REGIONE MARCHE
GIUNTA REGIONALE

seduta del	pag.
20/05/2013	1
delibera	
735	

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. ~~179~~ **LEGISLATURA N.** ~~IX~~

DE/VP/SAS
0 NC

Prot. Segr.
829

Oggetto: Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012

Lunedì 20 maggio 2013, nella sede della Regione Marche, ad Ancona in Via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- GIAN MARIO SPACCA	Presidente
- ALMERINO MEZZOLANI	Vicepresidente
- ANTONIO CANZIAN	Assessore
- PAOLO EUSEBI	Assessore
- SARA GIANNINI	Assessore
- LUIGI VIVENTI	Assessore

Sono assenti:

- SANDRO DONATI	Assessore
- MARCO LUCHETTI	Assessore
- PIETRO MARCOLINI	Assessore
- LUCA MARCONI	Assessore

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Gian Mario Spacca. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Elisa Moroni.
Riferisce in qualità di relatore il Vicepresidente Almerino Mezzolani.
La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il _____

prot. n. _____

L'INCARICATO

OGGETTO: Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Sanità dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;
RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;
VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole di cui all'art. 16, comma 1, lettera d) della Legge regionale 15.10.2001, n. 20 sotto il profilo delle legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa per il bilancio regionale;
VISTO l'art. 28 dello Statuto regionale;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

1. di prendere atto delle indicazioni espresse nel parere della compente Commissione consiliare in merito all'allegato A della DGR 648/2013;

2. di approvare il documento Allegato A "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012" che forma parte sostanziale della presente deliberazione;

3. di impegnare gli Enti del SSR a dar corso a tale riorganizzazione nell'ambito del budget assegnato di competenza, ad invarianza del livello delle risorse all'allegato A di cui al punto 1).

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Gian Mario Spacca)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Il DL 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modifiche nella Legge 7 agosto 2012, n. 135, prevede che le Regioni riducano lo standard di posti letto al 3,7 ogni mille abitanti.

Al fine di avviare, tempestivamente, i processi di razionalizzazione previsti dalla DGR 1696/2012 è necessario dar corso alla riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera attraverso la contestuale riconversione delle piccole strutture ospedaliere e la riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche.

La Giunta regionale con DGR n. 648 del 6/05/2013 approvava la richiesta parere alla competente Commissione Assembleare sullo schema di deliberazione "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche", allegato alla medesima deliberazione, in attuazione della DGR 1696/2012.

Il Segretario della Giunta regionale con nota prot. n. 0293756 del 08/05/2013 ha richiesto il parere alla compente Commissione consiliare in merito all'allegato A della DGR 648/2013 "oggetto: "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012".

La V Commissione Assembleare Permanente nella seduta del 16 maggio 2013 esprimeva, con nota n. 158/13, il parere favorevole in merito all'allegato A della succitata deliberazione "a condizione che:

1. sia previsto nella struttura "Casa della salute" di Fossombrone la presenza del Centro Dialisi ad Assistenza Limitata (CAL);
2. sia previsto nella struttura "Casa della salute" di Fossombrone l'attività di Day Surgery (DS), previo accordo tra l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" e l'ASUR, al fine di abbattere le liste di attesa;
3. sia previsto, al fine di abbattere le liste di attesa nell'Area Vasta n. 2, nella struttura "Casa della salute" di Cingoli l'attività di Day Surgery (DS), mediante la delocalizzazione di attività chirurgiche di bassa e media complessità in integrazione con la struttura ospedaliera di Jesi;
4. sia prevista la valorizzazione del modello "Casa della salute" dell'Area Vasta n. 5 con l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, domiciliari, residenziali, semiresidenziali e delle cure primarie ed intermedie in almeno una delle strutture sanitarie presenti nell'Area vasta medesima;
5. sia dato atto dell'esistenza di strutture territoriali che afferiscono al modello "Casa della salute"comunque operanti nella Regione, quali le strutture di Urbania, dell'ex Ospedale di Mondolfo, di Filottrano, di Cupramontana, di Moie, di Jesi, di Castelfidardo, di Arcevia, di Monte Urano, di Ripatransone, di Montefiore, di Offida."

Nel medesimo documento venivano esplicitate anche le seguenti "raccomandazioni:

1. di definire con apposito atto i criteri per la specificazione delle cure intermedie;
2. di convocare in tempi brevi un tavolo tecnico unitario istituzionale per un confronto tra la Regione e le rappresentanze sociali e le strutture private della sanità."

Con successiva nota prot. n. 0004163CRMARCHE/P del 17/05/2013 il presidente della V Commissione Assembleare comunicava che "le correzioni proposte dalla V commissione Assembleare relative ai punti 2, 3, 4 del Parere in oggetto si intendono come suggerimenti alla Giunta regionale per qualificare risposte adeguate ai bisogni espressi dai territori".

Nel corso della seduta della Giunta Regionale del 20 maggio 2013 il Direttore generale dell'ASUR, dr. Piero Ciccarelli, ha comunicato di aver rilevato, nell'allegato A alla DGR 648/2013, un errore materiale relativo al numero di10 posti letto di lungodegenza/riabilitazione attribuiti erroneamente all'ASUR, mentre sono da attribuire al Privato come previsto nell'allegato A della presente deliberazione. Ha inoltre fatto presente, per le

vie brevi, che di tale errore materiale e della necessità di apportare le connesse modifiche al testo di cui all'allegato A, è stata data comunicazione nel corso dell'audizione della Compente Commissione Assembleare in data 9/05/2013.
Preso atto del parere della competente Commissione Assembleare n. 158/13 acquisito e della successiva nota sopra indicata si ritiene di dar corso alla Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche, ad invarianza del livello delle risorse all'allegato A della DGR 648/2013.
Si propone pertanto alla Giunta l'adozione del presente atto.

Il Responsabile del procedimento
(Pierluigi Gigliucci)

PROPOSTA E PARERE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale.
Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

Il Dirigente Servizio Sanità
(Pierluigi Gigliucci)

La presente deliberazione si compone di n. 50 pagine, di cui n. 46 di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Elisa MORONI)

Allegato A

"Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attiuzione della DGR 1696/2012".

RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA IN APPLICAZIONE DELLA DGRM 1696/12

Premessa

Con Atto Amministrativo n. 38/2011 il Consiglio Regionale ha approvato il Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2014 – Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo – definendo una prima rimodulazione dell'offerta di posti letto ospedalieri in applicazione dei parametri stabiliti dal Patto per la Salute 2010-2012 (tasso dei posti letto per mille abitanti pari al 4‰), così come indicato a pag. 48 del PSR.

In seguito la Giunta Regionale, con DGRM n. 1137 del 23 luglio 2012, avente ad oggetto "Deliberazione amministrativa n. 38 del 16/12/2011 – Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2014 – Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo – Percorso operativo per l'implementazione del Piano in AV", ha rideterminato il numero di posti letto complessivi a 6.102, declinandoli per singola Area Vasta geograficamente intesa, con una riduzione complessiva di 149 posti letto rispetto ai 6.251 posti letto iniziali, comprensivi del privato accreditato. In tal modo il tasso di posti letto per mille abitanti è stato portato al 3,9‰ (di cui 0,87‰ posti letto di lungodegenza e riabilitazione e 3.03‰ di acuti), prevedendo anche una riconversione di 429 posti letto per acuti in posti letto di lungodegenza e riabilitazione.

In coerenza con tali indicazioni, sono stati approvati i Piani di Area Vasta geograficamente intesa, recepiti con DGRM n. 1174 del 01/08/2012, con la quale la Giunta Regionale ha preso atto dell'approvazione da parte dei Direttori di Area Vasta dei relativi Piani, assegnando il termine di 180 giorni per l'attuazione degli stessi al Direttore generale ASUR, ai Direttori di Area Vasta nonché, per quanto di competenza, ai Direttori degli Enti del SSR.

Lo stesso PSR, tuttavia, stabiliva che la rimodulazione dei posti letto ospedalieri fosse "*...automaticamente aggiornata a seguito di eventuali nuovi standard strutturali e di personale disciplinati dall'evoluzione della programmazione sanitaria nazionale, dal nuovo Patto per la salute, e comunque nel rispetto degli equilibri di bilancio e dei parametri di appropriatezza previsti nei LEA*".

Al riguardo, si deve tener conto della sopravvenuta emanazione della legge n. 135 del 7 agosto 2012, cosiddetta *"spending review"*, che, al fine del contenimento dei costi del SSN ha stabilito un nuovo standard di posti letto per mille abitanti, riducendo il tasso dal 4‰, fissato dal Patto per la Salute 2010-2012, al 3,7‰, comprensivo di 0,7‰ per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie (art. 15, comma 13, lettera c), "*nel rispetto della riorganizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzata all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio*".

La richiamata legge n. 135/12 stabilisce che la riduzione dei posti letto:

a) Deve comportare l'adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici;
b) Deve essere a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50%;
c) È conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse;
d) Deve tener conto della mobilità interregionale.

In applicazione di tali nuove disposizioni, la Regione Marche ha adottato la DGRM 1696/2012, che al capitolo "Assistenza ospedaliera" stabilisce:

1. L'ulteriore riduzione, rispetto al Piano Sanitario, di 310 posti letto, per raggiungere un tasso di 3,7‰ abitanti, vale a dire un totale complessivo di 5.792 posti letto, comprensivi di quelli assegnati al privato accreditato, valore da intendersi come limite insuperabile.

2. La riduzione dei suddetti 310 posti letto sia declinata come riduzione di 18 Unità Operative Complesse (UOC) equivalenti, con cessazione dei costi del relativo personale, stimata pari a € 18.000.000.

La richiamata DGRM 1696/12 dispone, altresì, che gli interventi sulla rete ospedaliera siano completati al fine di raggiungere l'obiettivo di "Riduzione della frammentazione ospedaliera" grazie anche alla "Riconversione di almeno una struttura per Area Vasta, esclusa l'AV5, in attività di supporto territoriale/residenziale extraospedaliero".

Tale obiettivo intende ridurre l'attuale frammentazione della rete ospedaliera marchigiana, rappresentata dalla presenza di 33 strutture pubbliche, con una dotazione media di posti letto di 166 per struttura (media nazionale 315), dati che pongono la Regione Marche, in base ai documenti ufficiali del Ministero della Salute, al penultimo posto in Italia.

Proposta di riorganizzazione

Come richiamato in premessa, la rimodulazione dei posti letto ospedalieri, che è necessario effettuare in applicazione di quanto disposto dalla DGRM 1696/12, aggiorna automaticamente le previsioni di posti letto precedentemente determinate con DGRM 1137/12, come stabilito nel PSR 2012-2014.

Ai fini della determinazione della nuova dotazione di posti letto, sono stati seguiti i seguenti criteri:

a) La rimodulazione dei posti letto ha tenuto conto della riorganizzazione dei posti letto già operata ai sensi della DGRM 1137/2012 con i Piani di Area Vasta geograficamente intesa, avuto riguardo sia ai presidi ospedalieri pubblici sia alle strutture private accreditate.

b) Le 18 Unità Operative Complesse equivalenti, corrispondenti ai 310 posti letto per acuti da tagliare, sono state attribuite *pro quota* alle Aziende ed Enti del SSR, sulla base del numero di posti letto di ciascuna di esse rispetto al complessivo, assegnando la riduzione di 1 UOC all'INRCA, 2 UOC a Marche Nord, 3 UOC all'AOU Torrette, 12 UOC all'ASUR.
All'interno dell'ASUR la riduzione delle UOC è suddivisa tra le Aree Vaste tenendo conto dei posti letto disponibili in ciascuna Area Vasta geograficamente intesa, prevedendo 2 UOC per l'AV1, 4 UOC per l'AV2, 3 UOC per l'AV3, 1 UOC per l'AV4, 2 UOC per l'AV5.

c) La rimodulazione dei posti letto riguarda anche le strutture private accreditate, i cui posti letto per acuti sono stati ridotti in misura proporzionale all'incidenza degli stessi sul totale dei posti letto regionali da PSR, pari al 8,27%; *la riduzione è quindi pari a ulteriori 26 posti letto, rispetto a quelli previsti dal Piano Sanitario Regionale, distribuiti per 10 posti letto in AV2, 5 in AV 3 e 11 in AV5.*"

d) La rimodulazione dei posti letto tiene conto di quanto previsto nel Piano di riconversione delle piccole strutture e della riduzione della frammentazione ospedaliera, secondo la quale sei piccole strutture non hanno più funzioni ospedaliere; poiché quest'azione ha comportato il taglio dei posti letto ospedalieri presenti in dette piccole strutture, parte dei quali (residuale) era di posti letto per acuti, parte di lungodegenza, il risultato finale complessivo di posti letto che si propone per la Regione Marche è di 5.701, pari ad un tasso di 3,64‰ abitanti, inferiore rispetto ai 5.792, tetto massimo di posti letto che la Regione Marche può adottare in base allo standard del 3,7‰ abitanti.
Ciò in quanto, considerato il valore finanziario negativo del saldo della mobilità interregionale che la Regione Marche ha registrato nel 2011 (circa 27 milioni di euro), sulla base degli standard di riferimento

introdotti nella bozza di regolamento del Ministero Salute, si può calcolare che la Regione Marche ha 94 posti letto aggiuntivi, per i quali sostiene il costo in sede extra regionale, pari ad un tasso dello 0,06 ‰ abitanti, per cui il dato complessivo del tasso di posti letto è pari al 3,7 ‰ abitanti.

