tasso di ospedalizzazione largamente eccedente quello di riferimento (160 x 1.000 abitanti), in numerosi contesti si evidenziasse un utilizzo di p.l. inferiore al 75% e l'esigenza di rimodulare tale situazione anche rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Ai fini della determinazione del fabbisogno "essenziale" di posti letto per disciplina, la metodologia della rimodulazione ha quindi adottato criteri e metodi coerenti con l'impostazione del PSR che individuava nella riduzione degli accessi impropri, nel miglioramento del grado di appropriatezza e nella conferma dei fattori di best practice presenti nell'ambito del sistema ospedaliero regionale, le principali leve per una armonica e funzionale riqualificazione dei complessivi assetti operativi.

In sintesi, il complesso lavoro compiuto per determinare, per disciplina, i posti letto necessari, ha comportato un processo per fasi che può essere così riepilogato:

(a) l'analisi di tutte le prestazioni di ricovero erogate nel 2001 (universalità) presso ciascuna unità operativa delle strutture pubbliche e private transitoriamente accreditate della regione;

(b) la individuazione presso ciascuna unità operativa omologa per disciplina, dei casi di ricovero, per i 43 DRGs "ad alto rischio di inappropriatezza" previsti dall'Allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", eccedenti i valori soglia definiti, per ciascuno di essi, nell'ambito del DIEF 2002 (monitoraggio e controllo);

(c) la conseguenziale decurtazione dall'ammontare complessivo di giorni di degenza ordinaria rilevati in ciascun reparto, di quelli riferiti ai casi residui, oltre il valore soglia, previsti per i 43 DRGs ad alto rischio di inappropriatezza, innanzi individuati (depurazione);

(d) l'attribuzione (razionalizzazione), per i casi esclusi, del relativo fabbisogno di assistenza ad altro, più appropriato, setting assistenziale.

L'offerta di degenza prodotta nel 2001, così rettificata dai fattori di inappropriatezza, ha costituito la base per determinare, per ogni singola disciplina, l'indice di case mix regionale, il peso e la relativa durata media regionale.

Rispetto a tale offerta, con riferimento all'indice di utilizzo dei p.l. fissato dalla programmazione di Piano (75%), mediante appropriati indici di relazione tra le intensità di peso e di durata della degenza media del livello locale e del livello regionale, sono stati determinati i relativi fabbisogni standard di p.l. per ambiti e disciplina, privilegiando il grado performance locale, tutte le volte che detto indice evidenziava un valore migliore rispetto a quello medio di riferimento regionale.

Il modello di valutazione così ottenuto tiene quindi conto per ambito territoriale, del reale accesso al livello ospedaliero, così come rilevato nel 2001, di una uniforme modalità di individuazione di più appropriati setting di trattamento per i casi che lo richiedono, di fattori metrici di determinazione dei posti letto per disciplina, tali da determinare sostenibili processi modificativi (il riferimento è costituito da parametri medi regionali) non disgiunti da ulteriori miglioramenti attivabili dalle Unità operative che già oggi presentano performances al di sopra dei valori di riferimento regionali.

5) Individuazione dei presidi ospedalieri e loro articolazione interna

Nell'ambito territoriale della stessa Azienda USL, i Presidi ospedalieri vengono individuati facendoli coincidere con un singolo stabilimento ospedaliero, oppure accorpendo due o più stabilimenti ospedalieri secondo criteri di vicinanza geografica e/o vie di comunicazione e/o complementarietà, ecc.

Al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici e di razionalizzare l'utilizzo delle risorse, l'articolazione interna del presidio ospedaliero è determinata di norma dai seguenti criteri di massima:

- in uno stesso stabilimento ospedaliero vengono concentrate le Unità operative mediche e chirurgiche

(con relative attività di lungodegenza e di riabilitazione post-acuzie, se del caso) a presenza obbligatoria, in modo da individuare di norma un polo dell'emergenza e chirurgico-ospedaliero;

- lo stabilimento ospedaliero di cui sopra fungerà da Pronto soccorso attivo o da Dipartimento di I livello per l'emergenza;

- nell'altro(i) stabilimento(i) verranno accolte di norma Unità operative mediche, attività di lungodegenza e di riabilitazione post-acuzie;

- sono fatte salve le ipotesi di sdoppiamento e/o la creazione di articolazioni o D.H. come in precedenza specificato.

Ovviamente tali criteri non sono applicabili ai Presidi ospedalieri coincidenti col singolo stabilimento ospedaliero.

