



## ALLEGATO E

### Precisazioni, indirizzi e direttive

# **ALLEGATO E**

**Precisazioni, indirizzi e direttive**

## PREMESSA

Il presente allegato contiene precisazioni, direttive ed indirizzi in ordine alla configurazione e attuazione della rete ospedaliera, elaborata sulla base dei criteri ed elementi informativi forniti dall'ASP al fine di renderla compatibile con vincoli ed esigenze di seguito riportati:

- 1) Definizione delle dotazioni delle aziende integrate ospedaliero-universitarie e policlinici che deve avvenire di concerto con le università;
- 2) Valutazione delle specificità degli IRCCS in coerenza con la programmazione sanitaria, con particolare riferimento alle attività di alta specialità e all'esigenza di garantire la ricerca;
- 3) Compatibilità con gli interventi realizzati o in corso di realizzazione mediante finanziamenti pubblici;
- 4) Adeguamento della rete ospedaliera ai criteri organizzativi del PSR con riconduzione, per quanto possibile, al modello strutturale ivi previsto, in particolare per gli ospedali di base, garantendo la presenza delle quattro discipline di base a larga diffusione;
- 5) Conferma della dotazione minima di posti letto per disciplina delle unità complesse prevista dal Piano Sanitario Regionale (PSR) per le strutture pubbliche per assicurare livelli di efficienza e qualità;
- 6) Assicurare una prima fase nel processo di riequilibrio tra le dotazioni delle macro aree pur dovendo tenere conto della peculiarità della macroarea 4 ove sono concentrate le strutture di maggiori dimensioni e complessità che costituiscono offerta per l'intera regione e per i cittadini extraregionali.

Di alcuni interventi viene dato atto con annotazione sulla relativa scheda costituente l'allegato D al decreto contenente le dotazioni rilevate dal NSIS a luglio 2010, gli interventi modificativi e le dotazioni previste.

Va precisato, in proposito, che i dati di partenza di cui al NSIS possono essere ancora non adeguati ad alcuni recenti interventi o contenere errori di trasferimento dati senza che ciò possa influire sulla riarticolazione della rete che è realizzata in relazione all'effettiva attività svolta, al fabbisogno, alla riorganizzazione delle reti di specialità alle esigenze riferite alla didattica e ricerca e così via.

Inoltre, risultano in via di accertamento alcune posizioni riguardanti il possesso dell'accREDITAMENTO che entro il 31/12/2010 dovranno essere definite per cui il presente provvedimento, a carattere programmatico, non costituisce titolo a tal fine.

### 1. POLICLINICI UNIVERSITARI

Il Campus Biomedico ha in corso di validità il protocollo d'intesa che prevede l'implementazione in progress delle attività. La dotazione prevista nel presente piano di riordino risponde alle esigenze di programmazione e considera una strutturazione intermedia atteso che nel corso del triennio, come previsto dal protocollo, dovrà essere concordato il processo di integrazione delle dotazioni fermi restando il rispetto degli standards complessivi.

Per gli altri Policlinici sono state condivise le dotazioni di posti letto che vanno ad integrare i protocolli in itinere e modificano ogni atto pregresso. Come previsto nelle ipotesi di protocollo d'intesa, al fine di soddisfare le esigenze di

didattica e ricerca, vengono "clinicizzate" strutture esterne al Policlinico Umberto I e Tor Vergata nelle strutture che verranno individuate di concerto con l'Università Tor Vergata da definirsi nei dettagli con appositi accordi integrativi, ai sensi del D.Lgs 517/99.

Per alcune discipline le dotazioni condivise con le università possono discostarsi in aumento dalle previsioni delle reti di specialità, adottate con separati decreti, laddove letti aggiuntivi devono garantire i compiti essenziali funzionali alla didattica e ricerca. Analogamente possono verificarsi situazioni per cui l'esigenza di garantire il funzionamento corretto delle reti di specialità è stato necessario prevedere integrazioni di posti letto rispetto alle intese con le università.