Saldo Mobilità Extra Regionale	**- € 27.010.993**
PL x 1.000 abitanti aggiuntivi per mobilità	**0,06 ‰**
PL x 1.000 abitanti in Regione	**3,64 ‰**
PL x 1.000 abitanti TOTALI	**3,7 ‰**

c) Il numero complessivo di 5.701 posti letto è distribuito in 4.535 posti letto per acuti, pari al 2.90‰ abitanti e in 1.166 posti letto per lungodegenza/riabilitazione, pari allo 0.74‰ abitanti. Il confronto con la situazione precedente al PSR (OLD) evidenzia una riduzione di -790 posti letto per acuti, un aumento di +240 posti letto di lungodegenza/riabilitazione, con un saldo negativo complessivo di -550 posti letto, come mostrato nella seguente tabella:

	POSTI LETTO		
	ACUTI	**LD**	**TOTALE**
OLD	**5.325**	**926**	**6.251**
NEW	**4.535**	**1.166**	**5.701**
SALDO	**- 790**	**240**	**- 550**

La riduzione dei posti letto per Acuti e per Lungodegenza/Riabilitazione, ripartita tra le Aziende, Enti e Privato accreditato, rispetto alla situazione preesistente all'applicazione della DGRM 1137/2012 e della DGRM 1696/12, porta ai seguenti risultati:

	ACUTI			**LUNGODEGENZA**			**TOTALE**			
	OLD	NEW	Δ	OLD	NEW	Δ	OLD	NEW	Δ	%
INRCA	179	151	-28	69	84	15	248	235	-13	-5,2%
MARCHE NORD	611	572	-39	16	20	4	627	592	-35	-5,6%
AOU TORRETTE	958	901	-57	7	29	22	965	930	-35	-3,6%
ASUR	3.009	2.550	-459	286	386	100	3.295	2.936	-359	-10,9%
PRIVATO	568	361	-207	548	647	99	1.116	1008	-108	-9,7%
REGIONE	**5.325**	**4.535**	**-790**	**926**	**1.166**	**240**	**6.251**	**5.701**	**-550**	**-8,8%**

Come si può apprezzare, la Regione Marche riduce 550 posti letto complessivi, passando da 6.251 a 5.701, con un taglio dell'8,8%.
La riduzione è dovuta ad un taglio di 790 posti letto per acuti, pari al - 14,8% e ad un incremento di 240 posti letto di Lungodegenza/Riabilitazione, pari a + 25,9%.
La distribuzione per Azienda dei suddetti tagli è diversificata: il taglio dei posti letto per acuti, nell'ordine del 15% si applica a INRCA e ASUR, mentre Marche Nord e Torrette subiscono un taglio nell'ordine del 6% e il Privato del 36%. Tuttavia, poiché l'incremento di posti letto di Lungodegenza/Riabilitazione è anch'esso diversificato, con un valore più elevato per l'ASUR, il risultato finale di riduzione regionale dell'8,8% è legato ad una riduzione complessiva di posti letto per le Aziende ospedaliere e l'INRCA nell'ordine del 4-5%, mentre per l'ASUR è nell'ordine del 10%, così come per il Privato accreditato.
Di seguito si riporta il dettaglio dei posti letto per Area Vasta geograficamente intesa.

POSTI LETTO OSPEDALIERI EX DGRM 1137/12 E 1696/12

(Riduzione al 3,7‰, Taglio 18 UOC equivalenti, Riconversione Piccoli Ospedali)

		Regione	AV 1	AV 2	AV 3	AV 4	AV 5	
	Popolazione	1.565.335	366.963	494.522	311.868	177.914	214.068	
ACUTI	PL AO	1569	611	958	0	0	0	Attuale
	PL INRCA	179	0	148	0	31	0	
	PL Privati	568	0	166	145	50	207	
	PL ASUR	3009	301	899	894	355	560	
	Totale	5.325	912	2.171	1.039	436	767	
	PL ‰	3,4	2,49	4,39	3,33	2,45	3,58	
	PL AO	1473	572	901	0	0	0	Proposta
	PL INRCA	151	0	131	0	20	0	
	PL Privati	361	0	80	116	32	133	
	PL ASUR	2550	241	758	707	335	509	
	Totale	4.535	813	1870	823	387	642	
	PL ‰	2,90	2,22	3,78	2,64	2,18	3	
	Δ AO	-96	-39	-57	0	0	0	Δ
	Δ INRCA	-28	0	-17	0	-11	0	
	Δ Privati	-207	0	-86	-29	-18	-74	
	Δ ASUR	-459	-60	-141	-187	-20	-51	
	Δ Totale	-790	-99	-301	-216	-49	-125	
LD/RIABILITAZIONE	PL AO	23	16	7	0	0	0	Attuale
	PL INRCA	69		48	0	21	0	
	PL Privati	548	50	222	180	6	90	
	PL ASUR	286	95	109	68	0	14	
	Totale	926	161	386	248	27	104	
	PL ‰	0,59	0,44	0,78	0,8	0,15	0,49	
	PL AO	49	20	29	0	0	0	Proposta
	PL INRCA	84	0	48	0	36	0	
	PL Privati	647	60	243	198	22	124	
	PL ASUR	386	110	114	103	25	34	
	PL Totali	1.166	190	434	301	83	158	
	PL ‰	0,74	0,52	0,88	0,97	0,47	0,74	
	Δ AO	26	4	22	0	0	0	Δ
	Δ INRCA	15	0	0	0	15	0	
	Δ Privati	89	10	21	8	16	34	
	Δ ASUR	110	15	5	45	25	20	
	Δ Totale	240	29	48	53	56	54	
TOTALE	Totale Old	6.251	1.073	2.557	1.287	463	871	
	PL ‰	3,99	2,92	5,17	4,13	2,6	4,07	
	Totale New	5.701	1.003	2.304	1.124	470	800	
	PL ‰	3,64	2,73	4,66	3,60	2,64	3,74	
	Δ PL	-550	-70	-253	-163	7	-71	
	Δ MOBILITA' (ml. €)	-27,01	-30,56	8,43	-7,96	-9,36	12,44	
	PL ‰ per mobilità	0,06	0,29	-0,06	0,09	0,19	-0,20	
	PL ‰ TOTALI	3,70	3,02	4,60	3,69	2,83	3,54	
	PLCure Intermedie	195	50	60	45	40	0	
	PL ‰ per C.I.	0,12	0,14	0,12	0,14	0,22	0,00	
	PL ‰ TOTALI	3,82	3,16	4,72	3,84	3,05	3,54	

Di seguito si riporta il dettaglio dei posti letto per Area Vasta e per singola struttura ospedaliera.

Area Vasta 1

Struttura Ospedaliera	PL Acuti OLD	PL LD OLD	PL Acuti PSR	PL LD PSR	PL Acuti NEW	PL LD NEW	PL CURE INT.	Δ NEW / OLD ACUTI	Δ NEW / OLD LD	Δ NEW / OLD TOT
Marche Nord	611	16	607	20	572	20		-39	4	-35
ISS Macerata Feltria	0	30	0	40	0	40		0	10	10
ISS Cagli	0	20	0	20	0	20		0	0	0
Urbino	158	15	180	10	196	20		38	5	43
Fossombrone	43	25	10	45	0	0	40	-43	-25	-68
Pergola	38	30	28	40	28	40		-10	10	0
Cagli	32	5	5	30	5	25	5	-27	20	-7
Sassocorvaro	30	20	12	30	12	25	5	-18	5	-13
	912	**161**	**842**	**235**	**813**	**190**	**50**	**-99**	**29**	**-70**

Area Vasta 2

Struttura Ospedaliera	PL Acuti OLD	PL LD OLD	PL Acuti PSR	PL LD PSR	PL Acuti NEW	PL LD NEW	PL CURE INT.	Δ NEW / OLD ACUTI	Δ NEW / OLD LD	Δ NEW / OLD TOT
Ospedali Riuniti	958	7	925	9	901	29		-57	22	-35
INRCA Ancona	148	48	148	48	131	48		-17	0	-17
CdC Villa Silvia	12	30	0	42	0	42		-12	12	0
CdC Villa Serena	45	60	30	60	20	60		-25	0	-25
CdC Villa Jolanda	0	42	0	42	0	42		0	0	0
CdC Villa Adria	0	75	0	75	0	75		0	0	0
CdC Villa Igea	109	15	60	24	60	24		-49	9	-40
Osp. Senigallia	271	26	262	26	244	16		-27	-10	-37
Osp. Jesi	293	4	288	0	280	4		-13	0	-13
Osp. Cingoli	20	20	0	40	0	30	10	-20	10	-10
Fabriano	149	12	141	20	136	30		-13	18	5
Sassoferrato	0	21	0	24	0	0	20	0	-21	-21
Osp. Chiaravalle	30	12	6	32	0	0	24	-30	-12	-42
Osp. Loreto	33	14	6	32	10	24	6	-23	10	-13
Osp. Osimo	103	0	90	10	88	10		-15	10	-5
	2171	**386**	**1956**	**484**	**1870**	**434**	**60**	**-301**	**+48**	**-253**

Area Vasta 3

Struttura Ospedaliera	PL Acuti OLD	PL LD OLD	PL Acuti PSR	PL LD PSR	PL Acuti NEW	PL LD NEW	PL CURE INT.	Δ NEW / OLD ACUTI	Δ NEW / OLD LD	Δ NEW / OLD TOT
CdC Villa Pini	105	15	96	18	91	18		-14	3	-11
ISS presso Villa dei Pini		16		16		16		0	0	0
S.Stefano	0	139	0	139	0	129		0	-10	-10
CdC Dott. Marchetti	40	10	25	25	25	25		-15	15	0
Macerata	365	6	357	8	371	8		6	2	8
Civitanova	199	0	187	0	187	0		-12	0	-12
Recanati	73	2	10	52	10	25	5	-63	23	-40
Tolentino	69	2	25	40	10	20	20	-59	18	-41
Treia	0	42	0	42	0	40		0	-2	-2
S.Severino	94	4	65	4	42	10	10	-52	6	-46
Camerino	84	0	87	0	87	0		3	0	3
Matelica	10	12	0	40	0	0	0	-10	-12	-22
ISS Matelica						10	10		10	10
	1039	**248**	**852**	**384**	**823**	**301**	**45**	**-216**	**53**	**-163**

Area Vasta 4

Struttura Ospedaliera	PL Acuti OLD	PL LD OLD	PL Acuti PSR	PL LD PSR	PL Acuti NEW	PL LD NEW	PL CURE INT.	Δ NEW / OLD ACUTI	Δ NEW / OLD LD	Δ NEW / OLD TOT
INRCA Fermo	31	21	24	32	20	36		-11	15	4
CdC Villa Verde	50	6	42	12	32	22		-18	16	-2
Fermo	275	0	312	15	312	15		37	15	52
Amandola	40	0	33	10	23	10		-17	10	-7
Montegiorgio	20	0	0	20	0	0	20	-20	0	-20
S. Elpidio a Mare	20	0	0	20	0	0	20	-20	0	-20
	436	**27**	**411**	**109**	**387**	**83**	**40**	**-49**	**56**	**7**

Area Vasta 5

Struttura Ospedaliera	PL Acuti OLD	PL LD OLD	PL Acuti PSR	PL LD PSR	PL Acuti NEW	PL LD NEW	PL CURE INT.	Δ NEW / OLD ACUTI	Δ NEW / OLD LD	Δ NEW / OLD TOT
CdC Villa S. Marco	56	0	40	10	40	10		-16	10	-6
CdC S.Giuseppe	0	75	0	74	0	35		0	-40	-40
CdC Villa Anna	90	10	59	25	53	25		-37	15	-22
ISS Ascoli	0	0	0	0	0	34		0	34	34
CdC Stella Maris	61	5	40	20	40	20		-21	15	-6
Ascoli P.	322	0	293	10	276	10		-46	10	-36
S. Benedetto	238	14	234	24	233	24		-5	10	5
	767	**104**	**666**	**163**	**642**	**158**	**0**	**-125**	**54**	**-71**

RIORGANIZZAZIONE DEI SISTEMI DI CURA OSPEDALE-TERRITORIO: I PICCOLI OSPEDALI NELLA REGIONE MARCHE

1. FONTI NORMATIVE

La riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera della Regione Marche è stabilita da due atti normativi:

1) Il Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2014 – Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo – approvato con Atto Amministrativo n. 38 del 16/12/2011 dal Consiglio Regionale, in applicazione del quale la Giunta Regionale, con DGRM n. 1137 del 23 luglio 2012, ha approvato il "Percorso operativo per l'implementazione del Piano in AV", rideterminando il numero di posti letto complessivi a 6.102, declinandoli per singola Area Vasta geograficamente intesa, con una riduzione complessiva di 149 posti letto rispetto ai 6.251 posti letto iniziali, comprensivi del privato accreditato. In tal modo il tasso di posti letto per mille abitanti è stato portato al 3,9‰ (di cui 0,87‰ posti letto di lungodegenza e riabilitazione e 3.03‰ di acuti), prevedendo anche una riconversione di 429 posti letto per acuti in posti letto di lungodegenza e riabilitazione.
In coerenza con tali indicazioni, sono stati approvati i Piani di Area Vasta con Determina ASUR/DG n. 639 del 31 luglio 2012 e la Giunta Regionale, con DGRM n. 1174 del 01/08/2012, ha preso atto dell'approvazione da parte dei Direttori di Area Vasta dei relativi Piani, assegnando il termine di 180 giorni per l'attuazione degli stessi.

2) La legge n. 135 del 7 agosto 2012, cosiddetta *"spending review"*, che, al fine del contenimento dei costi del SSN, ha stabilito un nuovo standard di posti letto per mille abitanti, riducendo il tasso dal 4‰, fissato dal Patto per la Salute 2010-2012, al 3,7‰, comprensivo di 0,7‰ per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie (art. 15, comma 13, lettera c), "*nel rispetto della riorganizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzata all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio*". In applicazione di tali nuove disposizioni, la Regione Marche ha adottato la DGRM 1696/2012, che al capitolo "Assistenza ospedaliera" stabilisce, oltre alla riduzione di ulteriori 310 posti letto, rispetto al Piano Sanitario, per raggiungere il tasso di 3,7‰ abitanti, che gli interventi sulla rete ospedaliera siano completati al fine di raggiungere l'obiettivo di "Riduzione della frammentazione ospedaliera" grazie anche alla "Riconversione di almeno una struttura per Area Vasta, escluso l'AV5, in attività di supporto territoriale/residenziale extraospedaliero".
Pertanto, la riorganizzazione dei posti letto di ricovero riguarda le seguenti macroaree:

1. Assistenza ospedaliera
2. Assistenza territoriale

L'assistenza ospedaliera, trattata in dettaglio in altro documento, prende in esame i posti letto per acuti (alta specializzazione e specializzazione di base) e per la post acuzie (lungodegenza post acuzie (cod. 60), riabilitazione funzionale (cod. 56), neuroriabilitazione (cod. 75).
L'assistenza territoriale è a sua volta suddivisa in Cure primarie e Cure intermedie (cure domiciliari, cure residenziali e semiresidenziali), che debbono essere garantite dal Distretto, cui compete il ruolo della presa in carico dell'assistito e di individuare il luogo di cura più adeguato per le persone con bisogni sanitari e sociali complessi.