Nel presidio ospedaliero costituito dall'A.O. Di Venere - Giovanni XXIII e Triggiano i p.l. indicati nella colonna Di Venere - Giovanni XXIII riguardano la sommatoria dei due ospedali e vanno ripartiti garantendo la peculiarità del Giovanni XXIII che rappresenta struttura di riferimento regionale per l'attività pediatrica. Presso la stessa struttura oltre alle U.O. complesse sono prevedibili articolazioni pediatriche delle discipline specialistiche. Successivamente su proposta dell'Azienda da formulare entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente atto, la regione provvederà ad individuare in modo distinto le discipline con e senza posti letto dei due singoli stabilimenti.

La presenza delle diverse discipline è determinata dai criteri di cui al PSR 2002/2004, salvo deroghe temporanee previste nella prima fase di rimodulazione. In particolare:

a) le discipline a presenza obbligatoria sono previste in ciascun Presidio ospedaliero di norma nello stesso stabilimento;

b) le discipline per le quali possono essere previste più di una Unità operativa per il territorio corrispondente a ciascuna Azienda U.S.L. (altri erogatori compresi), ma non necessariamente in tutti i Presidi ospedalieri, sono presenti in modo da garantire l'espletamento di attività essenziali per l'intera funzione ospedaliera dell'Azienda nel caso la disciplina fosse prevista esclusivamente presso erogatori non a gestione diretta del SSN;

c) le discipline per le quali sono previste non più di una Unità operativa nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda U.S.L. sono previste ognuna, o presso un Presidio ospedaliero, o presso altri erogatori, salvo che sussistano le condizioni per lo sdoppiamento;

d) le discipline a valenza sovra-aziendale di Laboratorio di genetica medica, Microbiologia e virologia, Radioterapia, Cardiochirurgia, Chirurgia plastica e ricostruttiva, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Ematologia, Malattie infettive, Neonatologia con UTIN, Neurochirurgia, Oncologia sono presenti con una sola Unità operativa per ciascuna delle seguenti macroaree:

- Azienda USL FG/1, Azienda USL FG/2, Azienda USL FG/3;

- Azienda USL BA/1, Azienda USL BA/2, Azienda USL BA/3;

- Azienda USL BA/4, Azienda USL BA/5;

- Azienda USL BR/1;

- Azienda USL TA/1;

- Azienda USL LE/1, Azienda USL LE/2;

La disciplina di cardiocirurgia in questa prima fase viene prevista nei capoluoghi di provincia e nell'IRCCS Casa Sollievo della sofferenza.

Costituisce eccezione la presenza delle Aziende ospedaliero-universitarie ovvero di IRCCS ed Enti Ecclesiastici.

e) Le discipline a valenza sovra-aziendale di Angiologia, Medicina legale, Chirurgia pediatrica, Dermatologia e venereologia, Endocrinologia, Genetica medica, Neuropsichiatria infantile e Reumatologia sono presenti non in tutte le suddette macroaree, ma nelle Aziende ospedaliere o nell'ambito della macroarea nella quale insiste l'Azienda ospedaliera e/o in altri erogatori non a gestione diretta delle Aziende USL.

f) Le discipline a valenza sovra-aziendale di Medicina dello Sport, Chirurgia maxillo-facciale ed Odontoiatria sono presenti di norma nelle Aziende ospedaliero-universitarie.

g) Presso le Aziende ospedaliero-universitarie sono previste tutte le discipline.

h) L'Unità spinale è prevista presso l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedale Policlinico Consorziale" di Bari e presso la Fondazione Maugeri di Cassano Murge.

6) dotazione di posti letto

La dotazione dei posti letto, per ciascuna unità operativa, è calcolata sulla base della domanda dell'anno 2001 (comprensiva di una quota di quella extra-regionale passiva), al netto della quota di domanda a cui deve far fronte l'assistenza extra-ospedaliera.

La domanda viene corretta sulla base della quota di inappropriata, della durata della degenza media regionale per disciplina e dell'intensità di peso della patologia.

Per le discipline di base, il fabbisogno è ulteriormente corretto in relazione alla domanda da soddisfare mediante l'attivazione obbligatoria dei posti letto di lungodegenza post-acuzie.

In ogni caso, il numero dei posti letto garantisce comunque il soddisfacimento della domanda attuale, compresa l'attività di ospedalizzazione diurna a cui è destinato non meno del 10% dei posti letto.