## **2. SPECIFICITA' DEGLI IRCCS**

Come da PSR la Regione tiene conto della specificità degli IRCCS la cui strutturazione e riconoscimento rappresenta la conclusione di un percorso di valutazione e verifica di conformità alla programmazione già partecipato al Ministero della Salute. Il presente piano di riordino, pertanto, deve realizzare anche l'obiettivo di evitare alterazioni alla missione degli istituti.

Conseguentemente, fermi restando gli standards previsti, la regione si riserva di rivalutare, entro il 31/12/2010, le singole situazioni.

Per quanto riguarda gli IRCCS di riabilitazione le dotazioni non comprendono i posti letto di alta specialità che verranno successivamente attribuiti all'esito del contenzioso amministrativo attualmente in corso al pari delle altre strutture candidate a svolgere detta attività. La riallocazione dovrà tenere conto della specificità delle strutture.

## **3. DOTAZIONI DELLE STRUTTURE PUBBLICHE ED INVESTIMENTI**

Il Piano tiene conto degli investimenti effettuati o in corso con finanziamenti pubblici. Parimenti tiene conto della ricettività complessiva delle strutture e anche della disponibilità delle sale operatorie. In particolare, l'Ospedale di Marino deputato nel futuro a sede di pronto soccorso, sarà oggetto di futura riarticolazione come previsto nella rete dell'emergenza. In tutti gli ospedali di piccole dimensioni, riconvertiti in strutture territoriali, vengono mantenute funzioni che garantiscono l'utilizzo degli investimenti effettuati.

## **4. ADEGUAMENTO DELLA RETE AI MODELLI ORGANIZZATIVI DEL PSR**

Riassumendo le vigenti previsioni del PSR in materia di riarticolazione della rete ospedaliera, così come integrate dai provvedimenti successivamente intervenuti, vengono individuati i seguenti criteri organizzativi per le strutture pubbliche, tenuto conto che la concreta riqualificazione della rete ospedaliera necessita di tempi medio-lunghi ed adattamenti in progress. La presente fase quindi deve garantire l'adeguamento complessivo agli standard previsti dal patto per la salute del 3/12/2009 all'1/01/2011 e introdurre i modelli organizzativi efficienti già previsti dalla legge 133/08.

In tale ottica, come da PSR, deve essere realizzata:

- la progressiva riqualificazione della rete ospedaliera e, soprattutto, delle grandi Aziende di rilievo nazionale, ospedali universitari e IRCCS, verso le prestazioni di alta specialità ed eccellenza;
- la sempre maggiore riqualificazione delle risposte all'emergenza;

- la riconversione dei posti letto per ospedalieri in esubero in posti letto dedicati alla residenzialità extraospedaliera risultanti carenti o strategicamente rilevanti;
- la classificazione delle strutture sanitarie basata sulla tipologia e quantità delle prestazioni erogate e sui livelli di complessità della struttura organizzativa clinica delle specialità presenti e delle tecnologie disponibili;
- la riconversione di alcune strutture ospedaliere in ospedali territoriali a diversa destinazione;

Nel corso del triennio, anche alla luce del nuovo Patto per la salute, in relazione allo stato d'avanzamento dei rinnovi dei protocolli d'intesa con le università e alla più attuale prospettiva di realizzazione di nuove strutture o ampliamento di quelle esistenti, sarà necessario procedere ad adattamenti del Piano, in particolare ai fini della concentrazione dei presidi in quelli di nuova edificazione. Inoltre saranno favorite aggregazioni e concentrazioni di strutture anche nel settore privato.

Ai fini dell'organizzazione razionale ed efficiente i presidi ospedalieri vengono articolati secondo le seguenti tipologie, fatto salvo quanto previsto dalla D.G.R. 424/06 e dal ruolo degli stessi nelle reti di specialità, con particolare riferimento ad alcune caratterizzazioni monospecialistiche (es. CTO).

