REGIONE PIEMONTE

GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 28

Adunanza 19 novembre 2014

L'anno duemilaquattordici il giorno 19 del mese di novembre alle ore 10:25 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Sergio CHIAMPARINO Presidente, Aldo RESCHIGNA Vicepresidente e degli Assessori Francesco BALOCCO, Giuseppina DE SANTIS, Augusto FERRARI, Giovanni Maria FERRARIS, Antonella PARIGI, Giovanna PENTENERO, Antonino SAITTA, ~~Monica CERUTTI, Giorgio FERRERO, Alberto VALMAGGIA,~~ con l'assistenza di Guido ODICINO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti gli Assessori: CERUTTI, FERRERO, VALMAGGIA

(Omissis)

D.G.R. n. 1 - 600

OGGETTO:

Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale.

A relazione dell' Assessore SAITTA:

Premesso che:

l'art. 15, comma 13, lett. c del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, intervenendo in materia di revisione della spesa pubblica, ha disposto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, prevedendo il coerente adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni; la prescritta riduzione dei posti letto riferita ai presidi ospedalieri pubblici interessa una quota non inferiore al 50% del totale dei posti letto da ridurre e deve essere conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse, previa verifica, da parte della Regione, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, nonché promuovendo l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e l'incremento dell'assistenza residenziale e domiciliare;

la D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013 "Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese (...)" e i relativi provvedimenti attuativi (DD n. 532 del 4/07/2013, successivamente modificata dalla DD n. 651 del 29/08/2013 e dalla D.D. n. 816 del 18.10.2013) hanno definito il fabbisogno di posti letto e di strutture organizzative distinto per aree e disciplina, in attuazione della succitata normativa nazionale, del Piano di riqualificazione, riorganizzazione e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico

2010-2012 (c.d. Piano di rientro, approvato, ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, con la D.G.R. n. 1-415 del 2.8.2010, integrata con le DD.G.R. nn. 44-1615 del 28.2.2011 e 49-1985 del 29.4.2011);

con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, considerata la necessità di non compromettere l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione del Piano di rientro, ai sensi dell'art. 15, comma 20, del citato D.L. n. 95/2012, come convertito in L. n. 135/2012, l'Amministrazione Regionale ha predisposto i Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, al fine di rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria, recependo altresì le criticità e le valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del Piano medesimo;

in particolare il programma 14 - intervento 14.1.1 "Rete ospedaliera e riconversioni" - prevedeva, entro il 31/12/2013, la "ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina, DH e ordinari, unità operative (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento)", per realizzare il risultati programmati di "allineamento della rete ospedaliera del Piemonte ai parametri ed agli standard previsti dalla normativa statale di riferimento (adempimento Lea punto f) prevedendo, in caso di mancata attuazione del programma da parte delle ASR, un meccanismo sostitutivo dell'Amministrazione regionale" e di "realizzazione di una rete ospedaliera, articolata per differenti livelli di intensità assistenziale e nelle reti specialistiche previste, efficacemente integrata" a livello interaziendale e regionale;

la D.G.R. n. 28-7588 del 12.5.2014 ha inteso dare attuazione all'intervento 14.1.1, modificando la D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013 - che definiva la rete ospedaliera per aree sovra zonali – e prevedendo, per ogni istituto di ricovero pubblico, equiparato, o privato accreditato, un numero di posti letto massimo suddiviso per singola disciplina;

i Ministeri dell'Economia e della Sanità, hanno tuttavia eccepito la correttezza della metodologia adottata sia dalla D.G.R. n. 28-7588 del 12.5.2014 che dalla precedente D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013 in relazione al calcolo dei posti letto, evidenziando che "gli standard sui posti letto stabiliti dal Comitato LEA non fanno riferimento agli abitanti "pesati" come invece riportato nelle Delibere in oggetto" (parere PIEMONTE-DGPROG-20/06/2014-0000120-P);

il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (verbale riunione congiunta del 29.07.2014) hanno altresì evidenziato ulteriori profili di criticità in ordine alle disposizioni della D.G.R. n. 28-7588 del 12.5.2014, rilevando che il provvedimento in parola "non dà sufficiente evidenza delle modifiche di fabbisogno che hanno reso necessaria la rettifica apportata alla rete ospedaliera" e criticando, nel dettaglio, il merito della scelta operata: "Non ritengono, infatti, che la mera conclusione di accordi contrattuali con gli erogatori privati possa da sola giustificare modifiche all'offerta assistenziale, poiché, per contro, sono tali accordi che devono essere coerenti con la programmazione regionale. (...) La D.G.R. n. 28-7588/2014 non fornisce indicazioni su tutti gli elementi trattati nell'Allegato B della D.G.R. n. 6-5519/2013, in quanto non sono chiariti elementi, anche di grande importanza, come il ruolo dei singoli presidi nelle reti assistenziali e nella rete dell'emergenza-urgenza;(...) è necessario che la regione fornisca indicazioni sul numero di unità operative, previste a regime nei presidi ospedalieri pubblici, al fine di dare evidenzia del rispetto degli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse individuati dal Comitato LEA nel documento del 26/03/2012;

in data 10.7.2014 la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5.6.2003, n. 131, concernente il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, che all'art. 3 - "Assistenza ospedaliera" - prevede l'emanazione di:

- un regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (comma 1);

- un'Intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio (comma 2);
- un documento di indirizzo con i criteri di appropriatezza dei vari setting riabilitativi per garantire un percorso riabilitativo integrato (comma 3);

in data 5.08.2014 la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, concernente il regolamento recante "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

le criticità sopra evidenziate in ordine ai provvedimenti regionali succitati, unitamente all'evoluzione del contesto normativo, con la regolamentazione nazionale in corso di perfezionamento, e alla opportunità di aggiornare i fabbisogni assistenziali regionali, accogliendo le sollecitazioni provenienti in tal senso dai competenti tavoli ministeriali, hanno reso necessaria l'adozione della D.G.R. n. 46-233 del 4.8.2014 recante "Sospensione, revoca e disapplicazione di atti relativi alla revisione della rete ospedaliera, appropriatezza, attribuzione di incarichi di struttura nelle A.S.R., regolamentazione dei rapporti con gli erogatori privati.";

la sospensione degli atti richiamati nel succitato provvedimento, al cui dispositivo si fa integrale rinvio, e la disapplicazione dei relativi provvedimenti attuativi, opera con specifica indicazione temporale, fino al 31.12.2014 o alla ridefinizione della rete ospedaliera in coerenza con le indicazioni ed i parametri definiti a livello nazionale (Art. 3 del Patto della salute 2014-2016);

in coerenza con il quadro normativo nazionale e regionale sopra delineato, si è dato seguito alla rivalutazione dei fabbisogni assistenziali regionali e alla conseguente rideterminazione delle strutture organizzative e dei relativi posti letto definendo un nuovo programma di revisione della rete ospedaliera regionale basato sui seguenti criteri:

- classificazione delle strutture ospedaliere piemontesi in tre livelli a complessità crescente (presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, prevedendo il mantenimento di presidi con funzioni ridotte di pronto soccorso per zone particolarmente disagiate ovvero distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso; presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti);

- riordino della rete ospedaliera regionale in sei aree omogenee con il riassetto funzionale delle strutture ospedaliere in esse presenti;

- definizione della dotazione di strutture organizzative pubbliche e private per disciplina, in relazione ai bacini di utenza ed all'organizzazione della rete dell'emergenza/urgenza, secondo gli standard per singola disciplina e per le alte specialità previste dalla CSR n. 98 del 5/08/2014, nonché nel rispetto degli standard previsti dall' ex art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la salute 2010-2012, approvati, in data 26.03.2012, dal "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse di cui all'intesa Stato –Regioni del 23.03.2005";

- definizione dell'articolazione come sopra individuata per Presidio con riferimento all'Emergenza-Urgenza, per ASR con riferimento alle specialità di elezione e a livello regionale relativamente ai Presidi ex art. 43, agli IRCCS e alle strutture private accreditate;

- definizione da parte della Direzione Sanità, su proposta del Direttore Generale dell'ASR, dell'allocazione definitiva delle discipline non connesse all'Emergenza- Urgenza, in relazione alla disponibilità di spazi idonei, in funzione degli investimenti strutturali effettuati e della necessità di valorizzare il ruolo dei Presidi Ospedalieri di Base. Tali Presidi svolgono infatti un ruolo fondamentale a salvaguardia del territorio, per dare un'efficace risposta alla domanda di salute, in particolare nelle zone a bassa densità abitativa.

- individuazione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, tenendo conto della mobilità sanitaria inter-regionale e definendone un parziale recupero nel periodo di vigenza del presente provvedimento stimato nella quota del 20%, favorendone la distribuzione in linea con il fabbisogno per il bacino di utenza di ogni area omogenea e prevedendo un utilizzo più efficiente dei posti letto come previsto dalla CSR n. 98 del 5/08/2014;

- definizione del numero complessivo dei posti letto articolata per ASR e a livello regionale relativamente ai Presidi ex art.43, agli IRCCS e alle strutture private accreditate, con riduzione tra strutture private e pubbliche secondo le indicazioni del citato D.L. n. 95/2012;

- individuazione delle linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale;

a seguito della formulazione del nuovo programma di revisione della rete ospedaliera regionale e delle linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale, dettagliatamente descritti negli allegati A e B, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, si rende necessario revocare la D.G.R. n. 28-7588 del 12.5.2014 e disporre che le previsioni contenute in ulteriori provvedimenti regionali inerenti l'individuazione della quantificazione e tipologia dei posti letto nonché il fabbisogno di strutture organizzative della rete ospedaliera siano disapplicate in quanto incompatibili con le disposizioni della presente deliberazione;

si ritiene altresì necessario confermare la sospensione dell'efficacia della D.G.R. n. 83-7673 del 21.5.2014, di approvazione degli schemi dei contratti per l'anno 2014-2015 con gli erogatori privati accreditati, i Presidi e gli IRCCS ex art. 42 e 43 della L. n. 833/1978 e, conseguentemente, dell'iter di sottoscrizione dei contratti, nelle more dell'adozione del relativo provvedimento di revisione sulla base delle determinazioni di cui al presente provvedimento;

preso atto che il presente provvedimento è adottato in attuazione del Piano di rientro e dei Programmi Operativi 2013-2015;

dato atto che l'art. 1, comma 796, lett. b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria per l'anno 2007) stabilisce che "gli interventi individuati nei programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all'articolo 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i. (...) sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione di provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria";

dato atto che l'art. 2, comma 95, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria per l'anno 2010) recepisce analoga disposizione dell'Intesa Stato-Regioni sul "Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 del 3 dicembre 2009, prevedendo che "gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

visto:

il Decreto Legislativo 30/12/1992 n. 502 e s.m.i.;

il Decreto Legge 06.07.2012, n. 95 convertito, con modificazioni, nella Legge 07.08.2012 n. 135;

la legge regionale 06.08.2007, n. 18;

la D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015);

l'intesa sancita in data 03.12.2009 tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il patto per la salute per gli anni 2010-2012;

l'intesa sancita in data 10.07.2014 tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il patto per la salute per gli anni 2014-2016;

la D.G.R. n. 6-5519 del 14.03.2013;

la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013;

la D.G.R. n. 28-7588 del 12.5.2014;

la D.G.R. n. 46-233 del 4.8.2014;

l'intesa sancita in data 05.08.2014 tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

la Giunta regionale, unanime,

delibera

- di approvare il programma di adeguamento della rete ospedaliera regionale piemontese e le linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale descritti negli allegati A e B, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

- di revocare la D.G.R. n. 28-7588 del 12.5.2014 disponendo altresì che le previsioni contenute in ulteriori provvedimenti regionali inerenti l'individuazione della quantificazione e tipologia dei posti letto e del fabbisogno di strutture organizzative della rete ospedaliera siano disapplicate in quanto incompatibili con le disposizioni della presente deliberazione;

- di confermare la sospensione dell'efficacia della D.G.R. n. 83-7673 del 21.5.2014, di approvazione degli schemi dei contratti per l'anno 2014-2015 con gli erogatori privati accreditati, i Presidi e gli IRCCS ex art. 42 e 43 della L. n. 833/1978 e, conseguentemente, dell'iter di sottoscrizione dei contratti, nelle more dell'adozione del relativo provvedimento di revisione sulla base delle determinazioni di cui al presente provvedimento.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice civile.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(Omissis)

Il Presidente
della Giunta Regionale
Sergio CHIAMPARINO

Direzione Affari Istituzionali
e Avvocatura
Il funzionario verbalizzante
Guido ODICINO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 19 novembre 2014.

cc/

Allegato alla deliberazione
n. 1-500 del 18/11/2014
il Segretario verbalizzante

ALLEGATO A alla D.G.R. N. ....

Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012, del Patto per la Salute 2014-2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale

REGIONE PIEMONTE

Sommario

Introduzione 3

1. Il percorso metodologico per l'adeguamento delle reti di offerta 5

2. Programmazione dei posti letto ospedalieri Piemontesi nel rispetto degli standard normativi 5

2.1 Analisi della produzione attuale 5

2.2 Analisi della dotazione attuale di Posti letto 8

2.3 Analisi delle giornate di degenza, degli accessi e calcolo dei posti letto normalizzati 10

2.4 Analisi della Mobilità extraregionale 14

2.5 Analisi del consumo di ricoveri 17

2.6 Calcolo della dotazione di posti letto regionali 17

2.7 I posti letto di post-acuzie 20

2.8 Verifica della programmazione regionale rispetto agli standard normativi relativi ai posti letto 22

3. Applicazione degli standard previsti dalla all'art. 15, c. 13, lettera c, della L. 135/2012 (CSR n.98 del 5 agosto 2014) 23

3.1 Premessa metodologica 23

3.2 Rimodulazione della Rete Ospedaliera Emergenza -Urgenza 24

3.2.1 Il percorso per la definizione del posizionamento attuale 29

3.2.2 Applicazione degli standard nel calcolo delle strutture per singola disciplina 30

3.3 Rimodulazione della Rete Ospedaliera di elezione 33

3.3.1 La metodologia di allocazione delle discipline 33

3.3.2 Adeguamento della rete ospedaliera Piemontese alla normativa 36

4. Linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale 38

REGIONE PIEMONTE

Introduzione

Il Titolo III, art. 15 comma 13 lettera c, del Decreto Legge 95/2012 convertito dalla Legge 135/2012 ha previsto nuovi obiettivi per la programmazione della rete ospedaliera regionale.