I posti letto di terapia intensiva sono in numero non inferiore al 3% dei posti letto per acuti.

L'attuazione del piano relativamente alle rianimazioni deve avvenire assicurando la contestualità delle attivazioni e disattivazioni, garantendo, comunque, almeno gli attuali livelli di assistenza per ambito territoriale delle A.USL.

Il Piano prevede la presenza di almeno 20 posti letto di oncologia ogni 250.000 abitanti determinati da U.O. autonome ovvero da articolazioni nell'ambito delle Unità Operative di medicina interna.

I posti letto delle Aziende ospedaliero-universitarie garantiscono 3 posti letto per studente iscritto al I anno del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia ed 1 posto letto per specializzando presso le Scuole di specializzazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia ed una quota per la formazione.

I posti letto di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie pari complessivamente all'1 per mille abitanti

del totale regionale dei posti letto, sono suddivisi al 37% per la riabilitazione intensiva e al 63% per la lungodegenza post-acuzie.

L'attribuzione dei posti letto di riabilitazione avviene sulla base delle strutture previste e di quelle esistenti per le quali è ipotizzabile tale attività assistenziale.

L'attribuzione dei posti letto di lungodegenza post-acuzie avviene proporzionalmente alla popolazione.

7) dimensionamento delle UU.OO. con posti letto

Il dimensionamento massimo delle Unità operative è previsto come segue:

- 25 p.l. per le UU.OO. di UTIN (Terapia Intensiva Neonatale);
- 16 p.l. per le UU.OO. che erogano cure intensive delle restanti tipologie;
- 63 p.l. per le UU.OO. la cui dotazione minima è di 32 p.l.;
- 15 p.l. per le UU.OO. di Psichiatria;
- 39 p.l. per le UU.OO. la cui dotazione minima è di 20 posti letto, compresa la Neonatologia.

Qualora la dotazione in p.l. per una determinata disciplina fosse superiore rispettivamente ai suddetti valori, è possibile prevedere una o più ulteriore/i Unità operativa/e.

A titolo esemplificativo, da 40 p.l. in poi è possibile prevedere 2 Unità operative per discipline per le quali è previsto un dimensionamento massimo di 39 p.l..

Lo stesso vale per le discipline il cui dimensionamento massimo è di 16, 25 e 63 p.l.

I posti letto di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie aggregati ad Unità operative autonome non concorrono al dimensionamento di cui sopra.

Le strutture ospedaliere private concorrono a realizzare l'offerta della rete ospedaliera regionale per disciplina a prescindere dai criteri di dimensionamento di cui sopra.

Nell'IRCCS Oncologico i posti letto di chirurgia generale sono articolati nelle due unità sub specialistiche di chirurgia senologica e chirurgia dell'apparato digerente dimensionate sulla base del fabbisogno calcolato con analoga metodologia utilizzata per l'individuazione del fabbisogno complessivo.

8) ulteriori aspetti organizzativi

Direzione medica di Presidio ospedaliero

La Direzione medica di Presidio ospedaliero espletterà la propria attività presso tutti gli stabilimenti ospedalieri facenti capo allo stesso Presidio ospedaliero.

Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza

Il luogo di osservazione è obbligatorio; la dotazione di letti tecnici è stabilita dall'Azienda sulla base delle effettive esigenze e non può superare il numero di 20 per singolo Presidio ospedaliero.

Tali letti non rientrano nella dotazione di posti letto di cui al presente Riordino della rete ospedaliera. Negli stabilimenti nei quali non è prevista la struttura complessa è garantita l'attività di Pronto Soccorso o mediante guardia interna o mediante articolazioni della Struttura complessa di Medicina e Chirurgia di accettazione e d'urgenza.

Farmacia ospedaliera

La Farmacia ospedaliera articolerà la propria attività presso tutti gli stabilimenti ospedalieri facenti capo allo stesso Presidio ospedaliero.

Medicina Interna

L'Azienda può articolare l'Unità operativa in strutture semplici specialistiche.

Nei Presidi ospedalieri sono individuati almeno 6 posti letto di Oncologia, qualora non sia prevista l'Unità operativa di detta disciplina.

In relazione all'attività svolta, detti posti di oncologia, nel presidio ospedaliero di Casarano, sono quantificati in numero di 10 e nell'Ente Ecclesiastico di Tricase in numero di otto.

Nello stabilimento di S. Marco in Lamis i posti letto di oncologia sono quantificati in numero di dieci.