#### **OSPEDALI DI PRIMO LIVELLO (DI BASE) SEDE DI PRONTO SOCCORSO DOTATI DELLE DISCIPLINE DI BASE SECONDO LA SEGUENTE CONFIGURAZIONE:**

##### **A) *Senza posti letto***

- Anestesia e Rianimazione
- Medicina e Chirurgia d'accettazione e di urgenza con letti tecnici di osservazione breve, laddove non istituita l'osservazione breve intensiva
- Patologia clinica
- Radiodiagnostica
- Farmacia ospedaliera
- Cardiologia

Devono inoltre essere garantite le funzioni di Direzione medica di presidio e di Direzione amministrativa di presidio anche attraverso l'accorpamento funzionale di diverse strutture.

##### **B) *Con posti letto***

- Medicina generale
- Chirurgia generale
- Ortopedia e traumatologia
- Ginecologia e ostetricia

Fanno eccezione gli ospedali di Civita Castellana, Colferro, Frascati e Pomezia, per i quali la rete perinatale non prevede il punto parto non essendo garantiti almeno 500 parti/anno. Presso l'Ospedale di Tarquinia che assicura un numero di parti prossimo a 500 vengono mantenuti 20 letti di ostetricia per assicurare la completa funzionalità

dell'ospedale, fatta salva una verifica a fine 2011. Il Policlinico Tor Vergata, che attualmente utilizza strutture esterne, nel corso di validità del presente Piano provvederà alla internalizzazione della disciplina di ostetricia e ginecologia che, comunque, viene prevista nel piano, in considerazione della prospettata funzione di DEA nella rete dell'emergenza.

#### **DEA DI I LIVELLO – DEA DI II LIVELLO**

Nei presidi sede di DEA oltre alle specialità di base con e senza posti letto precedentemente elencate devono essere presenti le discipline previste dalla normativa relativamente alla rete dell'emergenza.

Si richiama, inoltre, quanto previsto nel PSR circa il vincolo del modello organizzativo dipartimentale e le soglie operative definite in termini di posti letto, come riportato al punto che segue.

### **5. STANDARD DI POSTI LETTO NELLE STRUTTURE PUBBLICHE**

Per quanto riguarda i posti letto sono individuate, di norma, le seguenti dotazioni quali soglie minime per il funzionamento delle stesse unità operative, ferma restando la possibilità di individuare posti letto indistinti nei dipartimenti organizzati su livelli di intensità di cura:

- 6 p.l. unità operative di terapia intensiva/rianimazione;
- 20 p.l. per le unità operative delle discipline di base, medicina interna, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ginecologia e ostetricia, fatta eccezione per la pediatria in quanto caratterizzata da attività che possono essere gestite attraverso forme di assistenza alternative al ricovero ( ambulatorio, day hospital ecc.) e per la quale si rimanda alle specifiche dotazioni disposte dal presente decreto;
- 14 p.l. unità operative psichiatria;
- 14 p.l. per le unità operative delle discipline a bacino di utenza intermedio, come individuate nel PSR, fatta eccezione:
  - 1) per la oftalmologia, otorinolaringoiatria, oncologia, reumatologia e la nefrologia in quanto caratterizzate da attività che possono essere gestite attraverso forme di assistenza alternative al ricovero, per la neonatologia in quanto i posti letto devono essere modulati in ragione della attività della U.O. di ostetricia e ginecologia;
  - 2) 10 p.l. per le discipline a bacino di utenza regionale o di macroarea.
- 12 p.l. per cardiologia – UTIC complessivamente.

La presenza di più UU.OO. della stessa disciplina nel medesimo ospedale dovrà essere giustificata dalla specializzazione e differenziazione, anche organizzativa, delle attività svolte nel rispetto del numero di posti letto definiti sopra. In ogni caso tale circostanza deve assumere carattere di eccezionalità, deve essere motivata nell'atto aziendale e deve comunque garantire gli standards minimi di posti letto per ciascuna unità operativa.

Per i Policlinici universitari è possibile derogare a limiti di cui sopra purché le relative attività siano organizzate in forma dipartimentale con aggregazione dei letti e del personale. Nella prima fase di attuazione, da completare entro il 31/12/2011, è possibile mantenere la configurazione di strutture complesse qualora la dotazione dei posti letto non sia inferiore di oltre il 20% rispetto a quella minima.