Tali obiettivi, riguardano:

- numero di posti letto massimo per 1.000 abitanti pari a 3,7 (di cui indicativamente 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie);
- tasso di ospedalizzazione 160 per 1.000 abitanti, di cui il 25% di ricoveri in DH;
- riduzione di posti letto "esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse";
- riduzione dell'offerta di posti letto almeno per il 50% nelle strutture di ricovero pubbliche;
- verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche;
- passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare.

Con il Patto per la Salute 2014-2016, siglato in data 10 luglio 2014, si è convenuto, all'art. 3, sull'adozione del Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (di seguito "Regolamento"). Il Regolamento è stato approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano in data 5 agosto 2014 e impegna le Regioni ad adottare entro il 31 dicembre 2014 *"il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (omissis...) garantendo il progressivo adeguamento agli standard ospedalieri di cui al presente Decreto nel corso del triennio 2014-2016".*

Il Regolamento definisce più puntualmente per la parte ospedaliera gli standard stabiliti in sede di Comitato Lea per l'individuazione di strutture semplici e complesse (ex. art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la Salute 2010-2012 di seguito evidenziati:

- una Struttura Complessa ospedaliera ogni 17,5 pl.;
- 1,31 Strutture Semplici per ogni Struttura Complessa

Il Regolamento stabilisce le modalità di calcolo del numero dei posti letto regionali al netto della mobilità passiva prendendo come riferimento la popolazione residente. Inoltre, il Regolamento

definisce che i posti di residenzialità territoriali, con un costo giornaliero pari o superiore al valore della tariffa regionale giornaliera per la lungodegenza ospedaliera, sono da considerarsi equivalenti ai posti letto ospedalieri; fanno eccezione i posti letto disciplinati dall'art. 1, comma 3, lettera c, del Regolamento.

Infine, l'art. 5 del Patto per la Salute delinea il modello di riorganizzazione dell'Assistenza territoriale articolando un modello organizzativo unitario supportato dall'integrazione tra il sistema di emergenza urgenza e i servizi di continuità assistenziale (CSR 36 del 7 febbraio 2013 e 20 febbraio 2014).

Alla luce del perimetro normativo sopra descritto, la metodologia di rimodulazione delle reti assistenziali prevista dal Regolamento indica quale punto di partenza la definizione della Rete di emergenza ospedaliera, secondo il modello di Hub e Spoke, articolato per bacino di utenza, adeguatamente integrata con il 118 territoriale e con la rete ospedaliera per l'elezione, definita anche attraverso la valutazione dei volumi di attività e degli esiti; considerando anche che spesso a fronte di un uso efficace e sobrio delle strutture ospedaliere per acuti, questo si accompagna a costi di produzione elevati, per una persistente dispersione della rete di degenze talora troppo lunghe e un eccesso di offerta (inappropriata) di riabilitazione, mentre tutti gli indicatori derivati dalla documentazione epidemiologica ricavata dai flussi del sistema informativo sanitario regionale mostrano una grande eterogeneità geografica che quasi mai è spiegata dall'eterogeneità nella frequenza delle malattie.

Il presente documento illustra nel dettaglio la metodologia utilizzata dalla Regione Piemonte nella rimodulazione della rete ospedaliera con riferimento al numero di posti letto e all'articolazione delle discipline ospedaliere e relative strutture complesse.

1. Il percorso metodologico per l'adeguamento delle reti di offerta

La Regione Piemonte, anche al fine di rispondere ai perimetri normativi sopra esposti, ha elaborato un percorso metodologico basato su tre pilastri progettuali:

- verifica del posizionamento regionale rispetto agli standard normativi relativi ai posti letto (acuti/post-acuti; pubblico/privato);
- applicazione degli standard per disciplina previsti dal Regolamento;
- adeguamento agli standard della rete emergenza-urgenza e ospedaliera

Nei paragrafi seguenti sono descritte le fasi progettuali e i risultati da esse derivanti. Si evidenzia che ai fini della rimodulazione complessiva (posti letto e discipline) della rete d'offerta ospedaliera è stata considerata la **popolazione residente** presso la Regione Piemonte al 1 gennaio 2014 pari a **4.436.798** abitanti (fonte dati ISTAT).

2. Programmazione dei posti letto ospedalieri Piemontesi nel rispetto degli standard normativi

2.1 Analisi della produzione attuale

In primo luogo si è proceduto ad analizzare la produzione consolidata utilizzando il flusso A, NSIS, relativo ai ricoveri ordinari e DH 2013. Si evidenzia che sono stati esclusi dal computo totale i ricoveri e le culle della disciplina nido (cod. 31) e le prestazioni a carico esclusivo dell'assistito. La sintesi dell'analisi è riportata nelle tabelle sottostanti; nelle prime due tabelle è evidenziata la produzione pubblica e quella relativa ai Presidi equiparati, agli IRCCS regionali e ai privati accreditati, nell'ultima tabella è riportata la produzione regionale.

Produzione Pubblico

fonte dati: SDO 2013

	N RO	N DH	Totale	%
Acuzie	338.720	168.456	507.176	97%
Post-acuzie	11.090	2.025	13.115	3%
Totale	349.810	170.481	520.291	100%
%	67%	33%	100%	

Produzione Presidi equiparati, IRCCS e privati accreditati

fonte dati: SDO 2013

	N RO	N DH	Totale	%
Acuzie	49.793	31.344	81.137	68%
Post-acuzie	37.083	840	37.923	32%
Totale	86.876	32.184	119.060	100%
%	73%	27%	100%	

Produzione regionale pubblico e privato

fonte dati: SDO 2013

	N RO	N DH	Totale	%
Acuzie	388.513	199.800	588.313	92%
Post-acuzie	48.173	2.865	51.038	8%
Totale	436.686	202.665	639.351	100%
%	68%	32%	100%	

Nell'analisi della produzione regionale nella sua totalità è utile evidenziare come la percentuale di ricoveri in DH sia maggiore del 30%.

Nella tabella seguente si è dettagliata l'analisi relativa ai ricoveri ordinari, mese per mese, in modo da rilevare la presenza di una variabilità, più o meno significativa, nell'utilizzo dei posti letto per acuzie.

Variazioni mensili di ricoveri ordinari di acuzie e relativo tasso di utilizzo

fonte dati: SDO 2013

MESE	RO Giornate	Utilizzo PL
Gen	270.018	80%
Feb	248.717	74%
Mar	271.183	80%
Apr	250.892	74%
Mag	269.604	80%
Giu	251.499	75%
Lug	260.080	77%

MESE	RO Giornate	Utilizzo PL
Ago	219.264	65%
Set	230.208	68%
Ott	265.356	79%
Nov	247.933	74%
Dic	250.375	74%
Media mensile	252.927	75%

Dalla tabella si evidenzia che anche nei mesi caratterizzati da picchi di produzione più elevati (cfr. gennaio, marzo e maggio) non viene mai superato un tasso di occupazione del 80%. E' possibile, però, che una non ottimale distribuzione delle specialità e dei relativi posti letto rispetto al fabbisogno di salute della popolazione possa comportare delle criticità a livello di singolo Presidio non rilevabili dal livello di dettaglio presentato. Tali criticità sono risolte, caso per caso, dalla Programmazione Regionale riequilibrando la distribuzione delle strutture di offerta in conseguenza del fabbisogno.

Pertanto, in coerenza con quanto richiesto dal Regolamento, si definisce come obiettivo regionale di programmazione un utilizzo pari all'80% per l'acuzie.

Come per l'acuzie si è proceduto nell'analisi della variabilità, mese per mese, dei ricoveri ordinari e del relativo utilizzo dei posti letto per post-acuzie.

Variazioni mensili ricoveri ordinari post-acuzie

fonte dati: SDO 2013

MESE	RO Giornate	Utilizzo PL
Gen	115.462	85%
Feb	117.092	86%
Mar	128.448	94%
Apr	120.641	88%
Mag	128.716	94%
Giu	120.255	88%
Lug	126.787	93%
Ago	116.559	85%
Set	106.956	78%
Ott	124.565	91%

MESE	RO Giornate	Utilizzo PL
Nov	113.198	83%
Dic	107.705	79%
Media mensile	**118.865**	**87%**

Dai dati si rileva che la variabilità dei ricoveri di post-acuzie è leggermente superiore a quella dei ricoveri per acuti, con punte massime di utilizzo fino al 94% nei mesi di marzo e maggio. Rispetto al fabbisogno, come descritto in seguito (cfr. par. 2.2 e 2.6), esiste in Regione un eccesso di ricoveri di post-acuzie ospedaliera (1,1 posto letto per mille abitanti) che esprime una domanda che dovrebbe trovare una risposta più appropriata sul territorio. Tale situazione porta la Programmazione Regionale a prevedere una riduzione dei posti letto per post-acuti (cfr. par. 2.7) in favore dell'attivazione di Strutture intermedie sanitarie a valenza territoriale. Per garantire l'erogazione di un'assistenza ospedaliera post-acuta adeguata a fronte dei volumi presentati e tenendo conto della riduzione prevista (cfr. par. 2.7), in coerenza con i parametri stabiliti dal Regolamento, che indicano un utilizzo medio tra l'80% e il 90%, si è individuato come obiettivo regionale di programmazione il tasso intermedio pari all'85%.

2.2 Analisi della dotazione attuale di Posti letto

In prima analisi è stato operato il **confronto fra i posti letto attuali e il numero di posti letto regionali** (pubblico e privato) secondo lo standard massimo del 3,7 per 1.000 abitanti comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

La tabella sottostante mostra l'applicazione dello standard del 3,7 alla popolazione regionale.

Calcolo dei posti letto massimi regionali secondo lo standard nazionale

Popolazione 1/1/2014 ISTAT	Posti letto	Standard nazionale per mille abitanti	Applicazione dello standard alla popolazione di riferimento
4.436.798	Acuti	3,0	13.310
	Post-acuti	0,7	3.106
	Totale	**3,7**	**16.416**

Al fine di comprendere lo scostamento tra la programmazione vigente e lo standard nazionale, sono stati rilevati i posti letto presenti in Regione dai flussi NSIS HSP 12 e HSP 13 al 30 giugno 2014. La

tabella seguente mostra tale rilevazione evidenziando, nella sesta colonna il delta tra i posti letto attivi nel periodo di riferimento e l'applicazione dello standard presentato nella tabella precedente.

Rilevazione del delta tra posti letto attuali e standard nazionale

fonte dati: flussi NSIS HSP 12 e HSP 13 al 30.06.2014

Posti letto	PL da HSP				Δ HSP vs standard	Presenze medie giornaliere 2013 (*)		
	Ricoveri Ordinari	Day Hospital	Totale	PL per 1.000 ab.		Ricoveri Ordinari	Day Hospital	Totale
Acuzie	11.113	1.974	13.087	2,9	-223	8.315	1.566	9.881
Post-acuzie	4.499	116	4.615	1,1	1.509	3.908	96	4.004
Totale	**15.612**	**2.090**	**17.702**	**4,0**	**1.286**	12.223	1.662	13.885
%	88%	12%	100%					

* a carico anche parziale del SSN, escluso Nido

Nelle due tabelle seguenti è evidenziato il numero di posti letto presenti nel pubblico e di quelli presenti nei Presidi equiparati, negli IRCCS regionali e nei privati accreditati.

Posti letto pubblici

fonte dati: flussi NSIS HSP 12 e HSP 13 al 30.06.2014

N posti letto	PL RO	PL di DH	Totale	%
Acuzie	9.764	1.727	**11.491**	91%
Post-acuzie	1.015	56	**1.071**	9%
Totale	**10.779**	**1.783**	**12.562**	100%
%	86%	14%	100%	

Posti letto Presidi equiparati, IRCCS e privati accreditati

fonte dati: flussi NSIS HSP 12 e HSP 13 al 30.06.2014

N posti letto	PL RO	PL di DH	Totale	%
Acuzie	1.349	247	**1.596**	31%
Post-acuzie	3.484	60	**3.544**	69%
Totale	**4.833**	**307**	**5.140**	100%
%	94%	6%	100%	

2.3 Analisi delle giornate di degenza, degli accessi e calcolo dei posti letto normalizzati

Analizzando la produzione di ricoveri 2013 per tipologia di erogatore è possibile evidenziare l'articolazione delle giornate di ricovero ordinario e gli accessi di day hospital da cui ricavare le presenze medie giornaliere per poter calcolare i posti letto normalizzati sulla base della normativa nazionale. La programmazione Regionale prevede un utilizzo dei posti letto in ricovero ordinario pari al 80% per le acuzie e all'85% per le post-acuzie come indicato in precedenza (vedi par. 2.1). Si prevedono, in media, per i posti letto di day hospital 1,5 accessi al giorno per 250 giornate/anno.

Le tabelle seguenti presentano il calcolo dei posti letto normalizzati secondo i criteri appena evidenziati nonché i delta tra i posti letto esistenti (cfr. par. precedente) e i posti letto normalizzati, sia per il Pubblico che per i Presidi equiparati, IRCCS e privati accreditati.

Giornate, accessi e calcolo dei posti letto normalizzati - Pubblico

Giornate ed accessi	GG RO	ACCESSI DH	Totale	%
Acuzie	2.794.466	351.444	**3.145.910**	90%
Post-acuzie	313.135	17.292	**330.427**	10%
Totale	**3.107.601**	**368.736**	**3.476.337**	100%
%	89%	11%	100%	

GG / anno	365	250

Giornate, accessi e calcolo dei posti letto normalizzati - Pubblico

Presenze medie giornaliere	N paz RO	N pz DH	N Totale	%
Acuzie	7.656	1.406	**9.062**	91%
Post-acuzie	858	69	**927**	9%
Totale	**8.514**	**1.475**	**9.989**	100%
%	85%	15%	100%	

utilizzo PL	0,80	1,5
utilizzo PL	0,85	1,5

PL normalizzati	PL norm RO	PL norm DH	PL totale	%
Acuzie	9.570	937	**10.507**	91%
Post-acuzie	1.009	46	**1.055**	9%
Totale	**10.579**	**983**	**11.563**	100%
%	91%	9%	100%	

Differenze tra PL normalizzati e quelli esistenti	PL RO	PL di DH	Totale	%
Acuzie	194	790	**984**	98%
Post-acuzie	6	10	**16**	2%
Totale	**200**	**800**	**999**	100%
%	20%	80%	100%	

Si evidenzia una differenza notevole dei posti letto di DH che indica un basso utilizzo odierno di questa forma di ricovero.