Nello stabilimento di Molfetta nell'ambito della medicina interna è prevista una struttura semplice specialistica di cardiologia con 10 posti letto.

Chirurgia generale

L'Azienda può articolare l'Unità operativa in strutture semplici specialistiche.

Nei Presidi "V. Fazzi", "Di Summa", "SS. Annunziata" e nelle due Aziende ospedaliero-universitarie, la direzione aziendale può individuare, nell'ambito dei complessivi posti letto, una Unità operativa ad orientamento d'urgenza, con un minimo di 20 p.l..

Oftalmologia

Fino alla realizzazione completa del presente piano con i conseguenti procedimenti di mobilità negli stabilimenti ove era presente l'U.O. di oculistica questa continua a svolgere attività ambulatoriale, anche di piccola chirurgia.

Pediatria

L'Azienda può articolare l'Unità operativa in strutture semplici specialistiche.

L'assistenza neonatale è obbligatoria; la dotazione di culle è stabilita dall'Azienda sulla base del numero annuale di parti che avvengono presso il Presidio ospedaliero.

Le culle non rientrano nella dotazione di posti letto di cui al presente Riordino della rete ospedaliera. Nei presidi nei quali non è prevista la disciplina di neonatologia con UTIN la gestione delle culle è affidata all'unità operativa di pediatria.

Cardiologia

L'UTIC è obbligatoria e fa capo all'Unità operativa di Cardiologia.

I posti letto di riabilitazione intensiva cardiologica, là dove previsti, fanno capo all'Unità operativa di Cardiologia. Nell'ospedale "Vito Fazzi" di Lecce dei 40 p.l. di Cardiologia costituiscono Unità operativa con attività di emodinamica diagnostica e interventistica. In considerazione della popolazione servita nello stabilimento di Molfetta, in deroga ai criteri del piano, sono previsti n.4 p.l. di unità coronarica.

Nell'IRCCS Oncologico e De Bellis, mancando l'unità operativa di degenza di Cardiologia è previsto un servizio senza posti letto.

Lungodegenza post-acuzie

La lungodegenza post-acuzie ha carattere polivalente, non costituisce da sola struttura complessa e fa capo all'Unità operativa di Medicina interna del Presidio ospedaliero.

I posti letto eccedenti i 32 per ciascuno stabilimento ospedaliero possono essere attivati gradualmente nel corso del triennio di vigenza del Piano Sanitario Regionale 2002/2004.

Malattie dell'apparato respiratorio

Nell'ambito della dotazione di posti letto della suddetta disciplina, le Aziende allestiscono posti di terapia sub-intensiva sulla base delle effettive esigenze.

La riabilitazione intensiva respiratoria è obbligatoria e fa capo all'Unità operativa di Malattie dell'Apparato respiratorio.

Medicina Fisica e Riabilitazione

Espleta attività di riabilitazione intensiva di tipo neuro-psico-motorio e sensoriale.

L'Unità spinale, laddove prevista, fa capo all'Unità operativa di Medicina fisica e riabilitazione.

Nefrologia

Le attività dialitiche fanno capo all'Unità operativa di Nefrologia.

I posti rene non rientrano nella dotazione di posti letto di cui al presente riordino della rete ospedaliera.

Nella provincia di Foggia è in atto una sperimentazione autorizzata dalla Giunta regionale, di dipartimento interaziendale di nefrologia e dialisi che vede aggregate le relative strutture dell'Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti di Foggia e le UU.SS.LL. FG1, FG2, FG3. Al fine di garantire il proseguo della sperimentazione che si sta rilevando ampiamente positiva, fermo restando il numero complessivo di posti letto di nefrologia nelle quattro aziende pari a n. 48, resterà attiva la struttura di S.Severo quale struttura semplice demandando alla conferenza dei direttori generali delle aziende interessate la temporanea redistribuzione dei posti letto.

Chirurgia plastica e ricostruttiva posti letto di terapia intensiva per grandi ustionati fanno capo all'Unità operativa di Chirurgia plastica e ricostruttiva.

Neonatologia con UTIN

Nei Presidi ospedalieri, compresi quelli costituiti in Azienda ospedaliera, dotati dell'Unità operativa di Neonatologia, l'assistenza neonatale fa capo a detta Unità operativa.

L'UTIN fa capo all'Unità operativa di neonatologia. Nell'Ente "Panico" di Tricase è prevista una struttura semplice di Terapia intensiva neonatale.