2. LA RIDUZIONE DELLA FRAMMENTAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA.

La Regione Marche risulta essere ai primi posti nelle classifiche nazionali in termini di frammentazione della rete ospedaliera, con un numero elevato di strutture attive di piccole dimensioni. In questo momento sono presenti nel territorio regionale 15 strutture ospedaliere con posti letto totali compresi tra 20 e 68, di cui 5 con Posti letto superiori a 50.

Tab. 1.1: Elenco strutture ospedaliere di piccole dimensioni per Area Vasta

Area Vasta	Struttura ospedaliera
AV 1	OSPEDALE CELLI CAGLI
	OSPEDALE CIVILE FOSSOMBRONE
	OSPEDALE LANCIARINI SASSOCORVARO
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO - PERGOLA
AV 2	U.S.L.N.6 -OSP. S.ANTONIO ABATE-SASSOFERRATO
	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CINGOLI -
	OSPEDALE 'M. MONTESSORI' CHIARAVALLE
	OSPEDALE 'SANTA CASA' - LORETO
AV 3	OSPEDALE CIVILE SANTA LUCIA RECANATI
	OSPEDALE TOLENTINO
	OSPEDALE TREIA
	PRES.OSP. OSPEDALE S.SOLLECITO-MATELICA
AV 4	PRESIDIO OSPEDALIERO MONTEGIORGIO
	PRESIDIO OSPEDALIERO S.ELPIDIO A MARE
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II - AMANDOLA

In fase di prima applicazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2014, la richiamata DGRM 1137 del 23/07/2012 ed i conseguenti piani di Area Vasta hanno previsto una riduzione complessiva di 149 posti letto su un totale di 6.251, con una riconversione di 429 posti letto per acuti in posti letto di post acuzie e riabilitazione, ma il numero di strutture ospedaliere di piccole dimensioni è rimasto inalterato, con un taglio di solo 15 posti letto, essendo solo stata prevista la riconversione di parte degli altri posti letto per acuti a posti letto di post-acuzie e riabilitazione, vale a dire letti di tipo ospedaliero.

La DGRM 1696 del 3 dicembre 2012, per ridurre la frammentazione ospedaliera, dispone la riconversione delle strutture di piccole dimensioni, *almeno una per Area Vasta, in strutture sanitarie extraospedaliere per il trattamento del paziente sub-acuto*, con l'*esclusione di Amandola e di Pergola che mantengono funzioni per acuti, in funzione della collocazione geografica, della viabilità, della organizzazione interna*, ciò in coerenza con il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2014.

La riconversione delle strutture di piccole dimensioni deve necessariamente realizzarsi in stretta sinergia con la riorganizzazione delle reti cliniche, per garantire la continuità assistenziale nel percorso che prevede diversi livelli di intensità di cure mediante l'accesso alla rete integrata da ciascun nodo del territorio regionale.

Presupposto fondamentale per il nuovo modello organizzativo sopra richiamato è la riorganizzazione del sistema del soccorso territoriale e dei trasporti sanitari tra i nodi della rete, in una logica unitaria che garantisca uniformità di accesso e di servizio su tutto il territorio regionale.

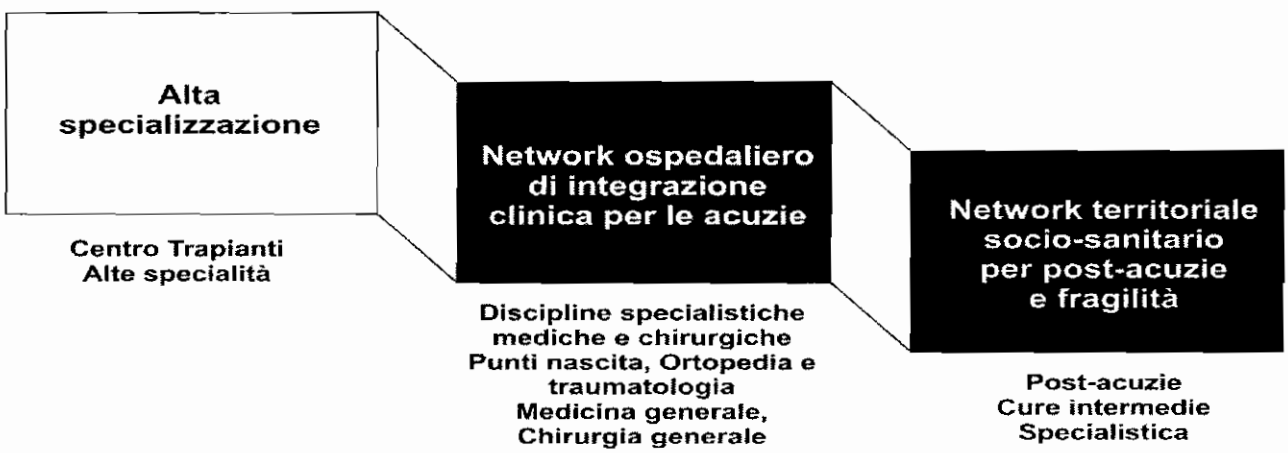
La riconversione dei piccoli ospedali rappresenta uno strumento fondamentale per la realizzazione della Rete di assistenza, sia per le persone anziane che per altri "soggetti fragili" come i disabili, i minori, le persone che necessitano di cure palliative per malattie in fase terminale, neoplastiche e non.

La riconversione deve tener conto di quanto disposto dall'art. 8 bis, comma 7, della L.R. 13/2003 e ss.mm.ii che prevede "*l'ASUR, ..., promuove intese con l'INRCA per la riqualificazione della rete ospedaliera al fine di assicurare l'integrazione funzionale delle prestazioni ed il coordinamento operativo relativo alla prevenzione secondaria delle patologie cronico-degenerative degli anziani*".

A tal fine si avvia un processo di Formazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Specialisti nonché altre figure sanitarie coinvolte nel processo di riqualificazione dei piccoli ospedali nella Regione Marche.
Tale attività di formazione sarà realizzata dal Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Generale e le Cure Primarie (AIR - DGRM 751/07 art.52 – DGRM 1237/07), tenendo conto delle specifiche esigenze formative delle diverse tipologie di Casa della Salute e della situazione socio – sanitaria in cui le singole Équipes Territoriali (ET) prestano la loro attività, anche alla luce dei bisogni formativi espressi dai singoli professionisti. La formazione dovrà contenere importanti aspetti di integrazione con tutti i vari professionisti sanitari, avvalendosi per la realizzazione del programma formativo anche del contributo scientifico dei Medici Specialisti Ambulatoriali ed Ospedalieri del SSR. In particolare, per gli aspetti di promozione della longevità attiva l'INRCA coordinerà le iniziative formative in collaborazione con il Centro Regionale.
Infine, il percorso di riconversione potrà essere facilitato dalla realizzazione del Progetto di Telemedicina che ben si addice ad un modello di assistenza delocalizzato, garantendo il collegamento in rete di tutte le strutture ospedaliere e territoriali ovunque posizionate sul territorio marchigiano, compreso il domicilio e la residenzialità del paziente.

3. LA NUOVA ORGANIZZAZIONE DEL NETWORK TERRITORIALE.

Come già ricordato, l'assistenza territoriale è suddivisa in Cure primarie e Cure intermedie (cure domiciliari, cure residenziali e semiresidenziali) ed è organizzata in stretta connessione con il network ospedaliero e l'alta specializzazione.
Caposaldo della nuova organizzazione del network territoriale è la Casa della Salute, realizzata attraverso la riqualificazione dei piccoli ospedali, modello già sperimentato da tempo in altre regioni virtuose per rafforzare presidi socio-sanitari dedicati alla post acuzie e alle fragilità.



La Casa della Salute rappresenta il luogo ove si sviluppano le **cure primarie e le cure intermedie**:

❖ Le cure primarie costituiscono l'area nella quale sono comprese quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie di base e metodi pratici, scientificamente validi, accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità.

Questa area permette di avvicinare l'assistenza sanitaria il più possibile ai luoghi di vita e di lavoro, in una prospettiva di continuità e si fonda sull'applicazione dei risultati significativi ottenuti dalla ricerca sociale e biomedica e sull'esperienza maturata in sanità pubblica.
Deve essere sostenuta da sistemi di riferimento integrati, funzionali e di supporto reciproco, che consentano ai diversi professionisti di raccordare le loro attività, con un progressivo miglioramento dell'assistenza sanitaria

globale per tutti, prioritariamente per coloro che hanno bisogni sociali e sanitari complessi: in tal modo si mette il cittadino al centro del sistema sanitario.

❖ Le cure intermedie costituiscono l'area delle cure che si trovano a metà strada fra l'intensività assistenziale delle cure ospedaliere e l'estensività assistenziale per la cronicità, garantita a domicilio o nelle strutture residenziali.

Essa è, pertanto, un'area di servizi integrati, sanitari e sociali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali finalizzati a:

- garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera;
- favorire il recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti;
- soddisfare i bisogni dei cittadini che presentano una patologia che richiede un elevato grado di protezione,
- evitare ricoveri impropri e potenzialmente dannosi nelle persone anziane.

Standard organizzativi:

Ai fini dell'attuale riorganizzazione sono stati presi a riferimento parametri e definizioni disposte dalla L.R. n. 20/2000 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie" e L.R.20/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sociali a ciclo residenziale e semi residenziale", che di seguito brevemente si richiamano.

Cure intermedie residenziali:

RSA (residenza sanitaria assistenziale) per Anziani.

RSA (residenza sanitaria assistenziale) per Disabili.

RP (residenza protetta).

Assistenza semiresidenziale:

CSER (centri diurni per disabili).

COSER (Comunità socio educative riabilitative).

Centri diurni demenze.

Tra i posti letto extra ospedalieri sono ricompresse anche le seguenti tipologie:

1. Country hospital.
2. Hospice.
3. Riabilitazione estensiva extraospedaliera.
4. Riabilitazione ex art. 26.

L'accesso alla struttura:

I percorsi che consentono l'accesso alle prestazioni assistenziali possono essere diversi, potendo il paziente provenire da strutture ospedaliere, residenziali e dal domicilio.

Già ora nelle Marche esistono percorsi di integrazione tra Ospedale e Territorio che costituiscono una rete di assistenza, composta sia da servizi di base, che garantiscono l'assistenza medica (ambulatori del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di libera scelta), l'aiuto sociale (Segretariato e Servizio sociale dei Comuni) e l'assistenza residenziale, sia da servizi specialistici, mirati alle diverse disabilità.

La costruzione in rete dei servizi ha l'obiettivo fondamentale di garantire al cittadino con bisogni sanitari complessi e ai suoi familiari la continuità delle cure grazie all'utilizzo appropriato delle strutture e degli interventi sanitari, liberandolo dal peso di dover individuare l'intervento più adatto ai suoi bisogni.

L'efficacia di un modello costruito a rete non risiede solo nella validità degli elementi che la costituiscono, in particolare dei "nodi della rete", vale a dire i servizi e le strutture, ma anche nella capacità di attivare di volta in volta i percorsi più idonei da un servizio all'altro all'interno delle possibili alternative.

La riorganizzazione dei piccoli ospedali, che consente di attivare un nuovo "nodo della rete" e la contestuale riorganizzazione dei Distretti, semplificati nella loro distribuzione territoriale, favorisce il miglioramento della risposta ai bisogni di salute sempre più complessi dei cittadini marchigiani.
A tal fine il Distretto provvede alle procedure di inserimento nelle strutture residenziali o a ciclo diurno, previa verifica dell'appropriatezza effettuata sulla base di criteri di valutazione multidimensionale del bisogno, utilizzando scale e schede di valutazioni uniformi nella Regione Marche.
L'inserimento in struttura è effettuato previa:
- valutazione multidimensionale effettuata dall'Unità di valutazione Integrata (UVI)
- definizione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI).
Le prestazioni residenziali avranno durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione.
La valutazione periodica dell'ospite costituisce il parametro per valutare la proroga del trattamento in quello specifico livello assistenziale.
In ogni caso l'assistenza residenziale andrà garantita nel livello assistenziale appropriato in rapporto agli effettivi bisogni.

4. LA CASA DELLA SALUTE

Obiettivi:

È a tutti noto che il Servizio sanitario nazionale sta spostando sempre di più l'attenzione dall'ospedale al territorio, per offrire una risposta adeguata ai bisogni attuali di salute, conseguenti all'aumento delle patologie cronico-degenerative.
Per le Marche questa è una necessità ancor più stringente, considerata la profonda modifica della composizione demografica della popolazione avvenuta in modo preoccupante negli ultimi trent'anni, testimoniata anche dal fatto che la popolazione residente ha un'aspettativa di vita alla nascita tra le più alte in Italia.
La realizzazione di questa nuova visione del Servizio sanitario regionale impone un cambiamento culturale radicale, che punta anzitutto allo sviluppo di reti cliniche integrate, tra ospedale e territorio, con la nascita di un nuovo nodo nella rete dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, la Casa della Salute, punto di riferimento certo per i cittadini, cui ci si può rivolgere in ogni momento per trovare una risposta ai propri problemi di salute.
In tale tipologia di struttura sono ricollocati i servizi distrettuali, sociali e di prevenzione, le attività ambulatoriali specialistiche, anche facilitando l'aggregazione da sedi periferiche, al fine di ridurre la frammentazione ed aumentare le fasce orarie di apertura al pubblico e facilitare l'integrazione multi professionale.
Possono essere previste anche funzioni di lungodegenza post acuzie e/o riabilitazione funzionale per la continuità della presa in carico del paziente dimesso dagli Ospedali per acuti, sia funzioni di Day Surgery.
Rafforzare la rete territoriale e le cure intermedie è un aiuto concreto alle famiglie che ogni giorno assistono i loro cari in strutture sanitarie o socio-sanitarie che non corrispondono per livello assistenziale alle reali esigenze del cittadino, costretto ad utilizzarle per la mancanza di alternative più appropriate.