Giornate, accessi e calcolo dei posti letto normalizzati - Presidi equiparati, IRCCS e privati accreditati

Giornate ed accessi	GG RO	ACCESSI DH	Totale	%
Acuzie	240.663	39.987	280.650	20%
Post-acuzie	1.113.249	17.879	1.131.128	80%
Totale	**1.353.912**	**57.866**	**1.411.778**	100%
%	96%	4%	100%	

GG / anno	365	250

Presenze medie giornaliere	N paz RO	N pz DH	N Totale	%
Acuzie	659	160	819	21%
Post-acuzie	3.050	72	3.122	79%
Totale	**3.709**	**231**	**3.941**	100%
%	94%	6%	100%	

utilizzo PL	0,80	1,5
utilizzo PL	0,85	1,5

PL normalizzati	PL norm RO	PL norm DH	PL totale	%
Acuzie	824	107	931	20%
Post-acuzie	3.588	48	3.636	80%
Totale	**4.412**	**154**	**4.567**	100%
%	97%	3%	100%	

Differenze tra PL normalizzati e quelli esistenti	PL RO	PL di DH	Totale	%
Acuzie	525	140	665	116%
Post-acuzie	-104	12	-92	-16%
Totale	**421**	**153**	**573**	100%
%	73%	27%	100%	

La significativa differenza dei posti letto di ricoveri ordinari di acuzie, rilevabile tra i posti letto esistenti (1.349) e quelli normalizzati (525), è da ascriversi ad una graduale riduzione, negli anni passati, dei ricoveri ordinari per acuti prodotta anche dalla contrazione del budget negoziato con gli erogatori privati per questa produzione che non è stata seguita da una corrispondente riduzione dei posti letto accreditati.

Giornate, accessi e calcolo dei posti letto normalizzati - Totale

Giornate ed accessi	GG RO	ACCESSI DH	Totale	%
Acuzie	3.035.129	391.431	**3.426.560**	70%
Post-acuzie	1.426.384	35.171	**1.461.555**	30%
Totale	**4.461.513**	**426.602**	**4.888.115**	100%
%	91%	9%	100%	

GG / anno	365	250

Presenze medie giornaliere	N paz RO	N pz DH	N Totale	%
Acuzie	8.315	1.566	**9.881**	71%
Post-acuzie	3.908	141	**4.049**	29%
Totale	**12.223**	**1.706**	**13.930**	100%
%	88%	12%	100%	

utilizzo PL	0,80	1,5
utilizzo PL	0,85	1,5

PL normalizzati	PL norm RO	PL norm DH	PL totale	%	PL/mille abitanti
Acuzie	10.394	1.044	**11.438**	71%	2,6
Post-acuzie	4.598	94	**4.691**	29%	1,1
Totale	**14.992**	**1.138**	**16.129**	100%	3,6
%	93%	7%	100%		

Differenze tra PL normalizzati e quelli esistenti	PL RO	PL di DH	Totale	%
Acuzie	719	930	1.649	105%
Post-acuzie	-99	22	-76	-5%
Totale	**620**	**952**	**1.573**	**100%**
%	39%	61%	100%	

Si evidenzia che i posti letto normalizzati per acuzie sulla base della normativa sono inferiori allo standard massimo nazionale (2,6 rispetto al 3,0 massimo dello standard) a seguito della riduzione di circa 1.650 PL, mentre permane ancora l'eccesso di attività ospedaliera per le post-acuzie (incremento di 76 PL a seguito dell'obbiettivo regionale di programmazione del 85%) che sarà trattata nei paragrafi seguenti.

2.4 Analisi della Mobilità extraregionale

Nelle tabelle seguenti viene presentata un'analisi della mobilità attiva e passiva fuori regione nei termini di posti letto normalizzati calcolati secondo la modalità descritta nel paragrafo precedente e il relativo valore economico

Mobilità Attiva

Numero di ricoveri	N RO	N DH	Totale	%
Acuzie	22.551	9.659	32.210	83%
Post-acuzie	6.299	72	6.371	17%
Totale complessivo	**28.850**	**9.731**	**38.581**	**100%**
%	75%	25%	100%	
Giornate ed accessi	**GG RO**	**Acc DH**	**Totale**	**%**
Acuzie	145.599	14.670	160.269	48%
Post-acuzie	169.800	806	170.606	52%
Totale complessivo	**315.399**	**15.476**	**330.875**	**100%**
%	95%	5%	100%	

Posti letto normalizzati per mobilità attiva	N.PL RO	N.PL DH	Totale
Acuzie	499	39	538
Post-acuzie	547	2	549
Totale complessivo	**1.046**	**41**	**1.087**
%	96%	4%	100%
Valore dei ricoveri in milioni di euro	**Valore RO**	**Valore DH**	**Totale**
Acuzie	102,5	13,6	**116,0**
Post-acuzie	31,6	0,1	**31,8**
Totale complessivo	**134,1**	**13,7**	**147,8**
%	91%	9%	100%

Mobilità Passiva

Numero di ricovero	N RO	N DH	Totale	%
Acuzie	30.950	10.433	**41.383**	91%
Post-acuzie	3.807	209	**4.016**	9%
Totale complessivo	**34.757**	**10.642**	**45.399**	100%
%	77%	23%	100%	
Giornate ed accessi	**GG RO**	**Acc DH**	**Totale**	**%**
Acuzie	181.544	18.922	**200.466**	67%
Post-acuzie	95.062	2.194	**97.256**	33%
Totale complessivo	**276.606**	**21.116**	**297.722**	100%
%	93%	7%	100%	

Posti letto normalizzati per mobilità passiva	PL_RO	PL_DH	Totale	%
Acuzie	622	50	**672**	68%
Post-acuzie	306	6	**312**	32%
Totale complessivo	**928**	**56**	**984**	100%
%	94%	6%	100%	

Valore dei ricoveri in milioni di euro	Valore RO	Valore DH	Totale	%
Acuzie	130,4	15,2	146	85%
Post-acuzie	24,9	0,5	25	15%
Totale complessivo	**155,2**	**15,6**	**171**	**100%**
%	91%	9%	100%	

Saldo della mobilità fuori regione

Numero di ricovero	N RO	N DH	Totale	%
Acuzie	-8.399	-774	**-9.173**	135%
Post-acuzie	2.492	-137	**2.355**	-35%
Totale complessivo	**-5.907**	**-911**	**-6.818**	100%
%	87%	13%	100%	
Giornate ed accessi	**GG RO**	**Acc DH**	**Totale**	**%**
Acuzie	-35.945	-4.252	**-40.197**	-121%
Post-acuzie	74.738	-1.388	**73.350**	221%
Totale complessivo	**38.793**	**-5.640**	**33.153**	100%
%	117%	-17%	100%	
Posti letto normalizzati	**PL_RO**	**PL_DH**	**Totale**	**%**
Acuzie	-123	-11	**-134**	-131%
Post-acuzie	241	-4	**237**	231%
Totale complessivo	**118**	**-15**	**103**	100%
%	115%	-15%	100%	

Valore dei ricoveri in milioni di euro	Valore RO	Valore DH	Totale	%
Acuzie	-27,9	-1,6	**-29,5**	128%
Post-acuzie	6,8	-0,3	**6,4**	-28%
Totale complessivo	**-21,2**	**-1,9**	**-23,1**	100%
%	92%	8%	100%	

Il saldo economico negativo è di circa 23 milioni di euro e di circa 6.800 ricoveri. La mobilità attiva è caratterizzata dalla prevalenza di ricoveri in post-acuzie con degenze medie lunghe mentre quella

passiva è principalmente legata a ricoveri in acuzie con degenze medie più brevi. Il saldo attivo di posti letto normalizzati è di circa 100 unità.

2.5 Analisi del consumo di ricoveri

A partire dall'analisi della mobilità passiva del paragrafo precedente sono stati calcolati i dati di consumo della popolazione residente del Piemonte (produzione + mobilità passiva -mobilità attiva).

Numero di ricoveri	N RO	N DH	Totale	%	Ricoveri/mille
Acuzie	396.912	200.574	597.486	92%	135
Post-acuzie	45.681	3.002	48.683	8%	11
Totale	442.593	203.576	646.169	100%	146
%	68%	32%	100%		

PL normalizzati	PL norm RO	PL norm DH	PL totale	%	PL/mille
Acuzie	10.517	1.055	11.572	72%	2,6
Post-acuzie	4.357	98	4.455	28%	1,0
Totale	14.874	1.153	16.027	100%	3,6
%	93%	7%	100%		

Il consumo è complessivamente di 146 ricoveri per mille residenti, di cui 32% in day hospital e corrisponde ad un numero di posti letto normalizzati di 16.027 pari al 3,6 per mille residenti, di cui 2,6 per acuzie e 1,0 per post-acuzie.

2.6 Calcolo della dotazione di posti letto regionali

Il Regolamento (articolo 1 comma 3) stabilisce un metodo per determinare il numero massimo di posti letto per il periodo coperto dalla programmazione. Esso prevede di partire dal numero massimo di posti letto determinato dall'applicazione del coefficiente 3,7 sulla popolazione residente. Di seguito si calcolano i posti letto corrispondenti della mobilità partendo dal saldo economico della mobilità (23,1 milioni di euro). Il saldo si divide per il valore medio nazionale per posto letto (0,223 milioni di euro). Il numero di posti letto risultanti sarà moltiplicato per un coefficiente dello 0,80 per l'anno 2014 e 0,65 per l'anno 2016. Nel caso della Regione Piemonte il risultato è pari a 67 PL per il 2016 che porta il numero massimo per la produzione regionale a 16.349 posti letto.

Applicazione del parametro nazionale	3,7	16.416
Effetto mobilità FR	.	-67
N massimo PL	.	16.349

Negli ultimi anni il numero e la durata dei ricoveri si è progressivamente ridotto senza che vi fosse una coerente riduzione di posti letto. Infatti il consumo di posti letto normalizzati sulla base dei flussi 2013 (16.027) da parte dei residenti piemontesi è inferiore al numero massimo di posti letto di cui alla tabella sopra riportata. Il numero di posti letto per post-acuzie rimane invece superiore all'obiettivo nazionale di 0,7 PL per mille abitanti.

In Piemonte esiste, da tempo, un eccesso di ricoveri di **post-acuzie ospedalieri** che esprime una domanda che dovrebbe trovare una risposta più appropriata sul territorio, come già descritto (cfr. par. 2.1). La continuità della cura tra ospedale e territorio richiede una presa in carico da parte del Distretto e la disponibilità di Assistenza domiciliare, RSA e di Strutture intermedie sanitarie a valenza territoriale.

Questo tipo di "struttura intermedia sanitaria a valenza territoriale (omissis)" è idonea ad ospitare:

- pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali per i quali è necessario:
    a. consolidare le condizioni fisiche,
    b. continuare il processo di recupero funzionale
    c. accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero
- pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.

Per lo sviluppo di questi percorsi è necessario favorire l'implementazione di forme di lavoro multidisciplinare, attraverso la predisposizione di specifici strumenti (quali i sistemi informativi), l'organizzazione di gruppi di lavoro o l'attivazione di progetti per consolidare il circuito locale di relazione tra professionisti."

Secondo i dati Regionali emerge che una buona parte dei ricoveri in lungodegenza post-acuzie ospedaliera (cod. 60) e in riabilitazione ospedaliera (cod. 56) è composta da pazienti che richiedono questo tipo di assistenza. La differenza determinante tra il ricovero ospedaliero e il ricovero in struttura intermedia sanitaria territoriale è il fabbisogno dell'assistito. Nel ricovero ospedaliero è

necessaria una presenza costante del medico (24H) e del riabilitatore, mentre nella struttura intermedia sanitaria territoriale è prevalente la presenza dell'assistenza infermieristica, mentre la presenza del medico e del riabilitatore potrà essere ridotta.

E' stato calcolato il fabbisogno di attivazione di Strutture intermedie sanitarie a valenza territoriale **(in Piemonte denominate CAVS)** di circa 0,3 PL per mille abitanti. Sarà possibile, all'interno dell'orizzonte temporale a disposizione del presente piano (2014-2016), una riduzione di 0,15 PL per mille abitanti di post-acuzie come risulta dalla tabella seguente. L'obiettivo non è un pieno riallineamento allo standard nazionale ma un riavvicinamento agli stessi.

2.7 I posti letto di post-acuzie

Si ritiene che l'orizzonte temporale a disposizione del presente piano (2014-2016) non permetta un pieno riallineamento allo standard nazionale ma un progressivo riavvicinamento agli stessi.

a. Il primo passo, come già specificato nei paragrafi precedenti, è l'adeguamento del numero di posti letto allo standard regionale di programmazione (85%).
b. Il secondo passo è la riduzione del consumo di post-acuzie attraverso l'applicazione di un coefficiente di riduzione specifico per ciascuna specialità.

Tabella per il calcolo del consumo di post-acuzie

Posti letto di post-acuzie	Produzione	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Consumo
28 - Unità spinale	72	-3	8	77
56 - Recupero e riabilitazione funzionale	3.134	-482	269	2.920
60 – Lungodegenti	1.358	-58	14	1.315
75 – Neuro-riabilitazione	120	-6	21	143
Totale complessivo	4.691	-549	312	4.455

Il numero di posti letto di neuro riabilitazione (inclusa l'unità spinale) è il doppio rispetto alla norma (0,02PL per mille residenti) con un evidente rischio di inappropriatezza dei ricoveri. L'incidenza della lungodegenza ospedaliera è circa il 50% più alta rispetto alla norma (0,2 PL per mille residenti) e l'analisi effettuata dall'Assessorato ha evidenziato che questa forma di ricovero è quella che maggiormente potrebbe essere sostituita da forme territoriali appropriate. La riabilitazione ospedaliera, codice 56, è anch'essa sovrabbondante rispetto alla norma ma durante il periodo in esame ha soprattutto necessità di un indirizzo appropriato secondo le linee già tracciate dalla Regione in provvedimenti di programmazione già assunti.