## 6. ASSETTI ORGANIZZATIVI

Sempre con riferimento al PSR sono individuati i seguenti ulteriori criteri organizzativi per quanto non definito dalle reti di specialità o da altri provvedimenti che le aziende devono rispettare nel processo di riorganizzazione delle attività.

- Per le Aziende ospedaliero-universitarie il dimensionamento previsto nel presente decreto costituisce integrazione del protocollo d'intesa in corso di stipula e delle previsioni di cui alle reti di specialità già oggetto di specifico decreto.
- L'utilizzo razionale delle risorse è obiettivo specifico delle Aziende Sanitarie che deve essere conseguito anche attraverso l'accorpamento funzionale delle attività e delle strutture.
- I servizi di Radioterapia, Radiologia interventistica, Medicina nucleare per la radioterapia metabolica, Dialisi (per i posti tecnici dedicati all'attività dialitica), Nido (per le culle), Osservazione breve intensiva, devono intendersi dotati di posti letto tecnici non rientranti negli standard dei posti letto per acuti.
- La disciplina di Allergologia e Immunologia clinica è unica.
- L'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione costituisce un'unica struttura complessa alla quale afferiscono le attività di rianimazione, anche quando dotate di posti letto, e le attività anestesiolgiche; nel presente decreto i posti letto di terapia intensiva attribuiti alle singole strutture sono da intendersi comprensivi dei posti letto di rianimazione e di quelli di terapia intensiva, post chirurgica e post trapianto.
- I posti letto di UTIC, UTIN e UTN fanno capo all'unica Unità Operativa complessa Cardiologica, Neonatologica e Neurologica, rispettivamente.
- Nei presidi in cui la funzione di neonatologia è garantita da una dotazione di posti letto inferiore a 10, e non vi è la presenza di UTIN, le relative strutture sono accorpate a quelle di pediatria.
- Qualora ve ne fosse la necessità è possibile prevedere l'attivazione di posti letto di Terapia Subintensiva Respiratoria nell'ambito dei posti letto dell'Unità operativa di Malattie dell'Apparato Respiratorio (Pneumologia) se presente in ospedale e in possesso dei requisiti specifici, previa autorizzazione regionale.
- Allo stesso modo a supporto delle strutture dotate di posti letto chirurgici possono essere attivati, nell'ambito delle dotazioni previste e nel rispetto dei requisiti della normativa vigente, posti letto di Terapia Sub-Intensiva post operatoria chirurgica, previa autorizzazione regionale.
- Nelle strutture ospedaliere pubbliche e in quelle private sede di DEA in relazione alla presenza delle discipline di Malattie dell'apparato respiratorio e Cardiologia possono essere individuati specifici posti letto di riabilitazione, specializzati nel trattamento in tali ambiti clinici, scorporati da quelli di Medicina fisica e riabilitativa aggregati alle unità operative per acuti quali U.O.S. purché nel limite complessivo previsto per i posti letto di riabilitazione.
- Le Unità per grandi ustionati afferiscono alle strutture di chirurgia plastica.
- Attività specialistiche ambulatoriali di cardiologia sono obbligatorie nei presidi pubblici dove non sono previsti posti letto della relativa disciplina. Inoltre, le consulenze specialistiche delle discipline assenti nei presidi pubblici devono essere comunque assicurate in ambito Aziendale.