Per quanto riguarda l'organizzazione delle Unità Operative, a seconda delle esigenze, queste potranno svolgere la propria attività nei diversi stabilimenti del Presidio ospedaliero.

Fermo restando quanto specificato per le singole discipline, l'Azienda individua, sulla base delle effettive esigenze, posti di terapia sub-intensiva per le varie Unità operative, nell'ambito della dotazione complessiva. Nelle strutture presso le quali si svolge attività di cardiocirurgia, neurochirurgia e trapianti sono previste, nell'ambito della dotazione dei posti letto delle rispettive unità operative, strutture semplici di terapie intensive dedicate affidate a dirigenti medici della disciplina di anestesia e rianimazione, ferma restando la configurazione multidisciplinare dell'assistenza al paziente.

Laddove sono previste più strutture semplici quali articolazione delle strutture complesse insistenti in altro stabilimento, le stesse funzionano in forma dipartimentale utilizzando in comune strutture e personale.

Laddove sono previsti posti di day hospital e day surgery, l'attività viene assicurata dall'équipe della struttura complessa di appartenenza anche se insistente in altro stabilimento ospedaliero.

In via transitoria, laddove l'articolazione interna o il Day Hospital e Day Surgery sono previsti in stabilimenti nei quali è soppressa la corrispondente unità operativa di degenza ordinaria, fino all'attivazione dei processi di mobilità l'articolazione o il D.H. e D.S. nonché la lungodegenza di norma sono affidati al Direttore della struttura complessa che viene soppressa (se presente). Sono fatte salve diverse determinazioni regionali ed aziendali in merito.

L'organizzazione delle strutture deve rispettare il modello dipartimentale secondo la normativa prevista dal D.Lgs. n. 229/99 e la regolamentazione regionale.

9) Unità di degenza territoriale (Ospedale di Comunità)

Negli stabilimenti ospedalieri dove non sono previste Unità operative per acuti è istituita, oltre al presidio polispecialistico ambulatoriale, una unità di degenza territoriale e un punto di primo intervento deputati a svolgere le funzioni di "Ospedale di Comunità" al fine di garantire un equilibrio in termini di dotazioni e di certezze assistenziali, con particolare riferimento all'opportunità di realizzare la definizione di percorsi di diagnosi e cura garantiti nel territorio di riferimento, con un minimo di protocolli e setting operativi.

In linea di massima le funzioni di un ospedale di comunità comprendono:

- una astanteria "territoriale" di appoggio alle attività dei medici di medicina generale e dei servizi territoriali;
- copertura della rete dell'assistenza dell'emergenza;
- un'area di residenzialità estensiva;
- un poliambulatorio specialistico operante anche in regime semi-residenziale;
- un centro prelievi.

Le funzioni delle unità di degenza territoriale vengono garantite da personale della rete distrettuale; inoltre la copertura sanitaria potrà essere parzialmente fornita dai medici di medicina generale all'interno del regime di continuità assistenziale previsto dalle nuove convenzioni. In ogni caso la responsabilità di dette strutture è affidata alla direzione del distretto.

Nei prospetti allegati nei quali è riportata la rimodulazione della rete ospedaliera sono indicati, tra l'altro, le unità di degenza territoriale ed i posti tecnici per emodialisi.

10) Posti tecnici per emodialisi

La programmazione dei posti letto per emodialisi è stata definita facendo riferimento a quanto contenuto nel documento elaborato da una Commissione tecnica regionale, istituita con determinazione dirigenziale n. 317 del 18/09/2000 con l'incarico di predisporre un nuovo piano di intervento nel settore emodialitico e dei trapianti renali per il triennio 2001/2003.

I principi individuati per l'elaborazione del piano di intervento sono stati così articolati:

- piena utilizzazione dei posti tecnici per emodialisi esistenti;
- potenziamento della dialisi domiciliare (emodialisi e peritoneo-dialisi);
- potenziamento del trapianto renale;

Per quanto riguarda la piena utilizzazione dei reni artificiali, la Commissione ha individuato uno standard ottimale pari a 3,5 pazienti per ogni posto tecnico.

Per il potenziamento della dialisi domiciliare (in particolare la peritoneo-dialisi), è stato previsto un standard pari al 20% di pazienti da avviare verso questa modalità di assistenza.