Funzioni:

Come gli ospedali, anche queste strutture possono avere diversa complessità, tenuto conto delle caratteristiche oro-geografiche del territorio e della densità della popolazione, ma in generale esse hanno il compito di:

- Assicurare un punto unico di accesso ai cittadini;
- Garantire la continuità assistenziale nelle 24 ore 7 giorni su 7;
- Organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino;
- Rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette;
- Sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione;
- Gestire le patologie croniche attraverso l'integrazione dell'assistenza primaria con i servizi specialistici presenti e con la possibilità di ricovero residenziale;
- Offrire un'assistenza specialistica extra ospedaliera di livello qualitativo, atta a ridurre la richiesta di prestazioni ospedaliere;
- Promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini;
- Offrire formazione permanente agli operatori.

Pertanto le Case della Salute sono un punto di accoglienza e orientamento ai servizi per tutti i cittadini, ma anche un ambito nel quale erogare assistenza sanitaria in particolare per la gestione delle patologie croniche ed il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale.

Standard organizzativi:

La Casa della Salute è strutturata come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso: l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze.

La Casa della salute deve essere organizzata in modo flessibile, in base alle reali necessità della popolazione che incide su quel territorio, con l'obiettivo di facilitare l'assistenza alle persone fragili, come gli anziani, disabili, cittadini con patologie croniche anche giovani.

Il modello assistenziale si basa sui principi e sulle indicazioni contenute nel documento finale della commissione ministeriale LEA di maggio 2007, che oltre ad auspicare la flessibilità organizzativa delle strutture stabilisce sostanzialmente diversi livelli di intensità assistenziale:

- livello intensivo (alto)
- livello estensivo (medio)
- livello di lungoassistenza/mantenimento (basso).

Nelle strutture residenziali i MMG garantiscono la loro presenza con accessi concordati.

Per il livello intensivo operano medici dipendenti dell'ospedale hub di riferimento, garantendo l'assistenza ai pazienti ricoverati, in raccordo con i medici di medicina generale.

Nei vari livelli è garantita l'assistenza infermieristica, nonché quella di supporto H24, consolidando competenze e professionalità.

In alcune di queste strutture, per garantire una migliore continuità assistenziale Ospedale-Territorio, sono previsti posti letto territoriali del tipo Country Hospital/Ospedale di comunità, nei quali il Medico di medicina generale può ricoverare direttamente il paziente, con successiva ratifica da parte dell'UVD; attualmente sono presenti due esperienze ben avviate a Castelfidardo e ad Arcevia.

È auspicabile che ogni Casa della Salute sia articolata in nuclei con più moduli di diverso livello assistenziale, avendo come riferimento 20 posti letto per nucleo.

Per i pazienti assistiti nei vari livelli, le unità di valutazione competenti dovranno definire un Piano assistenziale individualizzato (PAI).

I posti letto della Casa della salute dovranno essere utilizzati prioritariamente per consentire un percorso corretto delle dimissioni protette dagli Ospedali per Acuti.
La tipologia di pazienti trattati è quella caratterizzata da patologie ad andamento cronico, con episodi di riacutizzazione, non facilmente gestibili a domicilio per la difficoltà nella *compliance* farmacologica, per i quali si potrebbe generare un ricovero "evitabile" (scompenso cardiaco, BPCO, diabete, asma, ad esempio) in quanto hanno bisogno di soli pochi esami strumentali e di laboratorio, eseguibili ambulatoriamente e di controlli nell'esecuzione della terapia.
In alcune Case della Salute possono essere previsti sia posti letto di lungodegenza post acuzie e/o riabilitazione estensiva extra ospedaliera per la continuità della presa in carico del paziente post acuto dagli Ospedali di rete e dalle Aziende Ospedaliere, sia posti letto di Day Surgery (DS) per favorire la delocalizzazione di attività chirurgiche di bassa e media complessità in integrazione con l'Ospedale di rete di riferimento.
L'assistenza medica è garantita da personale dipendente e la gestione clinica dei posti letto è a carico dei medici ospedalieri dell'Ospedale di rete di riferimento.
La continuità dell'assistenza in tal caso è garantita dai Medici dell'emergenza territoriale dipendenti del SSR, con l'eventuale ausilio della pronta disponibilità integrativa, mentre per i pazienti ricoverati nel setting territoriale essa è assicurata dai medici della Continuità Assistenziale (CA).
L'emergenza territoriale nell'area in cui è collocata questa tipologia di struttura è garantita dal sistema di emergenza territoriale, con adeguata tipologia di mezzi di soccorso (mezzi di soccorso avanzati, mezzi di soccorso intermedi, mezzi di soccorso di base), che sono collocati presso la struttura.
Gli equipaggi di tali mezzi (Medico dell'Emergenza territoriale e Infermiere), quando non impegnati nel soccorso territoriale possono erogare prestazioni di bassa complessità, riferibili a codici bianchi e verdi, in un ambulatorio dedicato, così da snellire l'attività di basso livello nei Pronti Soccorsi, che si possono dedicare prioritariamente ai codici gialli e rossi.
In caso di uscita sul territorio del Mezzo di Soccorso Avanzato (MSA) è prevista, a copertura della struttura, una postazione medicalizzata Jolly per Area vasta.
Prestazioni ambulatoriali di bassa complessità possono essere effettuate, nelle sedi in cui era attivo nella precedente organizzazione un PPI, anche dai medici di Continuità assistenziale nella fascia oraria diurna.

Il ruolo dei professionisti delle Cure Primarie nella Casa della Salute:
Sulla base degli standard organizzativi sopra richiamati, in ciascuna Area Vasta saranno definite Case della Salute adeguate alle necessità della popolazione servita.
Ma in tutte le Case della Salute risulta essenziale il ruolo dei professionisti delle Cure Primarie, essendo questa una struttura sanitaria ad alta integrazione assistenziale con l'organizzazione distrettuale, nella quale sono previste, tra l'altro, attività dei Medici di medicina generale in forma integrata nelle 12 ore diurne e dei Medici della continuità assistenziale nelle 12 ore notturne, festivi e prefestivi.
La Medicina Generale nelle Marche si articola secondo una scelta organizzativo-funzionale che ha portato alla formazione delle Équipes Territoriali (ET).
Queste rappresentano organismi funzionali della MG, che operano con radicamento infra distrettuale dal 2007, attraverso la costituzione di 53 Unità Professionali diffuse su tutto il territorio marchigiano.
Le ET, dotandosi di autonoma organizzazione funzionale, possono ricomprendere lo stato di Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), previsto dal vigente ACN.
All'interno di tale setting può inscriversi il processo di riorganizzazione dei sistemi di cura territoriali, che, a seconda delle esigenze assistenziali dei cittadini e del territorio di riferimento, delle disponibilità, delle risorse,

può prevedere vari livelli di strutturazione delle modalità di esercizio professionale, dalle forme meno strutturate (es. medico singolo) a quelle con strutturazione maggiore (es. Medicina di Gruppo) o massima come le "Case della Salute".
E' del tutto evidente che tale modalità flessibile e funzionale, rappresenta la strategia irrinunciabile per evitare inappropriate riduzioni di assistenza territoriale, soprattutto per quelle zone a maggior dispersione abitativa e difficoltà di comunicazione, dove la presenza del medico di Famiglia e delle sue strutture "leggere", garantiscono servizi assistenziali di prossimità e accesso ai servizi del SSR Marchigiano, nonché la risposta più adeguata per determinati contesti territoriali.
Le ET, con tutte le funzioni professionali che le compongono, in collaborazione ed integrazione con i servizi e personale della Casa della Salute, eventualmente potendo avvalersi dei collaboratori di studio ove richiesto dalle necessità organizzative della struttura, assicurano lo svolgimento delle attività proprie delle Cure Primarie favorendo in tal modo il progetto di riconversione dei piccoli Ospedali della Regione Marche.
La nuova organizzazione favorisce le opportunità di partecipazione dei Medici di Medicina Generale (MMG), degli Specialisti Ambulatoriali per specifiche attività di consulenza, nonché del personale tecnico, infermieristico e di collaborazione, in una ottica di massima integrazione dei percorsi clinico-assistenziali.
Questo processo individua modalità innovative di gestione delle patologie sul territorio, con particolare riguardo a quelle croniche.
Esso pertanto si configura non come un "processo di risulta" secondario a quello dei modelli ospedalieri di erogazione delle cure, bensì come il modello più appropriato di gestione della patologia cronica.
I Medici di Assistenza Primaria (AP) e i Medici di Continuità Assistenziale (CA) che partecipano al modello organizzativo della "Casa della Salute", potranno essere opportunamente impiegati non soltanto per la necessaria turnazione diurna, notturna, prefestiva e festiva, ma per tutte le attività assistenziali complementari richieste dalla implementazione dei nuovi assetti assistenziali.
Quanto sopra dovrà determinare la riduzione del tasso di ospedalizzazione per i ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza e accessi impropri al PS per patologie croniche riacutizzate.
All'uopo, potranno essere organizzati ambulatori integrati per patologia (es scompenso cardiaco, BPCO, diabete, ecc.) e vaccinazioni, campagne di screening delle patologie cronico – degenerative e neoplastiche, terapia del dolore, diagnostica strumentale di primo livello (ECG, Holter, Ecografie, Spirometrie e quant'altro necessario) per la completa erogazione dei LEA.
Potranno inoltre essere studiate apposite funzioni anche per i Medici in Formazione del Tirocinio triennale di Formazione Specifica della medicina Generale.
In fasce orarie definite, i Medici di Assistenza Primaria (AP) e i Medici di Continuità Assistenziale (CA), a seconda delle esigenze territoriali, potranno garantire le prestazioni Ex PIP previste nell'ACN.
Nell'ambito delle attività ricomprese nella nuova organizzazione del sistema della medicina generale, i medici di CA potranno anche svolgere attività di Assistenza Primaria con attività diurne da definire all'interno del piano di lavoro delle attività annuali delle singole Equipe a seconda dei bisogni assistenziali individuati.
Nella Casa della Salute trova spazio la specialistica extra ospedaliera, attraverso una rivisitazione dell'attuale rete dei Poliambulatori che preveda una concentrazione delle sedi disperse nel territorio di riferimento, al fine di realizzare una continuità assistenziale specialistica per le branche specialistiche prioritarie, quanto a richiesta della popolazione (a titolo esemplificativo, cardiologia, chirurgia ambulatoriale, dermatologia, ortopedia e traumatologia, radiologia, oculistica, otorinolaringoiatria, ginecologia, neurologia, diagnostica ecografica).
L'obiettivo è quello di assicurare percorsi diagnostico-terapeutici realizzabili in regime di non ricovero, utilizzando in modo più efficiente le dotazioni tecnologiche e di sicurezza presenti nelle strutture.

Ulteriori sviluppi:
Nuovi assetti organizzativi potranno essere sviluppati in futuro, compatibilmente con le risorse economiche che si renderanno disponibili, non soltanto nelle strutture ospedaliere di piccole dimensioni, oggetto dell'attuale fase di riorganizzazione in Case della Salute, ma anche presso le strutture della MG attualmente operanti come "Medicina di Gruppo" che, dotate dei necessari requisiti e standard, potranno svolgere le funzioni assistenziali previste, riconvertendosi in "piattaforme" funzionali di erogazione di assistenza primaria del Distretto, titolare della governace territoriale, facilitando in questo modo una più corretta e appropriata gestione delle cure territoriali per la cronicità e fragilità.

Le Case della Salute:
Sulla base dei sopra elencati presupposti e tenendo conto delle necessità della popolazione di riferimento, in ciascuna Area Vasta i piccoli Ospedali che sono riconvertiti in Case della salute sono i seguenti:
Sassocorvaro
Cagli
Fossombrone
Chiaravalle
Cingoli
Sassoferrato
Loreto
Recanati
Tolentino
Treia
Matelica
Montegiorgio
Sant'Elpidio a Mare

Legenda:

DS= DAY SURGERY

LD= LUNGODEGENZA / RIABILITAZIONE

CI= CURE INTERMEDIE

E' la prestazione assistenziale di ricovero extraospedaliero. Le cure intermedie costituiscono l'area delle cure che si trovano a metà strada fra l'intensività assistenziale delle cure ospedaliere e l'estensività assistenziale per la cronicità, garantita a domicilio o nelle strutture residenziali.

Essa è, pertanto, un'area di servizi integrati, sanitari e sociali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali finalizzati a:

- garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera;
- favorire il recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti;
- soddisfare i bisogni dei cittadini che presentano una patologia che richiede un elevato grado di protezione;
- evitare ricoveri impropri e potenzialmente dannosi nelle persone anziane;
- consentire il ricovero diretto del paziente da parte del Medico di medicina generale, con successiva ratifica dell'UVD.