Applicazione dei coefficienti di riduzione per specialità

DISCIPLINA SPECIALISTICA	Posti letto consumo	Tasso 1000	Coeff. di correzione	Posti letto consumo Entro 31/12/2016	Tasso 1000
Unità Spinale (28)	77	0,02	0,90	69	0,02
Recupero e Riabilitazione Funzionale (56)	2.920	0,66	0,92	2.684	0,61
Lungodegenti (60)	1.315	0,30	0,70	921	0,21
Neuro-riabilitazione (75)	143	0,03	0,80	114	0,03
Totale	4.455	1,00		3.789	0,05

Dopo questa riduzione il consumo di prestazioni di ricoveri risulta come da tabella seguente

PL normalizzati	Nuovo consumo programmato dei residenti	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Nuova produzione programmata	PL/mille
Acuzie	11.572	538	672	11.438	2,6
Post-acuzie	3.789	549	312	4.026	0,9
Totale	15.361	1.087	984	15.464	3,5

Il dato complessivo di 3,5 posti letto per mille abitanti, è la risultanza dell'adeguamento del numero di posti letto allo standard regionale di programmazione e della parziale riduzione dell'eccesso di post-acuzie di circa 0,15 posti letto per mille abitanti.

La riduzione dell'offerta ospedaliera per post-acuzie consente di prevedere l'attivazione di letti, nella misura di 0,3 posti letto per mille abitanti, che possono soddisfare in maniera più appropriata il fabbisogno di salute della popolazione (soprattutto per la media e bassa complessità) nelle strutture intermedie sanitarie a valenza territoriale.

Altri aspetti per la costruzione del fabbisogno di posti letto

Il Regolamento indica come base per il calcolo del fabbisogno di posti letto il consumo di prestazioni di ricoveri appropriati. Il modello regionale di appropriatezza risale a più di dieci anni fa e ha portato la regione ad essere una delle più appropriate a livello nazionale (vedere la descrizione nell'Addendum 2011). Di conseguenza la Regione ha convertito una serie di prestazioni di piccola chirurgia in prestazioni ambulatoriali (vedere allegato del Patto per la salute 2010-2012 allegato A). Nello stesso modo si evidenzia una percentuale di ricoveri effettuato in forma diurna del 30 % che colloca la Regione a un buon livello nel panorama nazionale. Il tasso di ricoveri per acuzie è 146 ricoveri per mille abitanti, ben inferiore al limite nazionale. Il modello regionale evidenzia, di conseguenza, un sistema di ricoveri sostanzialmente appropriati. Naturalmente esistono ancora una serie di ricoveri evitabili che, però, richiedono il rafforzamento della rete territoriale nel triennio anche sulla base di quanto previsto nel Patto per la salute 2014-2016 (cfr. cap 4).

2.8 Verifica della programmazione regionale rispetto agli standard normativi relativi ai posti letto

Parametri nazionali	Parametri di programmazione Regione Piemonte
Numero di posti letto per 1.000 abitanti non superiore al 3,7 (di cui indicativamente 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie)	Il numero di posti letto risultante dalla programmazione porta il dato ad un livello inferiore al 3,7 per 1.000 abitanti (3,5 di cui 2,6 per acuzie e 0,9 per post-acuzie).
Tasso di ospedalizzazione 160 per 1.000 abitanti, di cui il 25% di ricoveri in DH;	Il tasso di ospedalizzazione è pari 146 per 1.000 abitanti di cui il 32% in DH
Riduzione di posti letto *"esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse"*;	Data applicazione, cfr. tabella allegata "Sintesi Regionale strutture assegnate"
Riduzione dell'offerta di posti letto almeno per il 50% nelle strutture di ricovero pubbliche;	Data applicazione. La riduzione insiste per il 63% sul Pubblico e per il 37% sul Privato

3. Applicazione degli standard previsti dalla all'art. 15, c. 13, lettera c, della L. 135/2012 (CSR n.98 del 5 agosto 2014)

3.1 Premessa metodologica

Il modello proposto per attuare il Patto per la Salute 2014 -2016, salvaguardando la centralità del cittadino e garantendo l'appropriatezza delle prestazioni offerte, è fondato sui seguenti principi fondamentali:

- L'incrocio del dato epidemiologico (bisogno) con il dato SDO relativo alle prestazioni realmente erogate (caratteristiche della produzione);
- La rimodulazione della rete di Emergenza- Urgenza in simmetria con la rete Ospedaliera secondo il concetto di Hub & Spoke, alla luce sia dei bacini di utenza che della copertura delle zone disagiate, ridefinendo altresì le interdipendenze con il 118. L'adeguata strutturazione delle due reti secondo la logica sopra esposta, costituisce infatti l'architrave sul quale rimodulare le reti delle patologie complesse e la loro interazione con la rete Territoriale.
- La definizione del fabbisogno delle strutture operative complesse (di seguito SC) per singola disciplina, individuato sulla base dei range per bacino di utenza indicati dal Regolamento, e determinato alla luce dei volumi e degli esiti delle prestazioni erogate dalle diverse Strutture. Nell'analisi del fabbisogno di strutture è ricompreso anche il fabbisogno di strutture degli erogatori privati accreditati, a carico del SSR, che partecipano al soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione Piemontese.
- La rimodulazione delle reti delle patologie complesse tempo dipendenti (ad es. politrauma, infarto STEMI, Ictus, ostetricia e neonatologia, psichiatria etc...) e delle reti di elezione (ad es. oncologica, allergologica ma anche laboratoristica, etc...) che inserendosi sul sistema Hub & Spoke degli ospedali, consentono di garantire una risposta tempestiva e appropriata ai bisogni. La tempestività risulta garantita sia dall'adeguato coordinamento con il 118, che dalla possibilità di trasmettere in tempo reale immagini e dati. Anche in questo caso, la garanzia dell'appropriatezza è rilevabile attraverso l'analisi dei volumi e degli esiti per patologia che caratterizzano le diverse SC.

In conclusione, il risultato atteso dall'attuazione del Patto per la Salute, art.3, si realizza attraverso la rimodulazione della rete ospedaliera articolata in Hub (DEA di II livello), Spoke (DEA di I Livello), Ospedali di Base con Pronto Soccorso e Ospedali di Area Disagiata con attività ridotta di Pronto Soccorso, con la definizione dei fabbisogni per specialità e l'allocazione delle discipline per l'elezione che sia funzionale rispetto ai nodi della rete dell'Emergenza e delle patologie complesse tempo dipendenti.

Inoltre, la necessaria razionalizzazione della reti, comporta la riconversione in strutture territoriali di quei presidi ospedalieri che, non rispondendo ai criteri sopra indicati, divengono strategici per la gestione sul territorio di tutte le patologie, in particolare quelle legate alla cronicità, per le quali l'assistenza in elezione risulta non appropriata.

Occorre perciò definire una strategia complessiva, che è anche culturale, per governare la domanda al fine di riconvertire la spesa (ridurre i consumi inappropriati, potenziare l'assistenza primaria, riordinare le reti ospedaliere).

A tale scopo sarà strategico agire contemporaneamente per favorire forme di integrazione all'interno dell'Assistenza Primaria che garantiscano una presa in carico multidisciplinare e multi-professionale, e che rappresenteranno il nucleo attorno al quale si prevede ruoti l'intera assistenza territoriale delle Asl piemontesi.

Tutto questo avverrà attraverso la promozione di forme di integrazione multi-professionale all'interno dei Distretti, nelle quali medici di medicina generale, medici di ex continuità assistenziale e pediatri di libera scelta operano con altri professionisti dei Distretti (infermieri, assistenti sociali, personale amministrativo del distretto) in coerenza con il Patto per la Salute e con le modalità previste dall' Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013.

3.2 Rimodulazione della Rete Ospedaliera Emergenza -Urgenza

Considerato quanto previsto dal Patto per la Salute 2014-2016, art. 3, la base di calcolo per l'applicazione dei parametri previsti dal Regolamento risulta essere la popolazione residente e il numero di passaggi appropriati.

La Regione Piemonte, già nel 2011, in occasione della sottoscrizione dell'Accordo con i Ministeri affiancanti per il rientro dal disavanzo economico-finanziario, aveva elaborato, con il contributo di Agenas, un Addendum al Piano di Rientro (approvato con DGR 49-1985/2011) coerente, in linea generale, alle indicazioni contenute nel Regolamento per il raggiungimento degli standard in attuazione della Legge 135/2012.

Tuttavia negli anni la Regione ha intrapreso una riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale che ha più volte modificato la programmazione approvata e condivisa dai Ministeri affiancanti.

Tale riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale trova fondamento nella DGR n. 167-14087/2012 (approvazione del Piano Socio-Sanitario 2012-2015), e nella successiva DGR n. 6-5519 del 14 marzo 2013 per poi essere ulteriormente modificata dalla DGR 28-7588 del 12 maggio 2014, attualmente sospesa.

A fronte dei Programmi Operativi 2013 - 2015 concordati con il Ministero della Economia e Finanza e Ministero della Salute, l'intervenuta approvazione del Patto per la Salute 2014 – 2016, e del Regolamento, determinano una più rigorosa rimodulazione in accordo con i criteri sotto elencati:

- Bacini di utenza medi (rispetto alla forbice prevista dagli standard 600.000 – 1.200.000 per gli Hub e tra 150.000 e 300.000 per gli Spoke)
- Tempo di percorrenza in relazione alle caratteristiche orografiche del territorio
- Volumi di attività reali e attesi

Si evidenzia che considerate le peculiari caratteristiche del territorio piemontese, la rimodulazione qui definita si orienta verso una copertura finalizzata a garantire i territori più periferici utilizzando, pertanto, parametri intermedi riferiti ai bacini di utenza.

Alla luce di quanto esposto si definisce la seguente articolazione degli ospedali della rete piemontese, da sviluppare nel periodo di vigenza del Patto per la Salute, organizzata in sei Aree con l'individuazione di 6 Hub (Dea di II livello), 20 Spoke (Dea di I livello), 8 Ospedali di Base con PS e 4 PS di Area Disagiata.

La tabella 1, nella pagina seguente, mostra l'articolazione della rete di offerta su ciascuna Area.

Tabella 1. Rimodulazione della rete Emergenza-Urgenza

Area	DEA II livello (Hub)	DEA I livello (Spoke)	Ospedale di Base con Pronto Soccorso	Pronto Soccorso (Area Disagiata)
Torino NORD	Torino Nord Emergenza, San Giovanni Bosco	Maria Vittoria Ivrea Chivasso Ciriè	Gradenigo (*)	Cuorgnè
Torino SUD-EST	Città della Salute e della Scienza	Chieri Moncalieri	Carmagnola	
Torino OVEST	Mauriziano – Umberto I	Rivoli Pinerolo S. Luigi Martini(▣)		Susa
Piemonte NORD-EST	Maggiore della Carità	Borgomanero Vercelli Biella Domodossola/ Verbania (**) ↔	Borgosesia Domodossola/ Verbania (**)	
Piemonte SUD-OVEST	Santa Croce e Carle	Mondovì(▣) Savigliano Alba (Verduno)	Bra (Verduno) Saluzzo	Ceva
Piemonte SUD-EST	SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo	Asti Casale M.to(▣) Novi L.	Acqui T. Tortona	Ovada
Totale	6	20	8	4

(*) *Presidio ex art.43 legge 833/78*

(▣) *Da valutare il mantenimento del DEA di I livello entro il 31.12.2015*

(**) *In considerazione dell'analisi metodologica precedentemente svolta, vi sarà un solo DEA di I livello e un Ospedale di Base con Pronto Soccorso a tutela della specificità del territorio che nella Legge 56 del 7 aprile 2014 (art. 1, comma 3) è individuato quale Provincia Montana; la decisione in merito all'assegnazione della sede di DEA sarà definita previo confronto con il territorio entro il 31.12.2015.*

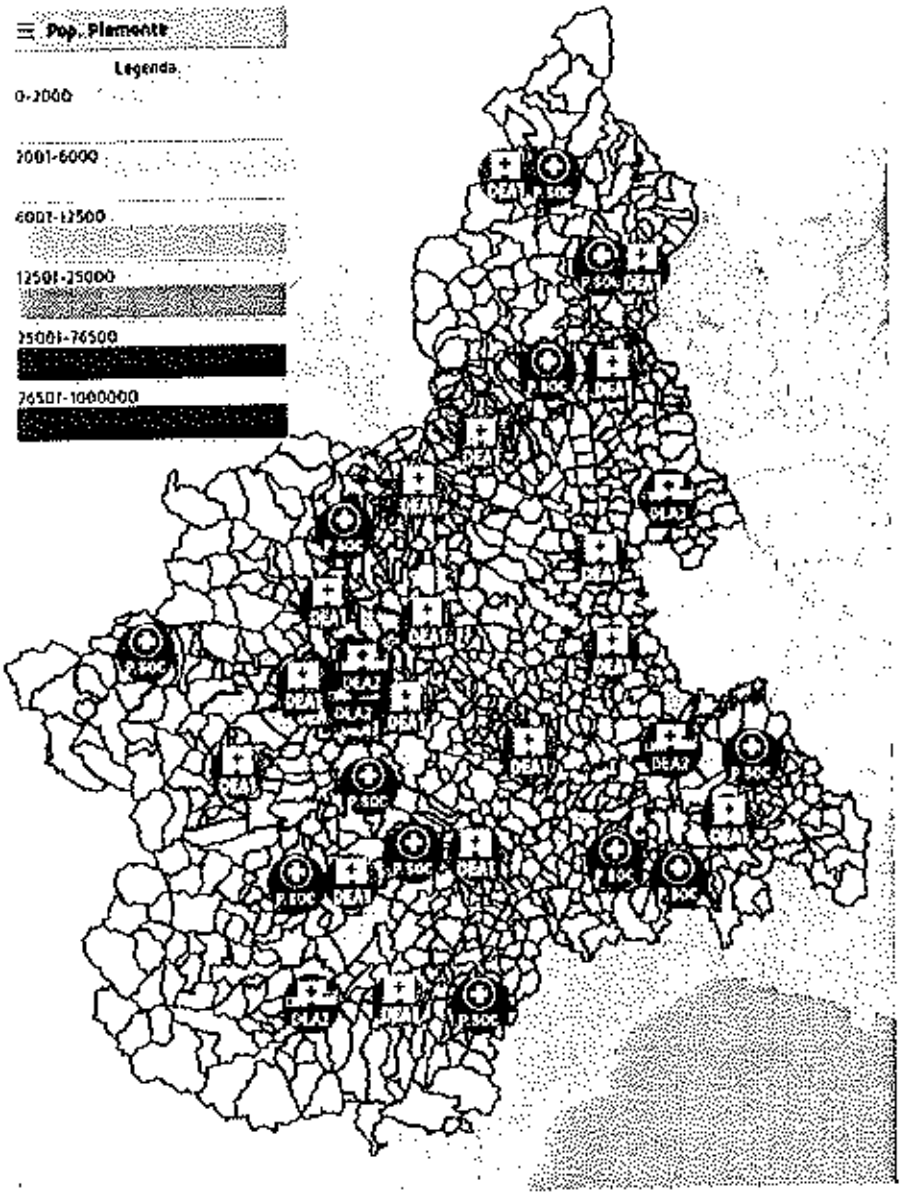
L'Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi di Orbassano viene classificata come DEA di I livello pur mantenendo alcune specialità a rara diffusione (quali ad es. chirurgia toracica, anche in considerazione della storia di questo presidio); durante il periodo di vigenza della presente programmazione dovrà essere definito il rapporto con l'Università anche per la realizzazione dell'annunciata riforma degli ospedali universitari torinesi relativamente alla ricerca, alla didattica e all'assistenza.