Considerato, tuttavia, che, dal registro pugliese dei pazienti uremici, al 31/10/2000, risultano avviati alla dialisi domiciliare circa il 9% degli stessi, vi è da ritenere che tale standard non possa essere conseguito pienamente nella vigenza del presente piano di riordino; di tale considerazione si è tenuto conto nella previsione dei posti tecnici di emodialisi.

Per quanto riguarda il potenziamento del trapianto renale, un fattore rilevante, da attendersi nel medio periodo, sarà rappresentato dallo sviluppo della rete delle Unità di Terapia intensiva e del sistema integrato del "118".

Per garantire l'ottimale utilizzo delle risorse finanziarie, necessarie per garantire lo sviluppo strutturale e le dotazioni organiche, nella distribuzione dei posti tecnici, si è tenuto conto di questi principi:

- potenziamento delle strutture esistenti;
- sviluppo della rete dei Centri ad Assistenza Decentrata (C.A.D.) e Limitata (C.A.L.).

Gli standards strutturali previsti sono i seguenti:

- posti tecnici nelle U.O. complesse: moduli da 12, sino ad un massimo di 24;
- posti tecnici nei C.A.D.: moduli da 8, sino ad un massimo di 24;
- posti tecnici nei C.A.L.: moduli da 6-8.

Per quanto riguarda l'allocazione dei posti tecnici, ai fini del conteggio complessivo, a quelli programmati nell'ambito dei presidi ospedalieri ed indicati nelle relative schede, bisognerà aggiungere i posti tecnici dislocati nei C.A.D. e C.A.L. extra-ospedalieri e quelli attualmente transitoriamente accreditati presso strutture private.

La complessiva programmazione del settore dovrà necessariamente avvenire con apposito successivo provvedimento mentre in questa sede, per completezza di indicazioni dell'utilizzo degli stabilimenti ospedalieri, viene riportata quella riguardante i posti rene previsti negli stessi.

11) Case di cura private

I posti letto funzionanti al 31.12.2001 sono complessivamente in numero di 1.942.

Il loro utilizzo valutato in base ai dati di attività dell'anno 2001, con i criteri dianzi indicati, determina un fabbisogno di n. 1.356 p.l. distinti per disciplina (come da allegato).

Residuano n. 586 p.l. ai quali è possibile aggiungere n. 258 p.l. tenuto conto dell'attività in assistenza indiretta delle strutture autorizzate e del programma di riconversione degli ex ospedali psichiatrici di

Bisceglie e Foggia.

I 1.356 p.l. costituenti il fabbisogno nel loro complesso vengono riconfermati, salva la possibilità, in sede di processo di accreditamento, di redistribuzione fra le stesse case di cura private al fine di accorpate i letti di micro-strutture e realizzare maggiore efficienza ed efficacia oltre che centri di eccellenza.

Gli 834 posti letto (586 + 248) verranno riassegnati in una fase successiva, esecutiva della presente rimodulazione, sentite le organizzazioni ed associazioni rappresentative nel rispetto dei seguenti obiettivi:

1. assicurare l'assegnazione alla Congregazione delle Ancelle della Divina Provvidenza di Bisceglie di n. 180 posti letto, finalizzati alla riconversione degli ex ospedali psichiatrici e all'IRCCS "la nuova Famiglia" di Ostuni 20 p.l. di riabilitazione.

2. procedere alla riconversione di parte dei p.l. attualmente esuberanti rispetto al fabbisogno garantendo a regime la seguente suddivisione (compreso i p.l. di al punto 1):

n. 352 p.l. di Riabilitazione;
n. 78 p.l. di Terapia intensiva;
n. 1.760 p.l. per acuti

Totale 2.190

Nelle riconversioni in p.l. per acuti devono essere privilegiate prevalentemente le seguenti discipline per le quali sussiste fabbisogno anche in relazione all'obiettivo di riduzione della mobilità extra-regionale passiva: Cardiologia, Psichiatria, Ginecologia e ostetricia, Chirurgia maxillo-facciale, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Ortopedia e traumatologia.

Nelle strutture ove saranno presenti la Cardiologia e la Riabilitazione cardiologica è obbligatoria la presenza continua del rianimatore.

3. Avviare un'azione di riequilibrio nella distribuzione delle strutture private sul territorio regionale;

4. Consentire l'avvio del processo di accreditamento ex art. 8 quater del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni.

Costi del sistema e Conclusioni

La prima rimodulazione della rete ospedaliera pugliese rappresenta un momento fondamentale di transizione verso la razionalizzazione complessiva del Servizio Sanitario Regionale secondo le indicazioni contenute nel Piano Sanitario Regionale.