Struttura di Cagli:

Posti letto

Tipologia	
DS	5
LD	25
CI	5

1. Presenza del centro Dialisi ad assistenza limitata (CAL)
2. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG / PLS
3. Presenza del medico di continuità assistenziale
4. Presenza del mezzo di soccorso avanzato (M.S.A.) h 24, che assicura gli interventi di emergenza urgenza territoriale e partecipa alle Prestazioni di Primo Intervento come regolamentato dalla L. 36/98 e ss.mm.ii
5. Presenza punto prelievo
6. Presenza di erogatori privati accreditati con 20 posti letto di riabilitazione intensiva
7. Presenza dei seguenti Ambulatori e Attività:

Attività specialistica di Cardiologia

Attività specialistica di Chirurgia

Attività di Endoscopia digestiva di I livello

Attività di Ecodoppler

Attività di Diabetologia

Attività specialistica di Geriatria

Attività specialistica di Ginecologia

Attività specialistica di Medicina

Attività specialistica di Nefrologia

Attività specialistica di Oculistica

Attività specialistica di Oncologia

Attività specialistica di Ortopedia

Attività di Diagnostica per Immagini

Attività specialistica di Flebologia

Attività di Riabilitazione e Terapia Fisica

Attività Immunotrasfusionale



Struttura di Fossombrone:

Posti letto

Tipologia	
Riabilitazione estensiva	10
CI	30

1. Funzione di Hospice con 10 posti letto
2. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG / PLS
3. Presenza del medico di continuità assistenziale
4. Presenza del mezzo di soccorso avanzato (M.S.A.) h 24, che assicura gli interventi di emergenza urgenza territoriale e partecipa alle Prestazioni di Primo Intervento come regolamentato dalla L. 36/98 e ss.mm.ii
5. Presenza punto prelievo
6. Presenza dei seguenti Ambulatori e Attività:

Attività specialistica di Cardiologia

Attività specialistica di Chirurgia

Attività di Diabetologia

Attività di Endoscopia digestiva I livello

Attività specialistica di Medicina

Attività specialistica di Ortopedia

Attività specialistica di Ostetrica /Ginecologia

Attività di Diagnostica per Immagini

Attività specialistica di Dermatologia

Attività specialistica di Neurologia

Attività specialistica di Oculistica

Attività specialistica di Otorinolaringoiatria

Attività specialistica di Psichiatria territoriale

Attività di Riabilitazione e Terapia fisica

Attività Immunotrasfusionale



Struttura di Sassocorvaro:

Posti letto

Tipologia	
DS[1]	12
LD	25
CI	5

1. Presenza del centro Dialisi ad assistenza limitata (CAL)
2. Presenza punto prelievo
3. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG / PLS
4. Presenza del mezzo di soccorso avanzato (M.S.A.) h 24, che assicura gli interventi di emergenza urgenza territoriale e partecipa alle Prestazioni di Primo Intervento come regolamentato dalla L. 36/98 e ss.mm.ii
5. Presenza del medico di continuità assistenziale
6. Presenza dei seguenti Ambulatori e Attività:

Attività specialistica di Cardiologia

Attività specialistica di Chirurgia

Attività di Endocrinologia

Attività di Endoscopia

Attività specialistica di Flebologia

Attività specialistica di Ortopedia

Attività specialistica di Ostetrica /Ginecologia

Attività di Diagnostica per Immagini

Attività specialistica di Oculistica

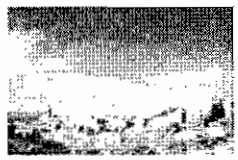
Attività specialistica di Pneumologia

Attività specialistica di Nefrologia

Attività specialistica di Oncologia

Attività Immunotrasfusionale

[1] Attività pubblico-privato Montefeltro Salute.



Struttura di Sassoferrato:

Posti letto

Tipologia	
CI	20

1. Presenza di 20 posti letto di RSA e internalizzazione dei posti letto di residenza protetta appena terminati i lavori di ristrutturazione
2. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG / PLS
3. Presenza del medico di continuità assistenziale
4. Presenza del mezzo di soccorso avanzato (M.S.A.) h 24 che assicura gli interventi di emergenza urgenza territoriale, con possibilità di erogare, durante lo stand by, prestazioni ambulatoriali per patologie minori nella fascia diurna
5. Presenza dei seguenti Ambulatori e Attività:

   Attività specialistica di Cardiologia

   Attività specialistica di Chirurgia

   Attività di Fisiatria

   Attività di Ecodoppler

   Attività specialistica di Dermatologia

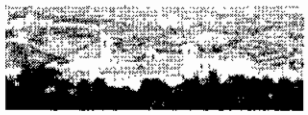
   Attività specialistica di Neurologia

   Attività specialistica di Ginecologia

   Attività specialistica di Oculistica

   Attività specialistica di Otorino

   Attività specialistica di Urologia



Struttura di Cingoli:

Posti letto

Tipologia	
LD	30
CI	10

1. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG / PLS
2. Presenza del medico di continuità assistenziale
3. Presenza punto prelievo
4. Presenza del mezzo di soccorso avanzato (M.S.A.) h 24, che assicura gli interventi di emergenza urgenza territoriale e partecipa alle Prestazioni di Primo Intervento come regolamentato dalla L. 36/98 e ss.mm.ii
5. Presenza di ambulatorio internistico per patologie minori
6. Presenza dei seguenti Ambulatori e Attività:

Attività specialistica di Cardiologia

Attività specialistica di Chirurgia

Attività specialistica di Dermatologia

Attività specialistica di Medicina

Attività specialistica di Neurologia

Attività specialistica di Oculistica

Attività specialistica di Ortopedia

Attività specialistica di Ostetricia e Ginecologia

Attività specialistica di Otorinolaringoiatria

Attività di Diagnostica per Immagini

Attività di Riabilitazione e Terapia fisica

Attività di Endoscopia digestiva



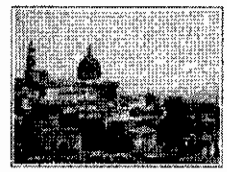
Struttura di Chiaravalle:

Posti letto

Tipologia	
CI	24

1. Presenza di attività di chirurgica ambulatoriale
2. Funzione di RSA con 20 posti letto
3. Funzione di Hospice con 10 posti letto
4. Presenza punto prelievo
5. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG / PLS
6. Presenza del mezzo di soccorso avanzato (M.S.A.) h 12 notturno
7. Presenza del mezzo di soccorso infermieristico (M.S.I.) h 12 diurno
8. Presenza di ambulatorio internistico per patologie minori
9. Presenza del medico di continuità assistenziale e medici delle cure primarie, che nella fascia diurna assicurano le Prestazioni di Primo Intervento come regolamentato dalla L. 36/98 e ss.mm.ii
10. Presenza dei seguenti Ambulatori e Attività:

Attività specialistica di Cardiologia
Attività specialistica di Chirurgia
Attività di Medicina dello Sport
Attività specialistica di Neuropsichiatria infantile
Attività specialistica di Geriatria
Attività specialistica di Ortopedia
Attività specialistica di Ostetrica /Ginecologia
Attività di Diagnostica per Immagini
Attività specialistica di Dermatologia
Attività specialistica di Neurologia
Attività specialistica di Oculistica
Attività specialistica di Odontoiatria
Attività specialistica di Otorinolaringoiatria
Attività specialistica di Psichiatria
Attività di Riabilitazione e Terapia fisica
Attività di vaccinazione
Attività consultori ali UMEE
Attività specialistica di logopedia
Attività specialistica di Psicologia



Struttura di Loreto:

Posti letto

Tipologia	
DS	10
LD	24
CI	6

1. Funzione di Hospice (8 posti letto e funzione di Day Hospice)
2. Presenza punto prelievo
3. Presenza del mezzo di soccorso avanzato (M.S.A.) h 24, che assicura gli interventi di emergenza urgenza territoriale e partecipa alle Prestazioni di Primo Intervento come r egolamentato dalla L. 36/98 e ss.mm.ii
4. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG / PLS
5. Presenza del medico di continuità assistenziale
6. Presenza dei seguenti Ambulatori e Attività:

Attività specialistica di Chirurgia generale, orale e vascolare

Attività specialistica di Medicina Sportiva

Attività specialistica di Oculistica

Attività specialistica di Medicina

Attività specialistica di Ostetricia e Ginecologia

Attività specialistica di Psichiatria

Attività di diagnostica per immagini

Attività specialistica di Cardiologia

Attività di vaccinazione

Attività specialistica di Dermatolgia

Attività specialistica di Ortopedia

Attività specialistica di Neurologia

Attività specialistica di Otorino

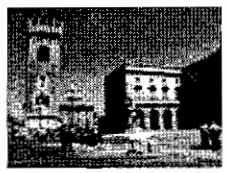
Attività specialistica di Psichiatria

Attività ambulatorio Antalgico

Attività specialistica di Endocrinolgia

Attività specialistica di senologia

Attività consultori ali UMEE



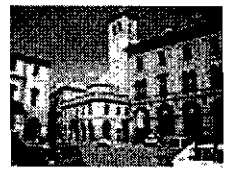
Struttura di Recanati:

Posti letto

Tipologia	
DS/One DS	10
LD	25
CI	5

1. Nella struttura saranno trasferiti 40 posti letto di RSA non appena ultimati i lavori di ristrutturazione
2. Presenza del centro Dialisi Assistenza Decentrata (CAD)
3. Presenza punto prelievo
4. Presenza del mezzo di soccorso avanzato (M.S.A.) h 24, che assicura gli interventi di emergenza urgenza territoriale e partecipa alle Prestazioni di Primo Intervento come regolamentato dalla L. 36/98 e ss.mm.ii
5. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG / PLS
6. Presenza del medico di continuità assistenziale
7. Presenza dei seguenti Ambulatori e Attività:

Attività specialistica di Chirurgia
Attività di Analgesia
Attività specialistica di Oculistica
Attività specialistica di Medicina
Attività specialistica di Pneumologia
Attività specialistica di Oncologia
Attività specialistica di Med. Vascolare
Attività specialistica di Cardiologia
Attività specialistica di Ostetricia/Gin.
Attività specialistica di Dermatologia
Attività specialistica di Ortopedia
Attività specialistica di Neurologia
Attività specialistica di Otorino
Attività specialistica di Pediatria
Attività di Diagnostica per immagini
Attività specialistica di Urologia
Attività specialistica di Nefrologia
Attività specialistica di Fisiatria



Struttura di Tolentino:

Posti letto

Tipologia	
DS	10
LD	20
CI	20

1. Presenza del centro Dialisi Assistenza Decentrata (CAD)
2. Presenza punto prelievo
3. Presenza del mezzo di soccorso avanzato (M.S.A.) h 24, che assicura gli interventi di emergenza urgenza territoriale e partecipa alle Prestazioni di Primo Intervento come regolamentato dalla L. 36/98 e ss.mm.ii
4. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG / PLS
5. Presenza del medico di continuità assistenziale
6. Presenza dei seguenti Ambulatori e Attività:

Attività specialistica di Dermatologia

Attività specialistica di Psichiatria

Attività specialistica di Cardiologia

Attività specialistica di Otorino

Attività specialistica di Pediatria

Attività di Diagnostica per immagini

Attività specialistica di Nefrologia e Dialisi

Attività di Analgesia / Terapia del Dolore

Attività specialistica di Chirurgia

Attività specialistica di Oculistica

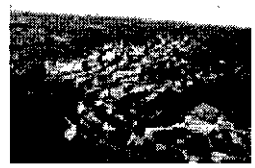
Attività specialistica di Medicina

Attività specialistica di Ostetricia e Ginecologia

Attività specialistica di Oncologia

Attività specialistica di Fisiatria

Attività specialistica di Urologia



Struttura di Treia:

Posti letto

Tipologia	
LD e Riabilitazione	40

1. Presenza punto prelievo
2. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG / PLS
3. Presenza del medico di continuità assistenziale
4. Presenza del mezzo di soccorso base (M.S.B.) h 24.
5. Presenza medico internista H12 notturno
6. Presenza dei seguenti Ambulatori e Attività:

Attività specialistica di Oculistica

Attività specialistica di Ostetricia e Ginecologia

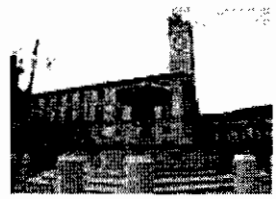
Attività specialistica di Fisiatria

Attività di Diagnostica per Immagini

Attività specialistica di Otorino

Attività specialistica di Dermatologia

Attività specialistica di Odontoiatria



Struttura di Matelica:

Posti letto

Tipologia	
Riabilitazione intensiva	10
Riabilitazione estensiva	10

1. I posti letto di riabilitazione sono gestiti da una struttura privata accreditata
2. Presenza di 20 posti letto di RSA
3. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG / PLS
4. Presenza del medico di continuità assistenziale
5. Presenza del mezzo di soccorso avanzato (M.S.A.) h 12 (diurna), che assicura gli interventi di emergenza urgenza territoriale e partecipa alle Prestazioni di Primo Intervento come regolamentato dalla L. 36/98 e ss.mm.ii
6. Presenza del mezzo di soccorso infermieristico (M.S.I.) h 12 (notturna)
7. Presenza punto prelievo
8. Presenza dei seguenti Ambulatori e Attività:

Attività specialistica di Diabetologia
Attività specialistica di Chirurgia
Attività specialistica di Oculistica
Attività specialistica di Medicina
Attività specialistica di Ostetricia e Ginecologia
Attività specialistica di Oncologia
Attività specialistica di Fisiatria
Attività specialistica di Urologia
Attività specialistica di Neurologia
Attività specialistica di Pneumologia
Attività specialistica di Geriatria
Attività specialistica di Dermatologia
Attività specialistica di Odontoiatria
Attività specialistica di Cardiologia
Attività specialistica di Otorino
Attività di Stomatoterapia
Attività di Diagnostica per immagini
Attività specialistica di Ortopedia
Attività specialistica di Ematologia
Attività di Angiologia/ecodoppler
Attività specialistica di Endocrinologia



Struttura di Montegiorgio:

Posti letto

Tipologia	
CI	20

1. Si aggiungono ai posti letto di cure intermedie gli attuali posti letto di residenza protetta che verranno trasferiti nella struttura
2. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG / PLS
3. Presenza del medico di continuità assistenziale
4. Presenza del mezzo di soccorso avanzato (M.S.A.) h 24, che assicura gli interventi di emergenza urgenza territoriale e partecipa alle Prestazioni di Primo Intervento come regolamentato dalla L. 36/98 e ss.mm.ii
5. Presenza punto prelievo
6. Presenza dei seguenti Ambulatori e Attività:

Attività specialistica di Odontoiatria	Attività specialistica di Cardiologia
Attività specialistica di Psichiatria	Attività specialistica di Oculistica
Attività specialistica di Fisiatria	Attività specialistica di Otorino
Attività specialistica di Ostetricia e Ginecologia	Attività specialistica di Dermatologia
Attività specialistica di Urologia	Attività di Diagnostica per immagini



Struttura di Sant'Elpidio a Mare:

Posti letto

Tipologia	
CI	20

1. Si aggiungono ai posti letto di cure intermedie gli attuali posti letto di residenza protetta che verranno trasferiti nella struttura
2. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG / PLS, che nella fascia diurna assicuran o le Prestazioni di Primo Intervento come regolamentato dalla L. 36/98 e ss.mm.ii
3. Presenza del medico di continuità assistenziale
4. Presenza punto prelievo
5. Presenza del mezzo di soccorso base (M.S.B.) h 24.
6. Presenza di ambulatorio internistico per patologie minori
7. Presenza dei seguenti Ambulatori e Attività:

Attività specialistica di Odontoiatria

Attività specialistica di Cardiologia

Attività specialistica di Geriatria

Attività specialistica di Oculistica

Attività specialistica di Fisiatria

Attività specialistica di Otorino

Attività specialistica di Ostetricia e Ginecologia

Attività specialistica di Dermatologia

Attività specialistica di Urologia

Attività di Diagnostica per immagini

Attività di Medicina sportiva

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE di SOCCORSO (RTS)

Premessa

La debolezza storica del Servizio sanitario regionale è rappresentata dal numero eccessivo di Ospedali, ben 33, 15 dei quali con posti letto compresi tra 20 e 68, numero totalmente insufficiente, per gli standard scientifici attuali, a garantire sicurezza di cure per l'acuzie.
Da qui la necessità di trasformare questi Ospedali in Case della Salute, dedicate a funzioni di tipo territoriale o di lungodegenza, lasciando ai Presidi Ospedalieri di Area Vasta e alle Aziende (Ospedaliera, Ospedaliero Universitaria e INRCA) le funzioni per l'acuzie, in una gradualità di interventi (di primo e secondo livello) come previsto dalle recenti disposizioni legislative.
La nuova organizzazione a rete consente di superare la frammentazione ospedaliera, ma può funzionare solo in presenza di una rete di trasporti di emergenza diffusa sul territorio.
I due pilastri della nuova organizzazione risultano, pertanto:

- La "rete" di strutture e servizi differenziati per intensità delle cure fornite (per l'acuzie, la post acuzie, la riabilitazione, il domicilio)
- Il sistema dei trasporti sanitari e di emergenza che porti il paziente nella sede giusta, nel tempo giusto.