Il ruolo dei presidi pubblici non individuati nella tabella, che attualmente svolgono attività di primo intervento (Lanzo; Giaveno; Venaria; Nizza Monferrato), verrà riconsiderato nell'ambito della ridefinizione della rete territoriale ai sensi dell'art.5 del Patto per la Salute relativo a: AFT, UCCP, Presidi territoriali, e nell'ambito della continuità assistenziale. Il Presidio di Omegna "Centro Ortopedico di Quadrante – COQ" svolge attività specialistica in Ortopedia e Riabilitazione. Il Presidio Borsalino e il Presidio di Fossano svolgono attività riabilitativa rispettivamente all'interno dell'Aso di Alessandria e dell'ASL CN1. Il Presidio SAAPA di Settimo Torinese svolge funzioni riabilitative nell'ASL Torino 4.

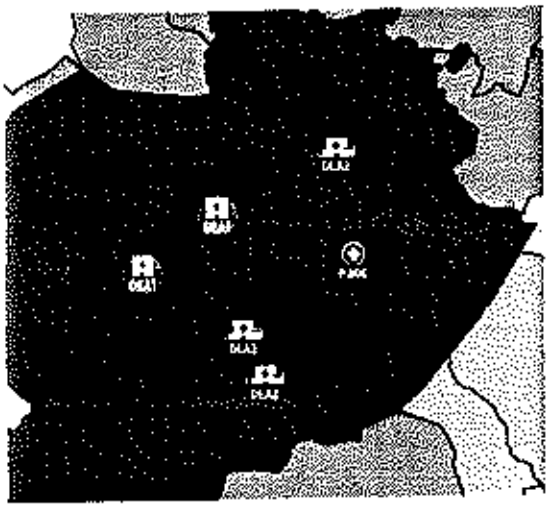
Si evidenzia che il Regolamento chiarisce che ciascun Hub svolge anche il ruolo di Spoke per il suo bacino di riferimento e che, di conseguenza, ogni Spoke svolge anche le funzioni di Pronto Soccorso per il proprio bacino di riferimento.

Nella figura successiva viene rappresentata la collocazione di tali strutture sul territorio Piemontese in relazione alla densità della popolazione residente.

Figura 1. Rimodulazione della rete Hub & Spoke – mappa

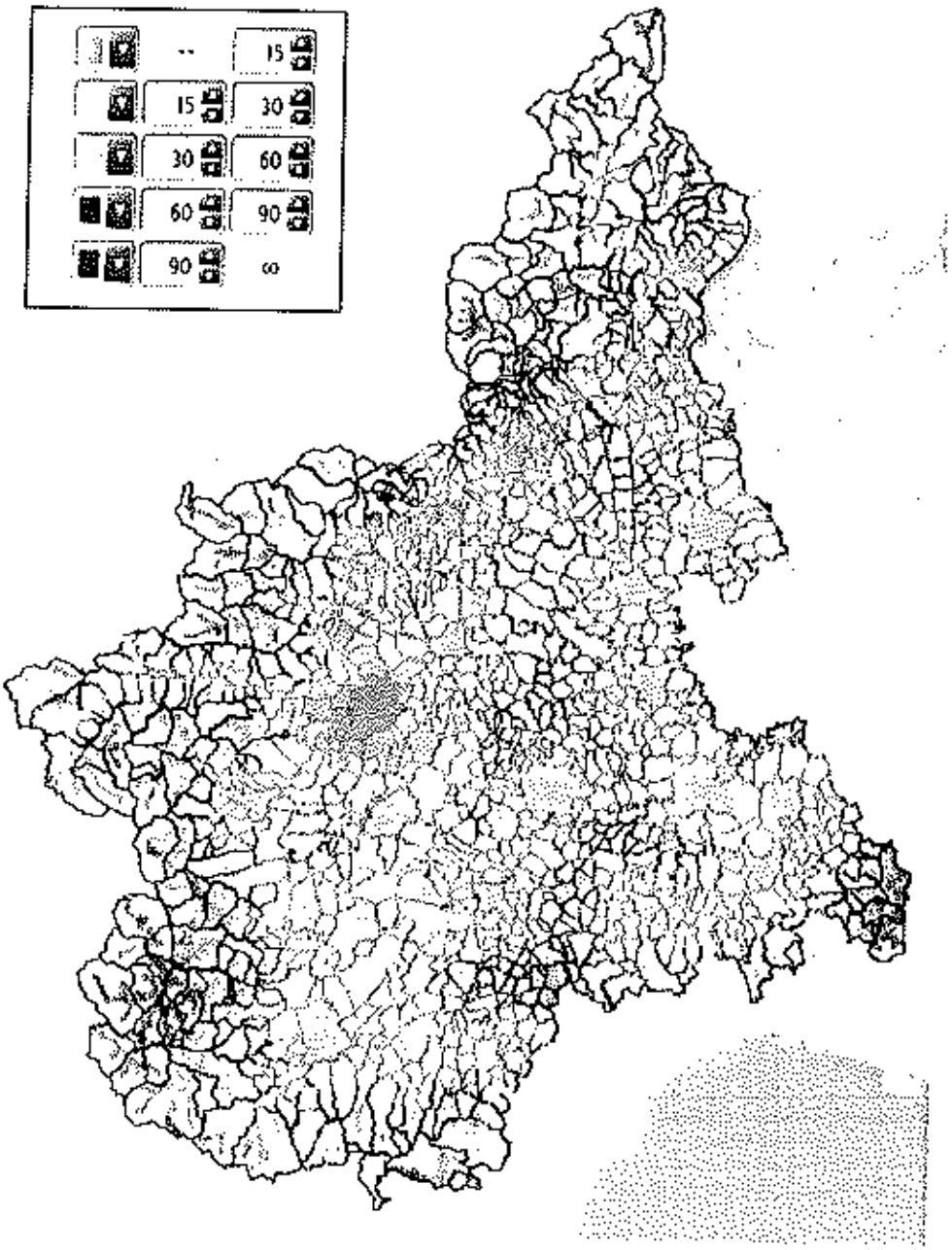


Torino Città



Nella figura 2 viene rappresentata la copertura territoriale della rete Emergenza-Urgenza Ospedaliera in funzione delle fasce isocrone (tempi di percorrenza) indicate in legenda.

Figura 2. Copertura in termini di percorrenze della rete Hub & Spoke – mappa



3.2.1 Il percorso per la definizione del posizionamento attuale

Il processo di riorganizzazione della rete si inserisce in un sistema organizzato strutturatosi nel tempo (cfr. riferimenti normativi in introduzione). Al fine di comprendere la distanza tra il disegno

organizzativo derivante dalla normativa e l'attuale articolazione del sistema di offerta, è stata effettuata una macroanalisi dei punti di erogazione, pubblici e privati, per disciplina con i relativi volumi di produzione.

Si è pertanto proceduto con la rilevazione dei seguenti dati:

- Strutture complesse presenti nell'anagrafe strutture pubbliche della Regione nel 2013 (ARPE)
- Incarichi di Direttore di Struttura Complessa coperti presenti nel database del personale della Regione nel 2013 (OPESSAN)
- Punti di erogazione pubblici per disciplina rilevabili dai dati di produzione (dati SDO 2013)
- Punti di erogazione privati per disciplina rilevabili dai dati di produzione (dati SDO 2013) ricalcolati come strutture complesse equivalenti ovvero considerando una produzione corrispondente a oltre 5 posti letto normalizzati secondo i parametri di utilizzo efficiente sopra descritti.

A fronte della mappatura elaborata sono stati definiti i criteri di allocazione delle discipline nel rispetto dei parametri del Regolamento applicati alla popolazione di riferimento.

3.2.2 Applicazione degli standard nel calcolo delle strutture per singola disciplina

Alla luce delle indicazioni presenti nel Patto per la Salute 2014 – 2016 e nel richiamato Regolamento, è stato calcolato il numero delle strutture complesse per disciplina (pubbliche e private equivalenti) in rapporto ai bacini di utenza che costituiscono la rete assistenziale dell'Emergenza Urgenza e Ospedaliera. Ai fini del calcolo è stata utilizzata come riferimento la popolazione residente in Regione al 1 gennaio 2014 (ISTAT).

La tabella seguente riporta le strutture complesse regionali per disciplina (pubbliche e private equivalenti) che la Regione ha a disposizione, determinate dall'applicazione dei parametri previsti dalla Legge 135/2012 e dal Regolamento secondo gli standard di bacino medio. In grigio sono evidenziate le discipline che caratterizzano l'Emergenza – Urgenza.

Tabella 2. Calcolo delle strutture pubbliche e private per disciplina secondo il parametro medio del Regolamento, con e senza posti letto.

Fonte dati: Regolamento e dati ISTAT

Popolazione residente Regione Piemonte: 4.436.798 (01.01. 2014)

DESCRIZIONE Area	Codice	Disciplina o specialità clinica	Parametro Regolamento
			Bacino med in mln di ab.
1_Area Medica	01	Allergologia	1,5
1_Area Medica	08	Cardiologia	0,2
1_Area Medica	52	Dermatologia	0,9
1_Area Medica		Dietetica/dietologia	0,9
1_Area Medica	18	Ematologia	0,9
1_Area Medica	57	Fisiopatologia della ripr umana	3,0
1_Area Medica	58	Gastroenterologia	0,6
1_Area Medica	21	Geriatria	0,6
1_Area Medica	20	Immunologia e centro trapianti	3,0
1_Area Medica	19	Malattie Endocrine	0,9
1_Area Medica	24	Malattie Infettive	0,9
1_Area Medica	25	Medicina del lavoro	1,5
1_Area Medica	26	Medicina Generale	0,1
1_Area Medica	29	Nefrologia con PL autonomi ***	0,9
1_Area Medica	54	Nefrologia/Dialisi ***	0,5
1_Area Medica	77	Nefrologia Pediatrica	5,0
1_Area Medica	32	Neurologia	0,2
1_Area Medica	65	Oncoematologia Pediatrica	3,0
1_Area Medica	64	Oncologia ***	0,5
1_Area Medica	64	Oncologia senza letti ***	0,2
1_Area Medica	68	Pneumologia	0,6
1_Area Medica	70	Radioterapia (cfr. codice 74)	0,0
1_Area Medica	74	Radioterapia oncologica	0,9
1_Area Medica	71	Reumatologia	0,9
1_Area Medica		Terapia del dolore con letti ***	3,3
1_Area Medica		Terapia del dolore senza letti ***	0,4
2_Area Chirurgica	07	Cardiochirurgia	0,9
2_Area Chirurgica	06	Cardiochirurgia pediatrica	5,0
2_Area Chirurgica	09	Chirurgia Generale	0,2
2_Area Chirurgica	10	Chirurgia Maxillo facciale	1,5
2_Area Chirurgica	11	Chirurgia Pediatrica	2,0
2_Area Chirurgica	12	Chirurgia Plastica	1,5
2_Area Chirurgica	13	Chirurgia Toracica	1,2
2_Area Chirurgica	14	Chirurgia Vascolare	0,6
2_Area Chirurgica	48	Nefrologia centro trap. Rene ***	3,0
2_Area Chirurgica	30	Neurochirurgia	0,9
2_Area Chirurgica	76	Neurochirurgia pediatrica	5,0
2_Area Chirurgica	34	Oculistica	0,2
2_Area Chirurgica	35	Odontoiatria	0,6
2_Area Chirurgica	38	ORL	0,2
2_Area Chirurgica	36	Ortopedia	0,2
2_Area Chirurgica	43	Urologia	0,2
2_Area Chirurgica	78	Urologia Pediatrica	5,0

DESCRIZIONE Area	Codice	Disciplina o specialità clinica	Parametro Regolamento Bacino medi in mln di ab.
3_Area Materno - Infantile	33	Neuropsichiatria Infantile	3,0
3_Area Materno - Infantile	37	Ostetricia	0,2
3_Area Materno - Infantile	39	Pediatria	0,2
4_Area Emergenza	47	Grandi Ustioni	5,0
4_Area Emergenza	51	MCAU	0,2
4_Area Emergenza	49	T. Intensiva	0,2
4_Area Emergenza	73	T. Intensiva neo.	0,9
5_Area Psichiatria	40	Psichiatria	0,2
6_Area post acuzie	60	Lungodenza	0,1
6_Area post acuzie	75	Neuroriabilitazione	0,9
6_Area post acuzie	56	Recupero e Riabilitazione	0,1
7_Area Diagnostica e supporto	03	Anatomia e Istologia patologica	0,2
7_Area Diagnostica e supporto		Direzione Sanitaria*	0,2
7_Area Diagnostica e supporto		Farmacia ospedaliera	0,2
7_Area Diagnostica e supporto		Fisica Sanitaria	0,9
7_Area Diagnostica e supporto		Genetica Medica	3,0
7_Area Diagnostica e supporto		Laboratorio analisi	0,2
7_Area Diagnostica e supporto	61	Medicina nucleare con letti ***	3,0
7_Area Diagnostica e supporto	61	Medicina nucleare senza letti ***	0,9
7_Area Diagnostica e supporto		Microbiologia e virologia	0,9
7_Area Diagnostica e supporto	79	Neuroradiologia	1,5
7_Area Diagnostica e supporto	69	Radiologia	0,2
7_Area Diagnostica e supporto		Servizio trasfusionale **	0,2
7_Area Diagnostica e supporto	42	Tossicologia	5,0
		ALTRE ATTIVITÀ	
		Emodinamica	0,5
3_Area Materno - Infantile	62	Neonatologia	0,9
4_Area Emergenza	50	Utic	0,2
4_Area Emergenza		Emergenza Sanitaria 118	

**1 SC per HUB e per ciascun spoke, negli Hub con più presidi caratterizzati per specialità è utile prevedere più Direzioni Sanitarie*

*** I bacini di utenza devono essere coerenti con le previsioni dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 e del 25 luglio 2012*

**** Le discipline che sono previste dal Regolamento con o senza posti letto sono assegnate ai diversi Presidi unicamente in una delle due modalità previste*

A fronte dell'applicazione dei parametri del Regolamento, si è proceduto alla distribuzione delle discipline individuate per l'Emergenza-Urgenza secondo i livelli decrescenti di specializzazione delle strutture (DEA di II livello, I livello, Pronto Soccorso e Pronto Soccorso Area Disagiata).