La sua realizzazione non potrà che avvenire in modo graduale privilegiando le priorità dianzi indicate e determinando un piano per la realizzazione delle discipline di nuova istituzione in correlazione col piano di investimento ex art. 20 Legge n. 67/88.

L'esecuzione della rimodulazione consisterà essenzialmente in una serie di interventi finalizzati a:

- realizzare gli accorpamenti delle U.O. di discipline omologhe presenti negli stabilimenti di un unico presidio;
- realizzare una più equa ed efficace distribuzione territoriale dell'assistenza ospedaliera;
- attivare previa autorizzazione regionale, sussistendone le condizioni, le U.O. di nuova istituzione rispettando criteri di priorità ed economicità;
- garantire in tale contesto i processi di mobilità del personale mediante preventive intese con le Organizzazioni sindacali;
- pervenire alla realizzazione della rete dei centri di eccellenza con la creazione di centri di Alta specializzazione in grado di far fronte alla domanda di assistenza rivolta a patologie e/o trattamenti complessi che richiedono specifiche concentrazioni di conoscenze.

A tal fine si è provveduto ad integrare con discipline di medio-alta specialità i centri ospedalieri di riferimento regionale insistenti nei capoluoghi delle province di Lecce, Brindisi e Taranto, le due Aziende ospedaliero-universitarie, l'Ospedale "Di Venere-Giovanni XXIII" cui viene funzionalmente accorpato l'Ospedale di Triggiano, l'Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" di S. Giovanni Rotondo.

Per realizzare i Centri di eccellenza sono necessari sia investimenti che risorse per la gestione.

Per quanto riguarda il primo aspetto, lo stesso sarà valutato nell'ambito del programma di utilizzo dei finanziamenti ex art. 20 legge n. 67/88.

Per quanto riguarda la gestione, le risorse dovranno essere recuperate all'interno del sistema.

L'accorpamento delle strutture, contestualmente all'attivazione delle lungodegenze post-acuzie e delle RSA in ambito territoriale, congiuntamente ad una diversa finalizzazione dei livelli di servizio da attuarsi sia con i processi di mobilità, sia orientando il turn-over di personale verso le nuove esigenze, dovrà consentire l'acquisizione delle risorse per la gestione delle UU.OO. di più elevata complessità, ai fini della loro graduale realizzazione.

Il congelamento dei costi per l'assistenza ospedaliera e l'orientamento delle risorse aggiuntive, derivanti con l'accordo col Governo dell'8 Agosto 2001, verso la prevenzione e l'assistenza territoriale, consentiranno di realizzare l'obiettivo della diversa ripartizione del complessivo fondo destinato alla Sanità nei tre livelli di assistenza.

A regime, mantenendo ad invariati oneri per il personale dipendente come previsti dagli attuali vigenti CC.CC.NN.LL. nonché i costi per beni e servizi, quelli complessivi del sistema ospedaliero saranno determinati dai seguenti fattori fondamentali:

- Riduzione complessiva di circa 2000 p. letto per acuti come saldo fra le riduzioni derivanti da accorpamenti e soppressioni di U.O. di larga diffusione (2300 p. letto circa) e le nuove attivazioni nelle quali prevale la medio-alta complessità, in particolare compensando le attivazioni e disattivazioni di pari complessità occorre recuperare le risorse per l'attivazione di:

62 p.l. di cardiocirurgia

23 p.l. di chirurgia maxillo-facciale

59 p.l. di chirurgia pediatrica

7 p.l. di chirurgia plastica

53 p.l. di chirurgia toracica
58 p.l. di ematologia
89 p.l. di oncologia

351 Totale

125 p.l. di terapia intensiva
2457 p.l. di lungodegenza
944 p.l. di riabilitazione

Il piano è predisposto in maniera da consentirne la realizzabilità economica.

Con la rimodulazione vengono accorpate circa sessanta UU.OO. di chirurgia generale, medicina interna, ortopedia e traumatologia, ginecologia e ostetricia, eliminando una inutile dispersione sul territorio, inefficienza gestionale ed utilizzo improprio.

Vengono altresì soppresse circa 30 U.O. di discipline intermedie, quasi sempre dotate di un numero minimo di p. letto e, pertanto, antieconomiche.