Come noto, il Sistema dell'Emergenza Urgenza opera attraverso:

1. Le Centrali operative 118;
2. la Rete Territoriale del Soccorso (RTS);
3. La Rete ospedaliera.

La presente proposta di riorganizzazione della Rete Territoriale di Soccorso non prevede riduzioni di costi per recuperare parte del minor finanziamento 2013, pari a -188 milioni di Euro rispetto al 2011, ma anzi comporta un investimento ulteriore, tenendo conto che già ora i mezzi di soccorso in attività sono superiori a quelli che dovremmo avere sulla base degli standard e ciò al fine di coprire in modo adeguato il territorio di Area Vasta, garantendo i servizi anche sui territori montani particolarmente ampi, ancorché con popolazione scarsa.
È prevista una riclassificazione dei mezzi di soccorso (MS) nelle tre tipologie (MSA, con medici e infermieri, MSI con Infermieri, MSB con volontari), garantendo un MSA aggiuntivo in ciascuna Centrale 118 come jolly per coprire eventuali richieste eccedenti le attuali.
L'intero servizio è organizzato in maniera unitaria in tutto il territorio regionale, superando l'attuale frammentazione e diverrà più efficiente grazie all'assunzione di quella parte dei medici del 118 oggi ancora con rapporto convenzionale e grazie al potenziamento delle competenze degli equipaggi infermieristici.

Principi

La razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale di soccorso, dettata dalle esigenze di contenimento della spesa, non deve penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino.
A tal fine è evidente che l'emergenza deve essere garantita ai massimi livelli, rappresentando un momento critico per l'intero sistema sanitario.
Occorre garantire un servizio diffuso capillarmente sul territorio, in grado di assicurare la risposta più appropriata e tempestiva nel luogo ove si verifica l'evento, di garantire il supporto delle funzioni vitali, di identificare nel minor tempo possibile i bisogni diagnostici e terapeutici e di trasportare in sicurezza il paziente nella struttura più idonea per il trattamento definitivo.

Quest'ultima sarà individuata all'interno del percorso di ridefinizione delle reti cliniche e delle sedi di trattamento, utilizzando la valutazione comparata delle richieste del territorio con le prestazioni realmente effettuate, come documentato dalle SDO.
La riorganizzazione della Rete Territoriale di Soccorso presuppone un'organizzazione unitaria su tutto il territorio regionale, facente capo all'ASUR, gestita con procedure condivise dalle Centrali Operative territoriali 118.
Al fine di ottimizzare le risorse esistenti è necessario prevedere l'integrazione della Continuità Assistenziale nella rete di emergenza territoriale.

Situazione attuale della RTS:

La configurazione della tipologia e della dislocazione attuale dei mezzi di soccorso è basata sulle indicazioni della normativa vigente (legge regionale n. 36/98, come modificata dalla legge regionale n.13/2008).
L'attuale tipologia dei mezzi di soccorso e la loro distribuzione territoriale è rappresentata dalla seguente tabella:

RETE TERRITORIALE DI SOCCORSO		*Situazione attuale*		
Centrale Operativa Territoriale 118		*MSA*	*MSI*	*MSB*
PESARO SOCCORSO	367.000 ab. 2.564 Kmq	9,5	4,0	1,0
ANCONA SOCCORSO	481.000 ab. 1.933 Kmq	9,0	3,0	18,0
MACERATA SOCCORSO	329.000 ab. 2.781 Kmq	6,5	4,0	10,5
PICENO SOCCORSO	392.000 ab. 2.121 Kmq	6,5	2,0	16,0
REGIONE MARCHE	1.569.000 a. 9.399 Kmq	**31,5**	**13,0**	**45,5**

Dall'esame della tabella emergono alcune considerazioni circa la situazione attuale comparata con gli standard di riferimento che saranno descritti appresso:

- Sono presenti MSA in numero superiore rispetto agli standard;
- Sono presenti MSI, mezzi di costo e attività intermedia tra MSA e MSB, il cui fabbisogno non è descritto negli standard;
- In Pesaro Soccorso si apprezza un'elevata capacità di trattamento (MSA) e una ridotta capacità di trasporto (MSB), anche in relazione alla ridotta presenza delle Associazioni di Volontariato;

- In Ancona Soccorso si apprezza una capacità di trattamento superiore agli standard in alcune porzioni territoriali ed un'adeguata capacità di trasporto;
- In Macerata Soccorso risultano adeguate capacità di trattamento e trasporto;
- In Piceno Soccorso risultano adeguata capacità di trattamento e eccesso di capacità di trasporto in alcune porzioni territoriali.

Definizioni e Standard di riferimento

Le tipologie dei Mezzi di Soccorso previste sono le seguenti:

- MSA: Mezzo di Soccorso Avanzato, il cui equipaggio è costituito da Medico Emergenza Territoriale, Infermiere ed Autista Soccorritore. Tale mezzo può operare come Ambulanza Medicalizzata o come Automedica; quest'ultima tipologia è prevista quando nel suo raggio d'azione sono disponibili almeno tre MSB, con cui può intervenire direttamente o indirettamente, una volta che si è liberata dal precedente intervento o là dove il suo intervento non risulti necessario. Il razionale è nella possibilità di rapido intervento sanitario a vantaggio di più mezzi di base, anche contemporanei, con utilizzo più efficiente sia nel personale sanitario impiegato sia delle attrezzature (avanzate), specie elettromedicali.
- MSI: Mezzo di Soccorso Infermieristico, il cui equipaggio è costituito da Infermiere ed Autista Soccorritore; attualmente previsto solo a bordo di Ambulanza.
- MSB: Mezzo di Soccorso Base, il cui equipaggio è costituito da Soccorritore ed Autista Soccorritore, adeguatamente formato ai sensi della DGR 1405/2002, abilitati all'uso del defibrillatore semiautomatico;
- ELIAMBULANZA: Mezzo di Soccorso Avanzato, il cui equipaggio HEMS è costituito da Medico Rianimatore, Infermiere, Pilota e Tecnico di Volo, salvo diversa configurazione in caso di intervento SAR.

Per formulare la proposta di nuova organizzazione della RTS sono stati analizzati i più recenti modelli disponibili per la valutazione teorica del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati e di base:

Linee Guida Guzzanti, 1996:

- Criteri temporali: tempo d'arrivo del primo mezzo di soccorso in caso di urgenza (Codice rosso e giallo) 8 minuti territorio urbano e 20 minuti territorio extraurbano.

Agenas, Monitor 27 del 2011:

- MSA = 1 ogni 60.000 abitanti o non superiore a 350 Kmq.

(abitanti/60.000) + (superficie/350 kmq)/2

(Popolazione residente in pianura/60.000 + popolazione residente in montagna/40.000 + superficie di pianura/350 + superficie di montagna/300)/2

- MSB = (Popolazione residente in pianura/50.000 + popolazione residente in montagna/20.000)/2 x 1440 min (24 h) = Minuti di Assistenza BLS/Giorno.
- MSB differenziare fabbisogno tra fasce orarie diurne e notturne.

- ELIAMBULANZA: 1 mezzo diurno per interventi compresi tra 700 e 1200/anno;

1 mezzo notturno per interventi compresi tra 500 e 700/anno.

Fimeuc-Simeu, 2011:

- MSA h 24 = fino 150-250.000 abitanti aree metropolitane. = ogni 50 - 100.000 abitanti aree suburbane o rurali
- MSI h 24 = fino a 50.000 abitanti aree urbane, suburbane, rurali

Bozza Balduzzi, 2012:

- MSA = 1 ogni 60.000 abitanti o non superiore a 350 Kmq.
- ELIAMBULANZA: 1 mezzo diurno per una media di interventi pari a 600/base/anno;

1 mezzo notturno per una media di interventi pari a 550/anno.

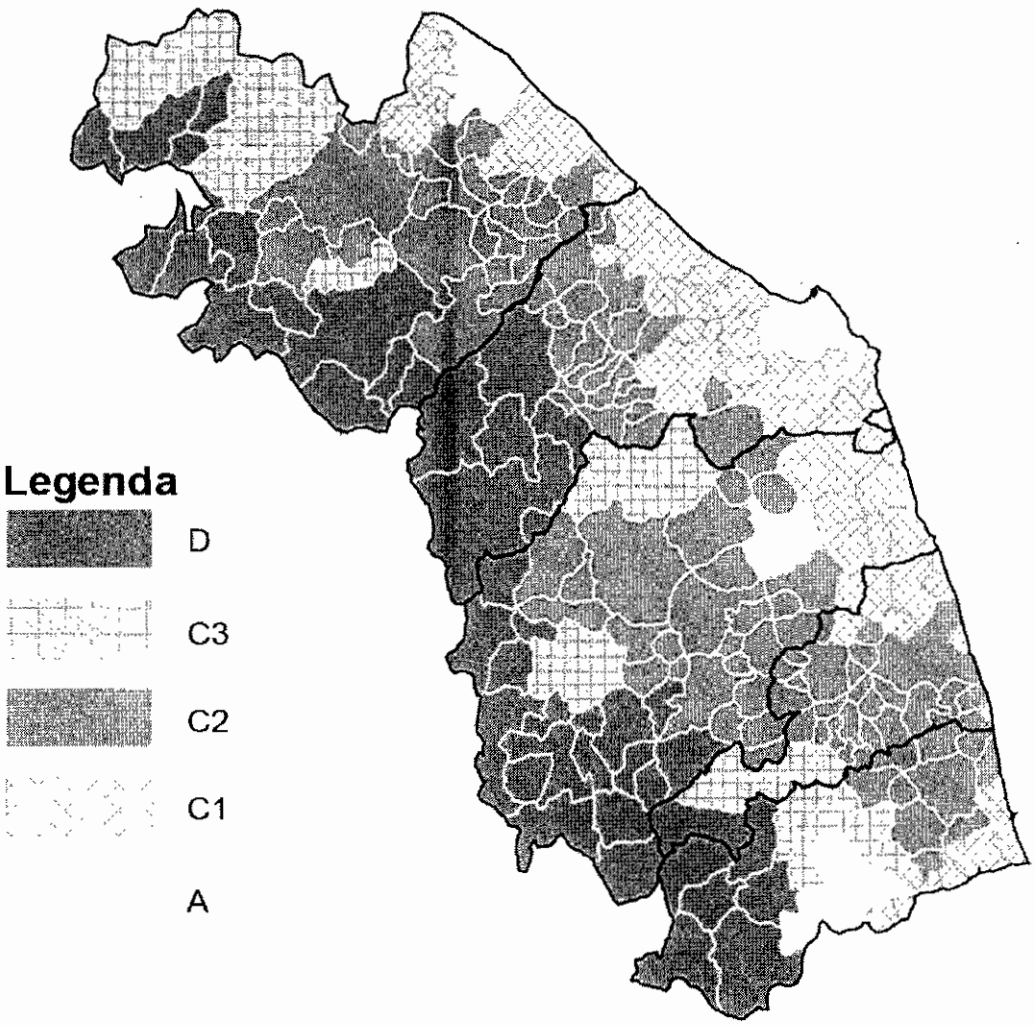
SIS 118, 2012:

- MSA = (Popolazione residente in pianura/60.000 + popolazione residente in montagna/40.000 + superficie di pianura/350 + superficie di montagna/300)/2
  Tempo di impegno per singola equipe di soccorso non superiore a 10 ore/24 h.
- MSI = facoltative, impiegate ad integrazione delle MSA in aree particolarmente disagiate o con bassa popolazione residente, sulla base di protocolli BLSD o ALS definiti.

I principali modelli standard presi a riferimento sono stati elaborati anche in considerazione della specifica orografia del territorio di ogni singola Centrale Operativa territoriale 118 e della relativa densità abitativa (Standard Agenas 2011).
Si tenga in considerazione che in base ad un'elaborazione IFEL – Dipartimento Economia Territoriale su dati ISTAT 2011, il numero dei Comuni montani nella Regione Marche è pari a 96 (40,2%), mentre i Comuni non montani sono 143 (59,8).
L'elenco dei Comuni montani e parzialmente montani, pari ad un totale di 114, è tratto da Elaborazione Regione Marche su dati ISTAT 2011.
Il fabbisogno di MSA è calcolato prendendo in considerazione la popolazione residente in Comuni montani o parzialmente montani e quella residente in Comuni non montani per ciascuna Area Vasta, oltre alla superficie relativa a ciascuno di questi Comuni.
I dati sulla popolazione sono stati tratti dalla Rilevazione ISTAT 2011.
La FORMULA APPLICATA è la seguente:
(Popolazione Non Montana/60.000 + Popolazione Totalmente e parzialmente Montana/40.000 + Superficie Comuni Non Montani/350 KM2 + Superficie Comuni Totalmente e parzialmente Montani/300 KM2) : 2 = MSA.