La rete di Emergenza (Hub e Spoke) è stata parametrata, come evidenziato in precedenza (cfr. par. 3.2), tenendo conto dei tempi di percorrenza e della complessità orografica, su un bacino di riferimento dimensionato su circa 170.000 abitanti, tale da individuare 6 HUB (che assolvono anche alla funzione di spoke per il relativo bacino di utenza) e 20 Spoke (che assolvono anche alla funzione di Ospedale di base con Pronto Soccorso per il relativo bacino di utenza). A questi si aggiungono 8 Ospedali di Base con Pronto Soccorso (con parametro di circa 80.000 abitanti) e 4 Pronto Soccorso di Area Disagiata al fine di tutelare le aree territoriali con tempi di percorrenza superiori ai tempi previsti dal Regolamento per un servizio di emergenza efficace.

Inoltre, è stato considerato un adeguato e coerente rafforzamento della rete 118 e della diffusione delle elisuperfici ad uso notturno, in modo di garantire l'accesso dei cittadini alla rete dell'emergenza ospedaliera secondo una modalità sempre più corretta e tempestiva.

E' previsto altresì che siano adeguatamente approfondite problematiche quali il triage e i percorsi clinico-assistenziali in emergenza-urgenza, garantendo una profonda interazione tra la emergenza territoriale e quella ospedaliera, con la condivisione dei pdta e favorendo territori comuni di azione pur nelle diverse peculiarità organizzative.

Particolare attenzione va posta alla gestione dell'*overcrowding* e della governance dei posti letto, collegata al tema della domiciliarità e della continuità assistenziale nel post ricovero, attuando i percorsi di presa in carico da parte del distretto anche avvalendosi della messa in comune delle piattaforme tecnologiche, come previsto dall'accordo stato-regioni del 7 febbraio 2013.

In questo contesto una corretta azione di riorganizzazione e di *clinical governance*, anche in ragione dei volumi di attività relativi alle discipline prevalentemente di elezione, ha portato a prevedere un dimensionamento con bacini di utenza superiori al fine di aggregare più virtuosamente tali volumi per le patologie per le quali la letteratura evidenzia correlazioni statisticamente significative tra volumi ed esiti.

3.3 Rimodulazione della Rete Ospedaliera di elezione

3.3.1 La metodologia di allocazione delle discipline

Sui nodi della rete della emergenza (Hub, Spoke e Ospedali di Base con Pronto Soccorso), si implementano le specialità di elezione dimensionate anch'esse in base ai bacini di utenza ed a volumi di attività, tenendo conto della complessità tecnologica e delle alte professionalità garantite dalla struttura già organizzata per rispondere alle urgenze.

Alcuni pool di specialità ed i relativi volumi di attività, sulla base della programmazione regionale, possono essere allocate anche nelle strutture private accreditate anche in relazione ai volumi di attività già presenti.

Con riferimento all'attività di elezione, i criteri da adottare per la distribuzione delle discipline tra le strutture, sono i seguenti:

- **complessità assistenziale dei nodi della rete:** le discipline vengono attribuite progressivamente ai nodi della rete partendo dagli ospedali caratterizzati dalla maggior complessità (Hub) in modo che quelle ad alta specializzazione siano collocate principalmente negli Hub (ad es. neurochirurgia, cardiochirurgia, etc.), quelle a media diffusione negli Hub e in alcuni Spoke (ad es. geriatria, odontoiatria, etc.) e quelle ad ampia diffusione negli Hub, negli Spoke (ad es. cardiologia, oncologia senza PL, etc.) tenendo conto delle aggregazioni di alte tecnologie e professionalità dettate dall'articolazione della rete dell'Emergenza - Urgenza.

- **specificità assistenziali:** oltre al criterio generale di attribuzione espresso al punto precedente occorre tener debitamente conto dei seguenti ulteriori criteri di seguito definiti.
    - discipline/funzioni a valenza regionale: alcune discipline/funzioni, caratterizzate da alta complessità e alta specialità, hanno come riferimento l'intero bacino regionale e devono trovare collocazione in centri specifici, preferenzialmente concentrando tali attività in un unico Centro Regionale o in Centri sovra-regionali in modo da favorire la sicurezza e l'efficienza della struttura.
      Tali discipline sono esemplificate nel seguente elenco: Cardiochirurgia Pediatrica; Chirurgia Pediatrica; Genetica medica; Grandi Ustionati; Immunologia e centro Trapianti; Nefrologia centro trapianti Rene; Nefrologia Pediatrica; Neuroradiologia; Oncoematologia Pediatrica; Urologia Pediatrica, etc.
    - discipline peculiari che caratterizzano le strutture di vertice delle reti tempo-dipendenti quali: rete traumatologica (nel Centro Traumi di Alta Specializzazione devono essere presenti: camera iperbarica, Unità Spinale Unipolare e riabilitazione del cranioleso, trattamento delle amputazioni traumatiche e microchirurgia, etc..), rete ictus (nella Stroke Unit di II livello devono essere presenti: neuroradiologia, interventistica endovascolare, neurochirurgia, angiografia cerebrale), rete infarto (emodinamiche secondo bacino di utenza previsto dal Regolamento).
    - discipline peculiari che caratterizzano le reti di elezione per patologia complessa (trapianti, oncologia, insufficienza renale, etc.)

L'allocazione definitiva delle discipline non connesse all'Emergenza Urgenza è demandata alla Direzione Sanità, su proposta del Direttore Generale dell'ASL, in relazione alla disponibilità di spazi idonei, in funzione degli investimenti strutturali effettuati e della necessità di valorizzare il ruolo dei Presidi Ospedalieri di Base. Tali Presidi svolgono infatti un ruolo fondamentale a salvaguardia del territorio, per dare un'efficace risposta alla domanda di salute, in particolare nelle zone a bassa densità abitativa.

- **Rapporti con l'Università:** I rapporti con l'Università sono disciplinati con Accordi specifici tesi ad evidenziare la partecipazione delle stesse alla programmazione Regionale e l'organizzazione dei percorsi formativi.
  Occorre porre particolare attenzione ai seguenti aspetti:
    - Differenziazione formazione di base –specializzazione
    - Applicazione dei criteri e degli standard previsti dal Regolamento anche per la individuazione delle strutture Complesse a direzione Universitaria.

- Ridondanza delle funzioni apicali con riferimento all'attribuzione delle strutture complesse.
- Ruolo degli specializzandi all'interno delle attività cliniche delle singole strutture.

Alla luce del presente Provvedimento si procederà alla revisione dei protocolli Regione-Università per renderli coerenti con la ridefinizione dell'analisi di fabbisogno.

- **Integrazione con gli erogatori privati:** Il fabbisogno complessivo definito con le modalità precedentemente descritte, è soddisfatto in modo integrato anche dall'attività degli erogatori privati, sempre organizzata per bacini di utenza, attraverso specifici accordi che garantiscano:

  - ***integrazione col pubblico.*** Assegnazione di posti letto in settori con carenza di offerta pubblica e/o indicatori di mobilità elevata;
  - ***collegamento con la rete ospedaliera.*** Chiara individuazione dell'ospedale di riferimento per le attività non proprie e per le emergenze (definizioni tariffarie per le prestazioni eventualmente richieste alle Strutture Pubbliche).
  - ***recupero mobilità passiva extraregionale.*** Assegnazione di attività in discipline con consistente mobilità passiva in cui lo sviluppo di Strutture Private accreditate particolarmente qualificate può ridurre (previa verifica dei percorsi), nel medio periodo, la "migrazione" fuori regione dei pazienti;
  - ***stabilità della programmazione.*** Assegnazione di funzioni la cui committenza è chiaramente definibile e programmabile nel medio periodo, al netto delle variabili di sistema, per consentire i necessari investimenti;
  - ***specializzazione.*** Per le strutture private di piccole dimensioni assegnazione di funzioni in settori mono-specialistici che possono fornire elevata qualità assistenziale;
  - ***responsabilità dei risultati.*** Assegnazione di attività nelle quali è possibile il controllo di appropriatezza e controllo esiti; di norma viene richiesta la completezza del percorso di cura della specifica attività (diagnosi-terapia e riabilitazione) nella stessa sede o attraverso accordi formali con altre strutture pubbliche e private (es. ortopedia e riabilitazione);
  - ***indicatori specifici.*** Griglia di requisiti aggiuntivi, oltre a quelli previsti per l'accreditamento, che permettano di individuare le caratteristiche di qualità delle strutture private contrattualizzate con particolare riferimento alle strutture che erogano prestazioni specialistiche a livello ambulatoriale (ad es. dotazione tecnologica; mancanza di offerta nello stesso settore nel territorio in cui è ubicata la struttura; esperienza e competenza dei professionisti; criteri di qualità legati alla numerosità della casistica trattata; etc.);

REGIONE PIEMONTE

- Aldilà dei percorsi di autorizzazione e accreditamento, deve essere prevista una specifica ***valutazione e verifica*** non solo dei volumi e degli esiti ma anche relativa alle indicazioni diagnostico terapeutiche e alla coerenza dell'attività con i PDTA previsti per le singole patologie.
- Per quanto riguarda poi, ***l'attività di post-acuzie***, analogamente al settore pubblico, pur essendo necessaria una specifica futura trattazione, si sottolinea in questa sede la necessità di rivedere l'organizzazione di aggregazione del fabbisogno ospedaliero di dimissioni, la presa in carico da parte del distretto ed il governo clinico rispetto alle priorità e ai tempi di allocazione dei pazienti, di degenza e di dimissione dalle strutture stesse. Questo in funzione sia di una trasparente gestione dei ricoveri, che del trattamento tempestivo delle ri-acutizzazioni.

- **Volumi, complessità trattata, peculiarità della funzione:** Può essere prevista la possibilità di attribuire ad un'Azienda più di una struttura complessa per disciplina nel caso in cui i volumi appropriati di produzione non possano essere garantiti efficacemente da un'unica struttura oppure sussistano delle condizioni peculiari di trattamento in multi-disciplinarietà (ad es. breast-unit; trapianti).

3.3.2 Adeguamento della rete ospedaliera Piemontese alla normativa

A fronte del percorso e dei criteri descritti nei paragrafi precedenti, si definisce quanto segue.

1 **La dotazione delle discipline**, in termini di strutture complesse, **pubbliche e private equivalenti**, (vedi schede dell'allegato B), così articolate:

   a. per presidio pubblico con riferimento alle discipline connesse all'emergenza urgenza;

   b. per ASR con riferimento alle rimanenti discipline da assegnare per Presidio;

   c. a livello regionale relativamente ai Presidi ex art.43, agli IRCCS e alle strutture private accreditate.

2. **La dotazione del numero complessivo dei posti letto** articolata:

   a. per ASR con riferimento al pubblico;

   b. a livello regionale relativamente ai Presidi ex art.43, agli IRCCS e alle strutture private accreditate.

REGIONE PIEMONTE

In sintesi la rete ospedaliera sarà composta come segue:

1. Strutture complesse

	Pubblico	Privato
Totale SC	667	148*

**strutture complesse equivalenti*

2. Posti letto assegnati a erogatori pubblici e privati

ASR	Acuzie	Postac	Totale
010202 - To2 (Torino)	868	-	868
010204 - To4	885	62	947
Torino Nord Totale	1.753	62	1.815
010205 - To5	423	36	459
010909 - Azienda Ospedaliera Città Della Salute E Della Scienza (Torino)	1.748	73	1.821
Torino Sud - Est Totale	2.171	109	2.280
010201 - To1 (Torino)	199	-	199
010203 - To3	480	24	504
010904 - Azienda Ospedaliero Universitaria S. Luigi (Orbassano)	376	24	400
010908 - Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano Di (Torino)	473	-	473
Torino Ovest Totale	1.528	48	1.576
010206 - Vc	333	-	333
010207 - Bi	379	24	403
010208 - No	200	-	200
010209 - Vco	328	25	353
010905 - Azienda Osped. Novara E Galliate (Novara)	681	30	711
Piemonte Nord –Est Totale	1.921	79	2.000
010210 - Cn1	523	56	579
010211 - Cn2	291	15	306
010906 - Az. Ospedal. S. Croce E Carle (Cuneo)	661	20	681
Piemonte Sud - Ovest Totale	1.475	91	1.566
010212 - At	439	58	497
010213 - Al	641	63	704
010907 - Az. Ss. Antonio E Biagio E C. Arrigo (Alessandria)	579	71	650
Piemonte Sud-Est Totale	1.659	192	1.851
Totale erogatori pubblici	10.507	581	11.088
Totale presidi equiparati, IRCCS e privati	931	3.445	4.376
Totale generale	11.438	4.026	15.464

REGIONE PIEMONTE

4. Linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale

In Piemonte nel 2013 si sono verificati 1.768.887 accessi in Pronto Soccorso; di questi l'80% avviene in autonomia e il restante 20% mediante le ambulanze del Servizio di Emergenza Territoriale (SET) 118.

I dati negli ultimi anni sono rimasti stazionari o tendenti alla riduzione, tuttavia è aumentato il carico assistenziale, poiché è stata devoluta al Pronto Soccorso una più ampia gestione, in termini di stratificazione del rischio, definizione diagnostica e trattamento terapeutico, delle complesse situazioni cliniche in termini sociali e sanitari. Ciò nonostante è comunque stata garantita una riduzione in valore assoluto e relativo del numero dei ricoveri.