Di contro è prevista l'attivazione di discipline mancanti in ambiti territoriali e presidi, in particolare di medio-alta complessità, in grado di assicurare gli obiettivi già indicati di riequilibrio territoriale dell'offerta, di elevazione del livello delle prestazioni, assicurando in maniera generalizzata a tutta la popolazione prestazioni di elevata complessità, nonché riduzione della mobilità passiva.

In prima approssimazione, il costo complessivo del sistema ospedaliero pugliese, ivi compresi i 335 mld di lire di mobilità passiva extraregionale, può quantificarsi nel 2001 nell'ordine di a 2.500 Milioni.

A fronte di detti costi, la produttività determinata mediante valorizzazione delle funzioni non tariffate (emergenza urgenza, trapianti, malattie rare) e dei ricoveri tramite i DRGs (secondo le tariffe fissate dalla LR 28/00), è di poco inferiore a a 2.100 Milioni (comprensivo della mobilità attiva extraregionale per c.a £.194 mld), denotando un disavanzo strutturale in gran parte dovuto alla configurazione sopra descritta dell'attuale rete ospedaliera.

Occorre, quindi, intervenire per razionalizzare strutturalmente i costi. Si pensi, ad esempio, alle economie di scala realizzabili con l'accorpamento in unica struttura di più unità operative dotate ciascuna di pochi p.l. con costi fissi e di personale altrimenti non riducibili.

Progressivamente, pertanto, mentre i costi del sistema dovranno restare complessivamente immutati di modo che le economie derivanti dalla razionalizzazione possano assorbire gli aumenti legati a variazione dei prezzi, contratti collettivi, beni di consumo per nuove tecnologie, la rete ospedaliera dovrà garantire prestazioni sempre più specialistiche e di maggiore complessità e qualità.

In altre parole oggi si spendono quasi 5000 mld (2.500 Milioni di euro) per l'assistenza ospedaliera ottenendone prestazioni che, a tariffe attuali danno luogo ad un valore prossimo ai 4.200 mld di vecchie lire.

Nelle preliminari valutazioni fin qui compiute, con la realizzazione del riordino, si dovrà ottenere un valore della produzione molto più vicino al costo ed un livello di servizio progressivamente più integrato

ed appropriato, senza escludere la possibilità, addirittura, di abbassare il livello complessivo dei costi. costi (si pensi ad una politica più corretta nell'acquisto di beni e servizi attraverso l'avvio di acquisti centralizzabili a livello regionale o attraverso la definizione di consorsi aziendali tra due o più Asl/AO per particolare esigenze, al concreto utilizzo dell' e-procurement e all'ausilio delle convenzioni CONSIP).

E' opportuno sottolineare che l'attuabilità del piano richiederà una intensa e costante attività di programmazione delle operazioni di attuazione e di conseguente monitoraggio, con lo scopo preciso di raggiungere il risultato atteso in maniera graduale e razionale, coerentemente con le specifiche esigenze aziendali e regionali.

La redazione di un piano industriale all'interno del quale far rientrare i differenti piani legati agli investimenti nelle risorse umane, tecnologiche, nonché agli investimenti finanziari legati all'art. 20 L.67/88, risulterà di grande importanza al fine di rendere tutte le azioni derivanti dal riordino coerenti tra di loro, avvantaggiando le Aziende Sanitarie preposte alla attuazione del Piano.

D'altro canto al fine di verificare i risultati intermedi e finali sarà opportuno avviare un sistema di verifica costante nel tempo dei risultati raggiunti in termini di qualità, quantità e risorse impiegate, all'interno delle singole Aziende Sanitarie. Con la verifica periodica si potrà avere la conferma del livello di raggiungimento degli obiettivi fissati dal Piano di riordino e l'entità degli scostamenti esistenti. Questo rappresenta una garanzia per gli operatori, per chi governa e per i cittadini che finanziano e usufruiscono del servizio sanitario pugliese. La opportunità di dimostrare a questi soggetti come le risorse saranno allocate e i risultati derivanti, rappresenta un altro obiettivo da raggiungere.

Se nell'attuazione del processo di razionalizzazione previsto dal piano di riordino si opererà con adeguata prontezza ed "equilibrato" rigore, se le "resistenze" al Cambiamento saranno limitate ed a queste si sostituirà un più elevato senso di comune Responsabilità Prospettica, tale valutazione prudentiale, con il contributo di Tutti, potrà nel concreto essere significativamente migliorata con evidenti benefici per la Collettività.

Lo scopo del Piano di Salute e di quello di riordino del Servizio Sanitario Regionale è questo.