REGIONE MARCHE:

Orografia ed Insediamenti



Area	Denominazione	Comuni		Superficie		Popolazione		Densità
		numero	%	km²	%	migliaia	%	ab/km²
D	Rurale con problemi di sviluppo	45	18%	3.022	31%	112	8%	37
C3	Rurale intermedia con vincoli naturali	34	14%	1.221	13%	72	5%	59
C2	Rurale intermedia a bassa densità abitativa	111	45%	3.413	35%	382	26%	112
C1	Rurale intermedia industrializzata	52	21%	1.537	16%	621	42%	404
A	Poli urbani	4	2%	501	5%	284	19%	567
	Totale Marche	**246**	**100%**	**9.693**	**100%**	**1.471**	**100%**	**152**

Fonte: elaborazione Regione Marche (OAM) su dati ISTAT 2001

Sulla base dei dati sopra richiamati è stata formulata un'ipotesi di fabbisogno standard teorico, come quella riportata nella tabella seguente.
Si precisa che l'ipotesi è limitata al fabbisogno di MSA e di MSB, mentre non è stato calcolato il valore ideale di MSI in quanto nei modelli standard teorici il fabbisogno non è indicato con parametri precisi.

Tuttavia, si deve notare che il numero di MSI è stato comunque inserito nella tabella, all'interno della voce MSB, essendo consapevoli che il MSI, è un mezzo di soccorso decisamente superiore a quello base in termini di capacità assistenziale e correlati costi.

RETE TERRITORIALE DI SOCCORSO		STANDARD (Agenas 2011)		STANDARD (Bozza Balduzzi 2012)	
Centrale Operativa Territoriale 118		MSA	MSB	MSA	MSA
				X Popolazione servita	*X Superficie competenza*
PESARO SOCCORSO	367.000 ab.	**7,75**	**11,6**	**6,11**	
	2.564 Kmq				**7,32**
ANCONA SOCCORSO	481.000 ab.	**7,17**	**11,54**	**8,01**	
	1.933 Kmq				**5,52**
MACERATA SOCCORSO	329.000 ab.	**7,68**	**10,63**	**5,5**	
	2.781 Kmq				**7,94**
PICENO SOCCORSO	392.000 ab.	**7,03**	**10,64**	**6,53**	
	2.121 Kmq				**6,06**
REGIONE MARCHE	1.569.000 ab.	**29,63**	**44,41**	**26,15**	**26,84**
	9.399 Kmq				

La NUOVA ORGANIZZAZIONE RTS:

La valutazione teorica del fabbisogno di mezzi di soccorso, avanzati e di base, nella Regione Marche, come sopra individuata sulla base degli standard, costituisce punto di riferimento per la nuova organizzazione della RTS, ma, come già anticipato, la dotazione definitiva che si propone è qualitativamente e quantitativamente superiore.

Ciò in quanto alla RTS è affidato il compito strategico di favorire la riconversione dei Piccoli Ospedali in Case della Salute e i percorsi individuati nella ridefinizione delle reti cliniche, migliorando la qualità complessiva dell'offerta sanitaria.

Pertanto, la nuova organizzazione della RTS deve perseguire i seguenti obiettivi:

1. Fornire la risposta più appropriata e tempestiva nel luogo ove si verifica l'evento, garantendo il supporto delle funzioni vitali, identificare nel minor tempo possibile i bisogni diagnostici e terapeutici e trasportare in sicurezza il paziente nella struttura più idonea per il trattamento definitivo.

2. Garantire nelle Case della Salute, durante lo stand by, l'assistenza ai ricoverati (ove presenti) e prestazioni ambulatoriali ad accesso diretto.

3. Garantire la copertura dei tempi d'intervento per raggiungere l'Ospedale di trattamento definitivo, nel rispetto dei percorsi di rete clinica.

4. Potenziare la capacità di risposta in occasione di eventi a carattere straordinario, incidenti maggiori, maxiemergenze, stagionalità.

5. Integrarsi con le ambulanze ospedaliere per i trasporti secondari tempo dipendenti, così come previsto nella DGRM 292/2012, a vantaggio dei pazienti critici degenti negli Ospedali di rete. Analoga previsione è contenuta anche nella cosiddetta "Bozza Balduzzi" *("garantire, in tal modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati").*

Per raggiungere i suddetti obiettivi la riorganizzazione della RTS prevede sia una diversa allocazione degli attuali mezzi di soccorso, sia un loro potenziamento, garantito anche dalla previsione di una MSA aggiuntiva (jolly) per ciascuna Centrale Operativa Territoriale 118, come specificato nella seguente Tabella:

NUOVA DOTAZIONE RTS		
MEZZO	**EQUIPAGGIO**	**TOTALE**
Elisoccorso	Rianimatore + Infermiere + Pilota + Tecnico volo	**2**
MSA Jolly	Medico 118 + Infermiere + Autista soccorritore	**4**
MSA	Medico 118 + Infermiere + Autista soccorritore	**28,5**
MSI	Infermiere + Autista soccorritore	**15**
MSB	Autista + Soccorritore BLSD	**47**

Nella Tabella seguente è descritta la distribuzione dei Mezzi di soccorso, distinti per tipologia, in ciascuna delle quattro Centrali Territoriali:

RETE TERRITORIALE DI SOCCORSO		**PROPOSTA**		
Centrale Operativa Territoriale 118		**MSA**	**MSI**	**MSB**
PESARO SOCCORSO	367.000 ab. 2.564 Kmq	8,5	4,5	6
ANCONA SOCCORSO	481.000 ab. 1.933 Kmq	9	5	15
MACERATA SOCCORSO	329.000 ab. 2.781 Kmq	8	3	12
PICENO SOCCORSO	392.000 ab. 2.121 Kmq	7	2,5	14
REGIONE MARCHE	1.569.000 a. 9.399 Kmq	**32,5**	**15**	**47**

Il confronto tra standard e nuova dotazione proposta, rappresentato nella Tabella seguente, evidenzia che la nuova dotazione proposta prevede tra 18.5 e 23 mezzi di soccorso in più rispetto agli standard.
In particolare, i mezzi di soccorso avanzato (MSA) sono superiori di 3-6 unità rispetto agli standard e i mezzi di soccorso di base sono superiori di 17.6 unità, senza contare che ben 15 di questi ultimi sono rappresentati nella Marche da MSI, mezzi di soccorso intermedio, con Infermieri a bordo e non semplici Volontari.

CONFRONTO STANDARD / NUOVA RTS		
MEZZO	**STANDARD**	**NUOVA**
Elisoccorso	**1/2**	**2**
TOT	**1/2**	**2**
MSA Jolly	**0**	**4**
MSA	**26,1 / 29,6**	**28,5**
TOT	**26,1 / 29,6**	**32,5**
MSI	**0**	**15**
MSB	**44,4**	**47**
TOT	**44,4**	**62**
TOTALE	**71,5 / 76**	**94,5**

Le tabelle seguenti mostrano la distribuzione per ciascuna Centrale Territoriale 118 dei Mezzi di soccorso, nelle diverse tipologie:

RTS

	Area Vasta	Standard			Progetto		
		6 H	6 H	12 H	6 H	6 H	12 H
PESARO SOCCORSO	AV1	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV1	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV1	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV1	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV1	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV1	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV1	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV1		MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV1	MSB	MSB	MSB	MSA	MSA	
	AV1	MSB	MSB	MSB	MSI	MSI	MSI
	AV1	MSB	MSB	MSB	MSI	MSI	MSI
	AV1	MSB	MSB	MSB	MSI	MSI	MSI
	AV1	MSB	MSB	MSB	MSI	MSI	MSI
	AV1	MSB	MSB	MSB	MSI	MSI	
	AV1	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB
	AV1	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB
	AV1	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB
	AV1	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB
	AV1	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB
	AV1	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB

RTS

	Area Vasta	Standard			Progetto		
		6 H	6 H	12 H	6 H	6 H	12 H
ANCONA SOCCORSO	AV2	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV2	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV2	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV2	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV2	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV2	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV2	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
	AV2	MSA			MSA	MSA	MSA
	AV2	MSB	MSB	MSB	MSA	MSA	MSA
	AV2	MSB	MSB	MSB	MSI	MSI	MSI
	AV2	MSB	MSB	MSB	MSI	MSI	MSI
	AV2	MSB	MSB	MSB	MSI	MSI	MSI
	AV2	MSB	MSB	MSB	MSI	MSI	MSI
	AV2	MSB	MSB	MSB	MSI	MSI	
	AV2	MSB	MSB	MSB	MSI	MSI	
	AV2	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB
	AV2	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB
	AV2	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB
	AV2	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB	MSB
	AV2		MSB	MSB	MSB	MSB	MSB
	AV2				MSB	MSB	MSB
	AV2				MSB	MSB	MSB
	AV2				MSB	MSB	MSB
	AV2				MSB	MSB	MSB
	AV2				MSB	MSB	MSB
	AV2				MSB	MSB	MSB
	AV2				MSB	MSB	MSB
	AV2				MSB	MSB	
	AV2				MSB	MSB	
	AV2				MSB	MSB	
	AV2				MSB	MSB	

RTS

	Area Vasta	Standard				Progetto		
		6 H	6 H	12 H		6 H	6 H	12 H
MACERATA SOCCORSO	AV3	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV3	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV3	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV3	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV3	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV3	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV2*	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV3		MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV3	MSB	MSB	MSB		MSI	MSI	MSI
	AV3	MSB	MSB	MSB		MSI	MSI	MSI
	AV3	MSB	MSB	MSB		MSI	MSI	MSI
	AV3	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV3	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV3	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV3	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV3	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV3	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV3	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV3	MSB	MSB			MSB	MSB	MSB
	AV3	MSB				MSB	MSB	MSB
	AV2					MSB	MSB	MSB
	AV3					MSB	MSB	MSB
	AV3					MSB	MSB	
	AV2*					MSB	MSB	

RTS

	Area Vasta	Standard				Progetto		
		6 H	6 H	12 H		6 H	6 H	12 H
PICENO SOCCORSO	AAVV4-5	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV5	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV4	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV4	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV4	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV5	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV5	MSA	MSA	MSA		MSA	MSA	MSA
	AV4	MSB	MSB	MSB		MSI	MSI	MSI
	AV5	MSB	MSB	MSB		MSI	MSI	MSI
	AV5	MSB	MSB	MSB		MSI	MSI	
	AV4	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV4	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV4	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV4	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV4	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV4	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV4	MSB	MSB	MSB		MSB	MSB	MSB
	AV5	MSB	MSB			MSB	MSB	MSB
	AV5					MSB	MSB	MSB
	AV5					MSB	MSB	MSB
	AV5					MSB	MSB	MSB
	AV5					MSB	MSB	MSB
	AV5					MSB	MSB	MSB
	AV5					MSB	MSB	MSB

Nella seguente Tabella sono riportate sede e tipologia delle PoTES, come stabilito dalla legge regionale n. 36/98.

LOCALIZZAZIONE PoTES	TIPOLOGIA	SITO	ORARIO
CO118 - Pesaro Soccorso	MSA-Ambulanza	Territorio AV 1	H 24
Pesaro	MSA-Automedica	Ospedale DEA 1°	H 24
Montecchio	MSA-Ambulanza	Distretto Sanitario	H 12 (8-20)
Urbino/Urbania	MSA-Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24
Sassocorvaro	MSA-Ambulanza	C.d.S. PPI	H 24
Fano	MSA-Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24
Fossombrone	MSA-Ambulanza	C.d.S.	H 24
Cagli	MSA-Ambulanza	C.d.S.	H 24
Pergola	MSA-Ambulanza	PPI	H 24
CO118 - Ancona Soccorso	MSA-Ambulanza	Territorio AV 2	H 24
Ancona Centro	MSA-Automedica	Distretto Sanitario Ex CRAS	H 24
Ancona Torrette	MSA-Automedica	A.O.U. DEA 2° Torrette	H 24
Chiaravalle	MSA-Ambulanza	C.d.S.	H 12 (20-8)
Falconara	MSA-Ambulanza	Sede P.A. Croce Gialla	H 12 (8-20)
Loreto/Osimo	MSA-Automedica	C.d.S. PPI	H 24
Senigallia	MSA-Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24
Jesi	MSA-Automedica	Ospedale DEA 1°	H 24
Fabriano	MSA-Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24
Sassoferrato	MSA-Ambulanza	C.d.S. Sassoferrato	H 24
CO118 - Macerata Soccorso	MSA-Ambulanza	Territorio AV3	H 24
Macerata	MSA-Automedica	Ospedale DEA 1°	H 24
Tolentino	MSA-Ambulanza	C.d.S.	H 24
Civitanova Marche	MSA-Automedica	Ospedale DEA 1°	H 24
Recanati	MSA-Ambulanza	C.d.S.	H 24
Camerino	MSA-Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24
Matelica	MSA-Ambulanza	C.d.S.	H 12 (8-20)
San Severino Marche	MSA-Ambulanza	Ospedale PPI	H 12 (20-8)
Cingoli	MSA-Ambulanza	C.d.S.	H 24
CO118 - Piceno Soccorso	MSA-Ambulanza	Territorio AAVV 4 e 5	H 24
Porto S. Giorgio/Fermo	MSA-Automedica	Distretto Sanitario	H 24
Montegiorgio	MSA-Automedica	C.d.S.	H 24
Amandola	MSA-Ambulanza	PPI	H 24
Ascoli Piceno	MSA-Automedica	Ospedale DEA 1°	H 24
Offida	MSA-Ambulanza	Distretto Sanitario	H 24
San Benedetto del Tronto	MSA-Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24

ULTERIORI INNOVAZIONI DEL SISTEMA DELL'EMERGENZA URGENZA.

La nuova organizzazione della RTS è parte del percorso di riorganizzazione complessiva del Sistema dell'emergenza urgenza, che sarà completato con le modifiche da apportare alla legge regionale di settore, n. 36/98, come modificata dalla legge regionale n. 13/08, che si rende necessario anticipare per accompagnare l'avvio della riconversione dei Piccoli Ospedali, stabilita dal Piano sanitario regionale 2012/2014 e dalla DGRM 1696/2012.
Ulteriori provvedimenti di riorganizzazione sono necessari e possono essere attuati, almeno in parte, alla luce delle attuali normative regionali: essi riguardano la ridefinizione dei compiti e delle integrazioni di alcuni soggetti coinvolti nel Sistema dell'Emergenza Urgenza per favorirne un nuovo protagonismo e una maggiore integrazione con i soggetti tradizionalmente deputati a svolgere queste funzioni.
Tre sono le aree che necessitano di attenzione:
A) Ruolo della Continuità Assistenziale.
B) Modifica del rapporto convenzionale dei Medici del 118.
C) Potenziamento delle funzioni dell'Infermiere Professionale.