- Negli ospedali presidi di ASL all'interno delle UO Complesse di Medicina interna e Chirurgia generale, in relazione al fabbisogno espresso dal bacino di utenza, possono essere individuati posti letto da dedicare ad attività specialistiche purché compatibili con le stesse discipline di base (Medicina interna e Chirurgia generale) e non già presenti nel presidio come strutture autonome. Tali posti letto, la cui attività rientra nell'attività propria dell'Unità operativa complessa di riferimento, possono essere individuati quali unità operative semplici, la cui responsabilità deve essere affidata a personale medico in possesso dei requisiti specifici.
- Laddove previste nel presente piano, le discipline dotate di posti letto in numero inferiore alla soglia dovranno essere aggregate alle discipline di base delle quali eventualmente costituiscono Unità Operative Semplici. Tale previsione riguarda anche le discipline oculistica, ORL, oncologia e nefrologia qualora dotate di un numero di posti letto ordinari inferiori a 4 e/o complessivi, compresi quelli destinati a ricoveri diurni, inferiori a 10.
- Per il particolare rilievo riconosciuto all'oncologia ed in relazione agli squilibri riscontrati nella distribuzione dei posti letto rispetto al fabbisogno particolarmente evidenti nelle Macroaree 1 e 3, al fine di migliorare la distribuzione dell'offerta, le decurtazioni previste in queste macroaree per i posti letto della disciplina di cui si tratta, non verranno attuate in tutto, o in parte.
- Negli ospedali in cui sono presenti unità mediche e chirurgiche a solo ciclo diurno, queste sono organizzate funzionalmente per area omogenea con unicità della direzione. Parimenti dovrà avvenire laddove sono previsti posti letto a ciclo diurno polispecialistici.
- Le Unità di lungodegenza, laddove presenti negli ospedali pubblici, sono qualificate come strutture semplici polispecialistiche aggregate alle Unità di medicina interna.
- Negli ospedali sede di Pronto soccorso, qualora una unità operativa di disciplina di base debba essere necessariamente presente al fine del mantenimento della configurazione del presidio è possibile derogare motivatamente allo standard di dotazione minima di posti letto.
- Nelle Case di cura oggetto di riconversione in strutture monospecialistiche, laddove previsto nella specifica intesa, è consentita l'attività di DH e DS polispecialistico limitatamente alle discipline in precedenza dotate di posti letto soppressi e, comunque, nel limite dei posti letto riconosciuti.
- Con riguardo a tali strutture si precisa che la seguente terminologia utilizzata nei precedenti atti: "attività monospecialistiche", "profilo monospecialistico", "casa di cura monospecialistica", hanno tutte il medesimo significato consistente nella presenza di una unica disciplina salvo le fattispecie neurochirurgia-neurologia e urologia-ginecologia.
- Il numero dei posti tecnici di dialisi, laddove è previsto il servizio dialisi sarà definitivamente individuato in apposito piano dialisi regionale. La relativa attività rientra nel setting ambulatoriale e i posti non rientrano nello standard per acuti. Comunque, laddove presenti l'UO di nefrologia e il servizio dialisi, questi costituiscono un'unica unità operativa.
- I posti letto di SPDC e quelli previsti per riconversione di case di cura costituiscono l'intera offerta di posti letto di psichiatria che, entro il triennio, dovrà essere adeguata allo standard previsto.

- Con l'adozione del presente piano di riordino della rete ospedaliera è fatto divieto alle Aziende e Istituti pubblici del SSR di stipulare nuovi accordi per l'utilizzo di posti letto di case di cura e altre strutture private senza preventiva autorizzazione della direzione regionale competente.
- Per quanto riguarda gli accordi – convenzioni – sperimentazioni e fattispecie similari attualmente in essere le Aziende provvederanno, entro la scadenza del termine contrattuale e, comunque, in tempo utile, ad inoltrare alla direzione regionale competente proposte migliorative ai fini dell'eventuale rinnovo o di cessazione del rapporto.
- Gli ospedali gestiti da istituti religiosi classificati, seppure non vincolati, possono trarre elementi dai suddetti criteri per garantire una gestione efficiente.
- Nell'ambito del procedimento di accreditamento definitivo disposto ai sensi e per gli effetti della L.R. 10 Agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio" Art. 1, commi da 18 a 26 – "Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private" sarà data attuazione a quanto disposto dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. art. 8 quater, comma 8.
- La Regione si riserva di attivare, con successivi provvedimenti, oltre ai controlli curati dall'Agenzia di Sanità Pubblica, sistemi di verifiche della qualità dei servizi erogati.