Le criticità maggiori sembrano risiedere nella gestione territoriale della cronicità, nella prevenzione delle riacutizzazioni, nonché nel monitoraggio della fragilità sia sociale sia sanitaria.

Il progressivo aumento della prevalenza delle malattie croniche, l'aumento dell'età media della popolazione e la variazione dei modelli di organizzazione sociale impongono, inoltre, di associare al modello di appropriatezza organizzativa, finora utilizzato per definire il fabbisogno di prestazioni ospedaliere, una più completa e precisa definizione dei PDTA per le patologie croniche o acute a elevata incidenza che dovranno essere "prese in carico" sia dalla rete territoriale che dalla rete ospedaliera. In tal modo sarà possibile migliorare sia l'efficacia che l'efficienza complessiva del sistema ed allo stesso tempo aumentare la qualità percepita da parte della popolazione, spostando l'attenzione dal mero numero di presidi ospedalieri alla disponibilità complessiva di servizi per i problemi di salute più frequenti.

Il distretto si configura come la macro-struttura in grado di esercitare il ruolo di coordinamento nelle azioni di integrazione tra enti, autonomie locali, strutture, professioni e discipline; ruolo, questo, esercitato anche mediante la gestione del budget di distretto.

Per lo sviluppo del proprio mandato, si ritiene ottimale definire una dimensione del distretto tale da consentire un'adeguata e coordinata gestione dei numerosi fattori concorrenti alla continuità delle cure e alla generale funzione di tutela nel rispetto di specificità e caratteristiche territoriali e locali.

Pertanto, nell'ambito della revisione dei servizi assistenziali, territoriale ed ospedaliero, si ritiene necessario prevedere, all'interno del riordino dell'Assistenza Primaria, la ridefinizione della Continuità Assistenziale in conformità con le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" sancite dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta

REGIONE PIEMONTE

del 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 36/CSR). Il contenuto di tale accordo è stato ripreso nelle sue linee dalla Legge 135/2012, e sviluppato ulteriormente sia dal Patto per la Salute 2014-2016 (art.5), siglato in data 10 luglio 2014, che dal Regolamento nel quale è evidenziato che *"Le Regioni, al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera devono procedere contestualmente al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale...."*. Tale previsione integra e completa il vigente quadro normativo sia in materia di livelli essenziali di assistenza, che con riferimento agli obiettivi economico finanziari nazionali stabiliti per il Servizio sanitario nazionale.
In particolare, l'art. 5 del Patto della Salute prevede che le Regioni definiscano l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione - anche con riferimento all'assistenza domiciliare e i servizi ospedalieri - secondo modalità operative che prevedano sia forme organizzative mono-professionali, denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT ogni 20.000-30.000 abitanti), nonché forme organizzative multi-professionali denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Le Regioni sono chiamate a disciplinare le UCCP privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico almeno 12 ore nell'arco della giornata, che operino in coordinamento e collegamento telematico con le strutture ospedaliere. La normativa indica orientativamente che le UCCP possano essere definite nel numero di una, massimo due per Distretto, considerando un dimensionamento dello stesso con un bacino compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti.

Di fatto tale previsione sviluppa quanto già indicato dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, che prevedeva *"il graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini"*.

Le strutture ospedaliere della rete di emergenza rappresentano i punti di riferimento più visibili e riconoscibili dal cittadino, il quale vi si rivolge per ottenere risposte veloci a bisogni di salute percepiti come urgenti, determinando l'importante fenomeno del ricorso inappropriato al PS. Infatti anche in Piemonte oltre il 90% degli accessi è un codice bianco o verde, e anche se non necessariamente inappropriato (solo il 10% degli accessi, compresi i codici gialli e rossi, è seguito da ricovero), diventa fondamentale l'integrazione tra i vari livelli dell'assistenza sanitaria per garantire una risposta corretta e tempestiva alle richieste della popolazione.

Di fatti, rispetto ad un Sistema di Soccorso Sanitario di Emergenza e Urgenza consolidato e facilmente riconoscibile dal cittadino nelle sue articolazioni, vi è tuttora una significativa frammentazione delle modalità organizzative dell'Assistenza Primaria a partire dal servizio di Continuità Assistenziale, che opera nel punto di incontro tra ospedale e territorio.

In questo senso già l'Accordo Stato Regioni del 27/7/2011 (Rep. Atti n. 135/CSR) sugli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2011, proponeva diversi modelli organizzativi

adattabili ai diversi contesti territoriali: in generale esso prevede che "allo scopo di rendere efficace e sostenibile l'integrazione tra i Servizi della Continuità Assistenziale e del Sistema di Emergenza e Urgenza sia indispensabile centralizzare le chiamate di Assistenza Primaria su un numero unico in grado di assicurare una presa in carico delle esigenze non urgenti continuativa nelle 24 ore".

Infatti l'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 – Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale recita:*"...adottare sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intervettare prioritariamente la domanda a bassa intensità centralizzando almeno su base provinciale, le chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale condividendo con il servizio di Emergenza Urgenza, le tecnologie e integrando i sistemi informativi regionali lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni 118 e della Continuità assistenziale".*

Successivamente il 10 luglio 2014 - Patto per la salute 2014-2016 art. 5 (assistenza territoriale) comma 12 – ribadisce che *"con riferimento alla decisione europea per l'attivazione del numero 116.117 dedicato al servizio di cure mediche non urgenti, al fine di armonizzare la situazione italiana con quella di altri paesi europei, il Ministero della Salute chiede all'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni ai sensi dell'art. 14 della Delibera 52/12/CIR, l'assegnazione del numero a valenza sociale, "116-117", per il Servizio di Guardia Medica non urgente. Con apposito Accordo tra le Regioni ed il Ministero della Salute, saranno definite le modalità e i tempi per la realizzazione del numero unico "116-117" su tutto il territorio nazionale; successivamente le Regioni - in quanto Enti utilizzatori del numero - provvederanno ad effettuare tutte le necessarie operazioni tecniche per implementarne l'utilizzo".*

Queste sono le linee di riferimento per un rapido e concomitante rilancio e potenziamento della rete territoriale nella quale saranno investite molte delle risorse liberate dall'efficientamento della rete ospedaliera ottenuto dagli effetti della presente delibera e in questo senso si colloca anche la previsione di attivare posti letto nella misura dello 0,3 per 1.000 abitanti della Continuità Assistenziale quale coerente riconversione dei letto Pubblici e Privati accreditati.

ALLEGATO B

Area	Cod.	Regione Piemonte SPECIALITÀ	SINTESI REGIONALE DELLE STRUTTURE ASSEGNATE PUBBLICO	PRIVATO (strutture equivalenti)	TOT
1_Area Medica	01	Allergologia	2	0	2
1_Area Medica	08	Cardiologia	28	2	30
1_Area Medica	52	Dermatologia	4	0	4
1_Area Medica		Diabetologia/dietologia	5	0	5
1_Area Medica	18	Ematologia	6	0	6
1_Area Medica	57	Istopatologia della riproduzione	0	0	0
1_Area Medica	58	Gastroenterologia	8	1	9
1_Area Medica	21	Geriatria	6	0	6
1_Area Medica	70	Immunologia e malattie tropicali	2	0	2
1_Area Medica	19	Malattie Endocrine	7	0	7
1_Area Medica	23	Malattie Infettive	6	0	6
1_Area Medica	75	Medicina del lavoro	2	0	2
1_Area Medica	26	Medicina Generale	42	5	47
1_Area Medica	29	Nefrologia con PS antiporta	4	0	4
1_Area Medica	54	Nefrologia/Dialisi	14	0	14
1_Area Medica	77	Nefrologia Pediatrica	1	0	1
1_Area Medica	37	Neurologia	26	2	28
1_Area Medica	05	Oncoematologia Pediatrica	1	0	1
1_Area Medica	64	Oncologia	6	1	7
1_Area Medica	64	Oncologia senza letti	13	1	14
1_Area Medica	68	Pneumologia	8	0	8
1_Area Medica	70	Radioterapia	0	0	0
1_Area Medica	49	Radioterapia oncologica	6	1	7
1_Area Medica	71	Reumatologia	3	0	3
1_Area Medica		Terapia del dolore con letti	1	0	1
1_Area Medica		Terapia del dolore senza letti	5	0	5
2_Area Chirurgica	02	Cardiochirurgia**	5	2	7
2_Area Chirurgica	06	Cardiochirurgia Infantile	1	0	1
2_Area Chirurgica	09	Chirurgia generale	37	7	44
2_Area Chirurgica	10	Chirurgia Maxillo Facciale	3	0	3
2_Area Chirurgica	16	Chirurgia Pediatrica	2	0	2
2_Area Chirurgica	12	Chirurgia Plastica	5	0	5
2_Area Chirurgica	14	Chirurgia Vascolare	6	1	7
2_Area Chirurgica	13	Chirurgia Toracica	6	0	6
2_Area Chirurgica	28	Nefrologia centro trasp. rene	2	0	2
2_Area Chirurgica	30	Neurochirurgia	5	0	5
2_Area Chirurgica	76	Neurochirurgia pediatrica	1	0	1
2_Area Chirurgica	31	Oculistica	19	6	25
2_Area Chirurgica	35	Odontoiatria	6	0	6
2_Area Chirurgica	38	ORL	18	0	18
2_Area Chirurgica	36	Ortopedia	34	14	48
2_Area Chirurgica	43	Urologia	20	5	25
2_Area Chirurgica	78	Urologia Pediatrica	1	0	1
3_Area Materno - Infantile	33	Neuropsichiatria Infantile	3	0	3
3_Area Materno - Infantile	37	Ostetricia	27	0	27
3_Area Materno - Infantile	39	Pediatria	25	0	25
4_Area Emergenza	47	Grandi Ustioni	1	0	1
4_Area Emergenza	53	EMAU	38	0	38
4_Area Emergenza	49	T.Intensiva	34	0	34
4_Area Emergenza	73	T.Intensiva ped.	6	0	6
5_Area Psichiatria	40	Psichiatria	12	0	12
6_Area postacute	60	Lungodegenza	2	24	26
6_Area postacute	75	Neuroriabilitazione	6	2	8
6_Area postacute	56	Recupero e Riabilitazione	15	72	87
7_Area Diagnostica e Supporto	03	Anatomia e istologia patologica	18	0	18
7_Area Diagnostica e Supporto		Direzione Sanitaria	29	0	29
7_Area Diagnostica e Supporto		Farmacia ospedaliera	18	0	18
7_Area Diagnostica e Supporto		Fisica Sanitaria	5	0	5
7_Area Diagnostica e Supporto		Genetica Medica	1	0	1
7_Area Diagnostica e Supporto		Laboratorio analisi	17	0	17
7_Area Diagnostica e Supporto	01	Medicina nucleare con letti	2	1	3
7_Area Diagnostica e Supporto	61	Medicina nucleare senza letti	4	0	4
7_Area Diagnostica e Supporto		Microbiologia e virologia	4	0	4
7_Area Diagnostica e Supporto	79	Neuroradiologia	5	0	5
7_Area Diagnostica e Supporto	69	Radiologia	10	1	11
7_Area Diagnostica e Supporto		Servizio trasfusionale	7	0	7
7_Area Diagnostica e Supporto	47	Tossicologia	1	0	1
		TOTALE SC	667	148	815

**da valutare entro il 31.12.2016 il mantenimento di una delle due strutture (con la cardiologia e l'emodinamica collegate) dell'area Piemonte Nord-Est in ragione di volumi, esiti ed efficienza.

		ALTRE FUNZIONI			
		Emodinamica	15	2	17
3_Area Materno - Infantile	67	Neonatologia	0	0	0
4_Area Emergenza	50	Utic	25	0	25
4_Area Emergenza		Emergenza Sanitaria 118	6	0	6

REGIONE PIEMONTE

TABELLA AREA TORINO NORD

Area	cod.	SPECIALITA'	AZIENDA								TOT AREA
			ASL			ASO					
		RUOLO NELLA RETE	HUB OSP. II livello di DEA	SPOKE OSP. I livello di DEA	Discipline da assegnare al Presidio dell'Asl	SPOKE OSP. I livello di DEA	SPOKE OSP. I livello di DEA	SPOKE OSP. I livello di DEA	OSPEDALE sede di PS AREA DISAGIATA	Discipline da assegnare al Presidio dell'Asl	
		OSPEDALE	S.GIOVANNI BOSCO	M. VITTORIA		IVREA - CIVILE	CHIVASSO - CIVICO	CIRIE'	CUORGNE' - CIVILE		
1_Area Medica	06	Allergologia									
1_Area Medica	03	Cardiologia	1	1		1	1	1			5
1_Area Medica	52	Dermatologia									
1_Area Medica		Diabetologia/dietologia									
1_Area Medica	18	Ematologia			1						1
1_Area Medica	57	Emergenza della cisti somana									
1_Area Medica	58	Gastroenterologia			1						
1_Area Medica	21	Geriatria			1				1		2
1_Area Medica	20	Immunologia e centro trapianti							1		2
1_Area Medica	19	Malattie Endocrine			1						1
1_Area Medica	24	Malattie Infettive			1						1
1_Area Medica	45	Medicina del lavoro									
1_Area Medica	46	Medicina Generale	1	1		1	1	1	1		6
1_Area Medica	29	Nefrologia con PL autonomi	1								1
1_Area Medica	54	Nefrologia/Dialisi			1					1	2
1_Area Medica	77	Nefrologia Pediatrica									
1_Area Medica	32	Neurologia	1	1		1	1	1			5
1_Area Medica	65	Oncoematologia Pediatrica									
1_Area Medica	64	Oncologia			1						1
1_Area Medica	64	Oncologia senza letti								1	1
1_Area Medica	68	Pneumologia			1						1
1_Area Medica	70	Radioterapia									
1_Area Medica	74	Radioterapia oncologica									
1_Area Medica	71	Reumatologia									
1_Area Medica		Terapia del dolore con letti									
1_Area Medica		Terapia del dolore senza letti			1						1
2_Area Chirurgica	07	Cardiochirurgia									
2_Area Chirurgica	06	Cardiochirurgia infantile									
2_Area Chirurgica	09	Chirurgia generale	1	1		1	1	1			5
2_Area Chirurgica	10	Chirurgia Maxillo facciale									
2_Area Chirurgica	11	Chirurgia Pediatrica									
2_Area Chirurgica	12	Chirurgia Plastica									
2_Area Chirurgica	14	Chirurgia Vascolare	1								1
2_Area Chirurgica	13	Chirurgia Toracica									1
2_Area Chirurgica	48	Nefrologia centro trap. cene									
2_Area Chirurgica	30	Neurochirurgia	1								
2_Area Chirurgica	76	Neurochirurgia pediatrica									1
2_Area Chirurgica	35	Oculistica			2						
2_Area Chirurgica	33	Odontoiatria			1					1	3
2_Area Chirurgica	18	ORL			2						1
2_Area Chirurgica	36	Ortopedia	1	1		1	1	1		1	3
2_Area Chirurgica	43	Urologia			2						5
2_Area Chirurgica	78	Urologia Pediatrica								1	3
3_Area Materno - Infantile	31	Neuropsichiatria Infantile									
3_Area Materno - Infantile	37	Oftalmia	1	1		1	1	1			
3_Area Materno - Infantile	39	Pediatria	1	1		1	1	1			4
4_Area Emergenza	47	Grandi Ustioni									4
4_Area Emergenza	51	RCCU	1	1		1					
4_Area Emergenza	49	T.Intensiva	1	1		1	1	1			3
4_Area Emergenza	73	T.Intensiva neo		1							5
5_Area Psichiatria	40	Psichiatria	1	1		1					1
6_Area post acute	60	Lungodegenza							1		3
6_Area post acute	75	Neonatologia									
6_Area post acute	56	Recupero e Riabilitazione									
7_Area Diagnostica e Supporto	03	Anatomia e Istologia patologica			1				1		2
7_Area Diagnostica e Supporto		Direzione Sanitaria			2				1		2
7_Area Diagnostica e Supporto		Farmacia ospedaliera			1				1		5
7_Area Diagnostica e Supporto		Fisica Sanitaria							1		2
7_Area Diagnostica e Supporto		Genetica Medica									
7_Area Diagnostica e Supporto		Laboratorio analisi			1						
7_Area Diagnostica e Supporto	61	Medicina nucleare con letti							1		2
7_Area Diagnostica e Supporto	61	Medicina nucleare senza letti	1								
7_Area Diagnostica e Supporto		Microbiologia e virologia									
7_Area Diagnostica e Supporto	19	Neuroradiologia	1								
7_Area Diagnostica e Supporto	69	Radiologia	1	1		1	1	1			1
7_Area Diagnostica e Supporto		Servizio trasfusionale									5
7_Area Diagnostica e Supporto	32	Tossicologia			1				1		2
		TOTALE	14	12	23	10	9	9	8	16	94