Si prende atto che l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", ai sensi dell' articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, di cui al Rep. Atti n. 36/CSR del 7 febbraio 2013, contiene indicazioni che sono in linea con le proposte di riorganizzazione formulate nel presente documento, nonché con quelle relative alla riconversione dei Piccoli Ospedali.

A) Ruolo della Continuità Assistenziale (CA).
La necessità di integrare in modo più qualificato ed efficace i Professionisti della Continuità Assistenziale (CA) nella complessiva riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale è da tempo oggetto di condivisione tra quanti si occupano di programmazione dell'assistenza sanitaria e indicazioni al riguardo si trovano in diverse normative, che fino ad ora non hanno però trovato compiuta applicazione.
La potenzialità del servizio di CA è sotto utilizzata rispetto al patrimonio di esperienza accumulato nel corso degli anni, con Professionisti che sempre meno possono essere qualificati come "giovani medici", avendo ormai raggiunto un'età media piuttosto elevata.
Fin dalla sua costituzione il servizio di CA ha sofferto di un'ambiguità circa il suo ruolo, posto a cavallo tra la Rete territoriale e la Rete delle emergenze e l'occasione dell'attuale riorganizzazione appare strategica per sviluppare interazioni tra questi due settori, ponendosi la Casa della Salute come luogo fisico in cui si realizza un importante sviluppo verso l'assistenza territoriale, oltre che come luogo di riferimento per le postazioni di emergenza territoriale.
Ribadito che la CA afferisce alle Cure Primarie ed è parte integrante delle attività distrettuali, contribuendo a realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, la riorganizzazione che qui si propone ha l'obiettivo di offrire *"un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali"*, come disposto dal D.Lgs. 13 settembre 2012, n. 158.
A tal fine si rendono necessari:

- Una più corretta distribuzione delle postazioni, con adeguato dimensionamento in funzione dei volumi e della tipologia di attività, nonché della vastità del territorio e delle condizioni oro geografiche del territorio.

- Un'ottimizzazione degli interventi, con presa in carico delle chiamate dell'utenza finalizzate a garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza primaria, sulla base di protocolli condivisi con MMG, Distretto, C.O. 118 per le parti di interazione. Attività controllata attraverso il "sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" istituito ai sensi del D.M. 17/12/2008.
- L'utilizzo delle dotazioni tecnologiche della Centrale Operativa territoriale 118 da parte della Continuità Assistenziale.

Gli attuali riferimenti normativi ed accordi regionali consentono di formulare una proposta di riorganizzazione coerente con i presupposti sopra enunciati.
In particolare la legge regionale n. 13/08, laddove stabilisce:
Comma 1: *"... Spetta alle Centrali Operative territoriali ricevere e gestire le chiamate relative all'attività di Continuità Assistenziale d'urgenza nelle ore prefestive, festive e notturne...*
A tal fine i medici sono dotati di strumenti adatti a mantenere il costante collegamento con la CO".
Comma 2: *"... In considerazione della nuova organizzazione del sistema di emergenza sanitaria, le sedi di servizio dell'attività di Continuità Assistenziale sono rideterminate secondo parametri rispondenti alle reali necessità del territorio e comunque facendo in modo che ogni sede assista almeno 20.000 abitanti. Nei Comuni montani svantaggiati ed in quelli che attualmente usufruiscono dei benefici di cui all'obiettivo 5b dell'Unione Europea, la Giunta regionale può concedere Deroghe rispetto al numero degli abitanti, tenendo conto della vastità del territorio e delle caratteristiche di viabilità".*
Comma 3: *"... di norma il servizio di Continuità Assistenziale ha sede in strutture sanitarie o presso le associazioni di volontariato o la CRI..."*
La riorganizzazione della CA è un processo graduale, che dovrà essere completato anche attraverso la sottoscrizione di appositi protocolli a valenza regionale nei quali siano indicati le interazioni con il Sistema 118 e i rispettivi ambiti di attività, l'utilizzo, secondo quanto previsto dalle Convenzioni, a supporto dello sviluppo delle attività Distrettuali, sia domiciliari che Residenziali (Case della Salute), l'inserimento all'interno del sistema di monitoraggio delle attività.
Tuttavia, sin d'ora è necessario prevedere due aspetti di riorganizzazione che sono strategici:

- <u>Costituzione della Centrale Operativa della Continuità Assistenziale</u>.

Per rendere efficace e sostenibile il processo di riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale si prevede la centralizzazione delle chiamate su un numero unico, allocando la gestione delle chiamate presso le quattro Centrali Operative territoriali 118.
A tal fine si prevede un nucleo di gestione dedicato e un medico di Continuità Assistenziale che direttamente filtra le chiamate, avendo il vantaggio di utilizzare le dotazioni tecnologiche, informatiche ed organizzative delle Centrali Operative territoriali 118.
In tal modo è possibile ottimizzare gli interventi, ridurre i tempi di attesa delle visite, monitorizzare correttamente le attività, soddisfare i bisogni informativi come previsto dal D.M. 17/12/2008.

- <u>Rideterminazione delle Postazioni di CA</u>

Le postazioni di CA sono rideterminate sulla base dei seguenti indicatori/obiettivi:

- Numero e tipologia di prestazioni attuali comprese le prestazioni ambulatoriali;
- Popolazione afferente al bacino d'utenza;
- Distanze tra i comuni e orografia del territorio;

- Eventuali incrementi della popolazione che si verificano solo in alcuni periodi dell'anno;
- Nuova configurazione della rete ospedaliera, dell'Emergenza-Urgenza e di quella territoriale, tenendo conto in particolare della costituzione delle case della Salute.

In considerazione della nuova organizzazione del sistema di emergenza sanitaria, le sedi di servizio dell'attività di continuità assistenziale sono rideterminate facendo in modo che ogni sede assista almeno 20.000 abitanti, con deroghe rispetto a questo numero previste nei comuni montani svantaggiati ed in quelli che attualmente usufruiscono dei benefici di cui all'obiettivo 5b dell'Unione Europea, tenendo conto della vastità del territorio e delle caratteristiche della viabilità.
In base alla popolazione attuale e alle deroghe concesse, la Regione Marche dovrebbe avere al massimo 83 turni di continuità assistenziale, mentre ne risultano attualmente operative 95.4.

Proposta

1. Si costituisce la Centrale operativa della CA presso ciascuna Centrale Operativa Territoriale 118. A tal fine è attivato un turno di medici della CA, con il compito di fornire supervisione e consulenza, in base a protocolli condivisi con MMG, Distretto, C.O. 118, per un utilizzo più efficace ed appropriato dei servizi di continuità assistenziale del territorio di riferimento. Tutte le chiamate alla CA sono convogliate e gestite presso la centrale operativa del 118.
2. Le postazioni di CA sono collocate nelle strutture sanitarie o socio-sanitarie, in particolare nelle Case della Salute, riconducendovi eventuali postazioni collocate attualmente in sedi diverse, al fine di favorire la collaborazione operativa fra il personale della CA e le strutture ospitanti, nonché di garantire il supporto assistenziale alle strutture territoriali. Ove invece, la CA è collocata nei pressi delle aree dei PS/DEA, devono essere individuati spazi, risorse e percorsi dedicati a tali attività.
3. In applicazione delle "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", emanate dalla Conferenza permanente Stato regioni del 7 febbraio 2013, si rende necessario provvedere a:
   - o Sviluppo di protocolli tra il settore dell'emergenza ed urgenza ed il settore dell'assistenza primaria;
   - o Possibilità di attivazione nelle Case della Salute già sede di PPI con interventi superiori al minimo di 6.000/anno, di un ambulatorio di continuità assistenziale in fascia oraria diurna, gestito da MMG e PLs anche integrati con medici di continuità assistenziale, per effettuare prestazioni programmate o ad accesso diretto, che necessitano di assistenza medica. Tali attività si affiancano e potenziano quelle previste a carico del personale medico ed infermieristico del MSA durante lo *stand by*. In relazione all'avvio della riorganizzazione dei piccoli ospedali in case della salute sono previste ore di attività di continuità assistenziale equivalenti ad almeno 4 turni, da utilizzare nella fascia oraria diurna.

Sulla base degli standard di fabbisogno, la dotazione di postazioni di CA, definita per ciascun Distretto serve ad assicurare i seguenti turni:

Distretto 1: 6 turni
Distretto 2: 8 turni
Distretto 3: 7 turni

Distretto 4: 5 turni
Distretto 5: 5 turni
Distretto 6: 3 turni
Distretto 7: 11 turni

Distretto 8: 5 turni
Distretto 9: 9 turni
Distretto 10: 4 turni

Distretto 11: 8 turni

Distretto 12: 6 turni
Distretto 13: 6 turni

B) MODIFICA DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DEL 118.

L'attuale assetto organizzativo della Rete di Soccorso Territoriale presenta una debolezza strutturale conseguente al diverso inquadramento contrattuale del personale medico che vi opera, perché in parte esso è assunto con contratto di dipendenza, in parte è convenzionato.

Ciò ha creato difficoltà nell'organizzazione dei servizi, non avendo favorito l'integrazione del personale dell'Emergenza Territoriale con quello dell'Emergenza Ospedaliera, realizzata fino ad ora in modo asimmetrico sul territorio regionale.

Nella riorganizzazione della RTS, come sopra richiamato, il ruolo del personale medico del 118 diviene ancor più strategico, in particolare presso le nuove Case della Salute, ove si richiede una flessibilità di utilizzo, dovendo il medico del 118 garantire il supporto all'assistenza dei pazienti ricoverati, ove presenti e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per patologie minori nella fascia diurna, durante lo *stand by*.

Pertanto, si stabilisce di provvedere all'inquadramento nei ruoli della dipendenza del personale delle Potes che ne ha titolo.

In tal modo si potranno superare le criticità tuttora presenti nell'organizzazione del sistema di soccorso territoriale regionale, a partire dall'assegnazione del personale sanitario, sia della dirigenza sia del comparto, ad Aziende diverse (ASUR/Aziende Ospedaliere), ad U.O. diverse (DEA, Pronto Soccorso, PPI, Distretto, Centrale Operativa 118) e con rapporti di lavoro diversi (dipendenti e convenzionati).

Tali criticità determinano un utilizzo delle risorse poco appropriato, non in linea con la legge regionale 30 ottobre 1998, n. 36 "Sistema di emergenza sanitaria" e non più giustificabile alla luce della riduzione costante dei finanziamenti.

Obiettivo prioritario della riorganizzazione, pertanto, è quello di ottenere un più stretto rapporto ed una maggiore integrazione tra il personale operante nei Pronto Soccorsi/DEA e nell'Emergenza Territoriale, a partire da percorsi formativi comuni, con la previsione di interscambio operativo (nell'intervento territoriale, nell'iter diagnostico terapeutico, nell'attività di trasporto secondario urgente): a tal fine tutto il personale interessato deve essere assegnato al Dipartimento d'Emergenza Urgenza, potendo condividere in tal modo uniformi protocolli, indirizzi operativi, obiettivi di Budget.

In coerenza con la richiamata L.R. 36/1998, art 6, comma 3 e comma 9 (*La Centrale operativa costituisce un modulo organizzativo del Dipartimento di emergenza dell'ospedale in cui è attivata ed è parte integrante del Dipartimento di emergenza; La Centrale operativa si avvale di personale sanitario, individuato dal Comitato del dipartimento di emergenza competente..... In particolare è assicurato che il personale infermieristico e*

medico sia formato nel settore dell'emergenza e urgenza), Art 8, comma 9 e comma 11 (*Il personale sanitario delle POTES è messo a disposizione dalle Aziende sanitarie, sulla base della normativa regionale vigente; Il personale dipendente del servizio sanitario regionale, addetto stabilmente agli equipaggi di soccorso, costituisce ed opera quale parte integrante di una delle unità operative del dipartimento di emergenza....L'attività, nel territorio, degli equipaggi di soccorso è coordinata funzionalmente dalla Centrale operativa*), Allegato 1° (*3. Responsabilità medico organizzativa e funzionale [...] Il medico di centrale di turno svolge la propria attività anche presso l'unità operativa di provenienza se collocata in area contigua a quella della centrale. Lo stesso medico è dotato di adeguati mezzi di comunicazione ed effettua in via prioritaria le attività della Centrale operativa*), la nuova organizzazione prevede:

- L'assegnazione diretta alla Centrale Operativa territoriale 118 del solo personale necessario a svolgere le funzioni tradizionali di sala operativa 118 (servizio di allarme sanitario), sala maxiemergenza sanitaria, centro di coordinamento dei trasporti (CCT), nonché quelle necessarie a realizzare la centrale operativa della continuità assistenziale;
- L'assegnazione di tutto il personale che svolge soccorso territoriale alle U.O. di Pronto soccorso/DEA, presso le quali operano durante lo *stand by*, secondo protocolli condivisi con il Responsabile della C.O. 118, al quale rispondono funzionalmente ed in via prioritaria per le attività di soccorso territoriale, potendo a tal fine essere utilizzati nelle diverse postazioni territoriali, a garanzia di una migliore distribuzione dei carichi lavorativi e soprattutto del mantenimento delle competenze acquisite.

C) POTENZIAMENTO DELLE FUNZIONI DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE.

Uno dei cardini del riordino della RTS è rappresentato dall'adozione di un modello uniforme su scala regionale che superi l'attuale configurazione ancora troppo legata alla diffusione di "POTES medicalizzate" a favore di un maggior utilizzo di auto mediche in posizione di hub rispetto ai territori, con MSI (mezzi infermieristici) e MSB (mezzi di base) in funzione di spoke.

Ciò presuppone, oltre al potenziamento numerico dei MSI, una valorizzazione degli equipaggi infermieristici, cui vanno affidate nuove responsabilità, secondo protocolli condivisi.

A tal fine l'ASUR si impegna a riconoscere i protocolli infermieristici per i provvedimenti salvavita (PIST), che gli equipaggi dei MSI sono autorizzati ad effettuare negli interventi di emergenza sul territorio.