## **7. ASPETTI RIGUARDANTI LA RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA**

Nel setting assistenziale della riabilitazione e lungodegenza sono operanti alcune strutture con le quali è in itinere contenzioso o contraddittorio in relazione alla tipologia di attività (cod. 75 o 56) o al numero di posti letto (ad es. C.d.C. Merry House – INI - Villa delle Querce). Inoltre la riduzione dei posti letto al fine di adeguarli allo standard è risultata essere estremamente consistente al punto che la sua attuazione, senza ulteriori interventi mette a rischio la gestibilità e l'esistenza delle stesse strutture nonché rilevanti problemi occupazionali e riflessi sull'intera economia.

Di contro la Regione ha necessità di implementare in maniera considerevole le attività territoriali, sia residenziali che ambulatoriali e domiciliari.

A tal fine si provvederà a garantire priorità alle suddette strutture nei processi di riconversione.

Conseguentemente le strutture private di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie potranno proporre alla Regione la riconversione dei posti letto soppressi ai sensi del presente provvedimento in posti letto territoriali e altre attività rientranti nel fabbisogno regionale.

Le riconversioni in posti letto residenziali e semiresidenziali territoriali, potrà avvenire secondo intese, su proposta dei soggetti accreditati, rispettando la proporzionalità rispetto ai posti letto soppressi, alle dimensioni delle strutture, ai moduli tipo, al fabbisogno per area.

E' altresì consentito proporre la riconversione od accorpamenti di intere strutture, in particolare quelle di modeste dimensioni, con le modalità di cui sopra.

## 8. ALTRE DISPOSIZIONI

- Con il presente provvedimento non vengono assegnati 337 posti letto che la regione si riserva di assegnare per le finalità rappresentate nella presente relazione quali le implementazioni ulteriori previste per i Policlinici, la definizione di situazioni di accreditamento controverse, riequilibrio territoriale dell'offerta, specificità degli IRCCS ed ogni eventuale ulteriore esigenza che dovesse intervenire.
- Fermi restando i vincoli degli standards nonché quanto previsto nelle reti di specialità, le terapie intensive di strutture diverse dagli ospedali pubblici a gestione diretta configurate con meno di 4 letti possono essere implementate fino a 4 letti previo assenso della regione. Negli ospedali pubblici sedi di pronto soccorso restano configurate con un minimo di 6 posti letto.

Per le unità coronariche organizzate in unità operativa unica con la cardiologia è previsto un minimo di 4 posti letto.

- Le Case di cura private nelle quali è mantenuta la presenza di discipline dotate fino a 3 posti letto ordinari possono chiederne la riconversione in posti letto a regime diurno.
- Entro il 31/12/2010 la Regione provvederà a rimuovere eventuali incongruenze che possono essere state generate dai criteri di tipo informatico – matematico utilizzati dall'ASP ai fini dell'applicazione del principio di performance.

### DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PERSONALE

Sarà predisposto un regolamento per la mobilità del personale che dovesse risultare in esubero in seguito ai provvedimenti di riconversione o soppressione di posti letto o trasferimento di unità operative, ivi compresi i direttori di struttura complessa. Tale regolamento sarà adottato previa concertazione con le organizzazioni sindacali a livello regionale.

## 9. SINTESI DEGLI INTERVENTI DI CUI AL PRESENTE PIANO DI RIORGANIZZAZIONE

Tipo di assistenza	Posti letto NSIS 2010	Effetto piano di riorganizzazione della rete ospedaliera	Posti letto assegnati dal 1 gennaio 2011	Standard	Confronto offerta 2011 vs standard
Acuzie*	19095	-791	18304	18568	-264
Riabilitazione	4323	-1501	2822	2895**	-73
Lungodegenza	1417	-573	844	844	0
<b>Totale</b>	<b>24835</b>	<b>-2865</b>	<b>21970</b>	<b>22307**</b>	<b>-337</b>

\* i posti letto di Villa Pia, Israelitico, Città di Roma sono dati NSIS 2009

\*\* lo standard non include i 200 posti letto di riabilitazione codice 75