		ALTRE FUNZIONI									
3_Area Materno - Infantile	42	Endoscopia	1	1		1		1			4
4_Area Emergenza	50	Neonatologia									
		Uter	1	1		1	1	1			5

* da valutare un'unica erogazione ai sensi del DGR 104-6780 del 31/12/2014

LEGENDA COLORE

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NO DEA

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NO DEA

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI PS

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI PS DI ZONA DISAGIATA

REGIONE PIEMONTE

Allegato B DGR N. .....

REGIONE PIEMONTE

TABELLA AREA TORINO SUD-EST

AZIENDA			ASL TO 1	ASL TO 2				TOT AREA
NUOVO DISEGNO RETE			NUOVO OSP. A.O. SANT'ANNA E CTO A	NUOVO OSP. I.R.C.C. MAUR. REALE LANZO	NUOVO OSP. I.R.C.C. MAUR. REALE LANZO	OSPEDALI DI BASE SUD-EST	Discipline da assegnare ai Zonali ancora	
OSPEDALI			CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA	CHIERI - OSP. MAGGIORE	MONCALIERI - OSP. S.CROCE	CARMAGNOLA - OSP. S.LORENZO		
Area	cod.	SPECIALITA'						
1_Area Medica	01	Allergologia	1					1
1_Area Medica	08	Cardiologia	1	1	1			3
1_Area Medica	52	Dermatologia	1					1
1_Area Medica		Dietetica e dietologia	1					1
1_Area Medica	36	Ematologia	1					1
1_Area Medica	47	Fisiopatologia della riproduzione umana						
1_Area Medica	58	Gastroenterologia	1					1
1_Area Medica	21	Geriatria	1					1
1_Area Medica	20	Immunologia e centro trapianti	1					1
1_Area Medica	19	Malattie Endocrine	2					2
1_Area Medica	24	Malattie Infettive	2					2
1_Area Medica	25	Medicina del lavoro	1					1
1_Area Medica	26	Medicina Generale	5	1	1	1		8
1_Area Medica	29	Metabologia con PL autonomi						
1_Area Medica	51	Nefrologia/dialisi	1				1	2
1_Area Medica	77	Nefrologia Pediatrica	1					1
1_Area Medica	32	Neurologia	2	1				3
1_Area Medica	66	Oncoematologia Pediatrica	1					1
1_Area Medica	64	Oncologia	1					1
1_Area Medica	44	Oncologia senza letti	1				1	2
1_Area Medica	68	Pneumologia	2					2
1_Area Medica	30	Radioterapia						
1_Area Medica	74	Radioterapia oncologica	1					1
1_Area Medica	71	Reumatologia	1					1
1_Area Medica		Terapia del dolore con letti	1					1
1_Area Medica		Terapia del dolore senza letti						
2_Area Chirurgica	02	Cardiochirurgia	1					1
2_Area Chirurgica	06	Cardiochirurgia infantile	1					1
2_Area Chirurgica	09	Chirurgia generale	4	1	1	1		7
2_Area Chirurgica	10	Chirurgia Maxillo facciale	1					1
2_Area Chirurgica	31	Chirurgia Pediatrica	1					1
2_Area Chirurgica	37	Chirurgia Plastica	2					2
2_Area Chirurgica	43	Chirurgia Toracica	3					3
2_Area Chirurgica	14	Chirurgia Vascolare	1					1
2_Area Chirurgica	48	Ematologia centro trasp. cerv	1					1
2_Area Chirurgica	30	Neurochirurgia	1					1
2_Area Chirurgica	76	Neurochirurgia pediatrica	1					1
2_Area Chirurgica	34	Oculistica	1				1	2
2_Area Chirurgica	35	Odontoiatria	2					2
2_Area Chirurgica	38	ORL	1				1	2
2_Area Chirurgica	46	Ortopedia	2	1	1			5
2_Area Chirurgica	41	Urologia	2				1	3
2_Area Chirurgica	78	Urologia Pediatrica	1					1
3_Area Materno - Infantile	73	Neuropsichiatria infantile	1					1
3_Area Materno - Infantile	37	Ostetricia	2	1	1			5
3_Area Materno - Infantile	39	Pediatria	2	1	1			4
4_Area Emergenza	47	Gravi Ustioni	1					1
4_Area Emergenza	54	MCAU	1		1			2
4_Area Emergenza	49	Rianimazione	1	1	1			3
4_Area Emergenza	73	Unità Coro Neo	1					1
5_Area Pediatrica	90	Pediatria	2				1	3
6_Area postacute	60	Lungodegenza						
6_Area postacute	75	Neuroriabilitazione (Ex Fed 2B)	2					2
6_Area postacute	56	Pneumo e Riabilitazione	1				1	2
7_Area Diagnostica e Supporto	01	Anatomia e istologia patologica	2				1	1
7_Area Diagnostica e Supporto		Direzione Sanitaria	4				2	6
7_Area Diagnostica e Supporto		Farmacia ospedaliera	1				1	2
7_Area Diagnostica e Supporto		Fisica Sanitaria	1					1
7_Area Diagnostica e Supporto		Genetica Medica	1					1
7_Area Diagnostica e Supporto		Laboratorio analisi	1				1	2
7_Area Diagnostica e Supporto	66	Medicina nucleare con letti						
7_Area Diagnostica e Supporto	61	Medicina nucleare senza letti	1		1			2
7_Area Diagnostica e Supporto		Microbiologia e virologia	1					1
7_Area Diagnostica e Supporto	71	Neuroradiologia	1					1
7_Area Diagnostica e Supporto	63	Radioterapia	1	1	1			3
7_Area Diagnostica e Supporto		Servizio trasfusionale	1					1
7_Area Diagnostica e Supporto	42	Tossicologia	1					1
		TOTALE	96	9	10	4	12	131

		ALTRE FUNZIONI						
		Emodinamica	1					1
3_Area Materno - Infantile	62	Neonatologia						
4_Area Emergenza	50	UTIC	1	1	1			3
4_Area Emergenza		Emergenza Sanitaria 118	2					2

LEGENDA COLORI

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI DEA II

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI DEA I

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI PS

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI ES DI ZONA DISAGIATA

Allegato B lettera ....

PIEMONTE
REGIONE

TABELLA AREA TORINO OVEST

AZIENDA			AZ.	AZ.	AZ.	AZ.			AZ.	TOT AREA
RUOLO NELLA RETE			HUB OSP. II liv. sede di DEA II	SPOKE OSP. I liv. sede di DEA I LIVELLO	SPOKE OSP. I liv. sede di DEA I LIVELLO	SPOKE OSP. I liv. sede di DEA I LIVELLO	OSPEDALE sede di IPS AREA DISAGIATA	Discipline da assegnare al Presidio dell'ASL	SPOKE OSP. I liv. sede di DEA I LIVELLO	
		OSPEDALE	MAURIZIANO	SAN LUIGI	RIVOLI - INFERMI	PINEROLO - E AGNELLI	SUSA - OSP. CIVILE		MARTINI**	
AREA	COD.	SPECIALITA'								
1_Area Medica	01	Allergologia								
1_Area Medica	08	Cardiologia	1	1	1	1			1	5
1_Area Medica	52	Dermatologia								
1_Area Medica		Diabetologia/dietologia	1							1
1_Area Medica	18	Ematologia	1							1
1_Area Medica	57	Endocrinologia della riproduzione								
1_Area Medica	58	Gastroenterologia	1	1						2
1_Area Medica	21	Geriatria		1						1
1_Area Medica	20	Immunologia e centro trapianti								
1_Area Medica	30	Malattie Endocrine	1							1
1_Area Medica	24	Malattie Infettive								
1_Area Medica	25	Medicina del lavoro								
1_Area Medica	26	Medicina Generale	1	1	1	1		1	1	6
1_Area Medica	29	Nefrologia con PL laboratori	1							1
1_Area Medica	54	Nefrologia/Dialisi					1	1	1	2
1_Area Medica	27	Nefrologia Pediatrica								
1_Area Medica	62	Neurologia	1	1	1	1			1	5
1_Area Medica	65	Oncoematologia Pediatrica								
1_Area Medica	64	Oncologia	1							1
1_Area Medica	63	Oncologia senza letti		1				1		2
1_Area Medica	43	Pneumologia	1	1						2
1_Area Medica	40	Radioterapia								
1_Area Medica	74	Radioterapia oncologica	1							1
1_Area Medica	71	Reumatologia								
1_Area Medica		Terapia del dolore con letti								
1_Area Medica		Terapia del dolore senza letti	1							1
2_Area Chirurgica	07	Cardiochirurgia	1							1
2_Area Chirurgica	46	Cardiochirurgia infantile								
2_Area Chirurgica	09	Chirurgia generale	1	1	1	1			1	5
2_Area Chirurgica	10	Chirurgia Maxillo Facciale								
2_Area Chirurgica	18	Chirurgia Pediatrica								
2_Area Chirurgica	12	Chirurgia Plastica								
2_Area Chirurgica	13	Chirurgia Toracica		1						1
2_Area Chirurgica	14	Chirurgia Vascolare								1
2_Area Chirurgica	48	Nefrologia centro trapianti								1
2_Area Chirurgica	30	Neurochirurgia								
2_Area Chirurgica	76	Neurochirurgia pediatrica								
2_Area Chirurgica	34	Oculistica	1	1			1			3
2_Area Chirurgica	35	Odontoiatria	1							1
2_Area Chirurgica	38	ORL	1	1			1			3
2_Area Chirurgica	39	Ortopedia	1	1	1	1			1	5
2_Area Chirurgica	43	Urologia	1	1			1			3
2_Area Chirurgica	79	Urologia Pediatrica								
3_Area Materno - Infantile	33	Neuropsichiatria infantile								
3_Area Materno - Infantile	37	Ostetricia	1	1	1	1		1	1	8
3_Area Materno - Infantile	19	Pediatria	1	1	1	1		1	1	6
4_Area Emergenza	47	Grandi Ustioni								
4_Area Emergenza	51	HUMAN	1	1	1	1		1		4
4_Area Emergenza	49	Intensiva	1	1	1	1		1	1	6
4_Area Emergenza	44	Intensiva neo	1							1
5_Area Psichiatria	40	Psichiatria	1	1			1			3
6_Area postacute	60	Lungodenza								
6_Area postacute	77	Neuroriabilitazione		1						1
6_Area postacute	56	Recupero e Riabilitazione	1				1			2
7_Area Diagnostica e Supporto	03	Anatomia e Istologia patologica	1	1			1			1
7_Area Diagnostica e Supporto		Direzione Sanitaria	1	1			2	1		5
7_Area Diagnostica e Supporto		Farmacia ospedaliera	1	1			1			1
7_Area Diagnostica e Supporto		Fisica Sanitaria	1							1
7_Area Diagnostica e Supporto		Genetica Medica								1
7_Area Diagnostica e Supporto		Laboratorio analisi	1	1			1			3
7_Area Diagnostica e Supporto	61	Medicina nucleare con letti	1							1
7_Area Diagnostica e Supporto	63	Medicina nucleare senza letti								
7_Area Diagnostica e Supporto		Microbiologia e virologia								
7_Area Diagnostica e Supporto	79	Neuropsicologia								
7_Area Diagnostica e Supporto	69	Radiologia	1	1	1	1		1	1	5
7_Area Diagnostica e Supporto		Servizio trasfusionale								
7_Area Diagnostica e Supporto	42	Tossicologia								
		TOTALE	16	21	10	10	6	12	13	99

**da valutare la permanenza del DEA I liv. entro il 30/12/2015

		ALTRE FUNZIONI		+						
		Cardiochirurgia	1	1	1					3
3_Area Materno - Infantile	42	Gastroenterologia								
4_Area Emergenza	50	UTIC	1	1	1	1				4

*da valutare la chiusura entro il 31/12/2016

LEGENDA COLORI

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI DEA II

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI DEA I

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI PS

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI PS DI ZONA DISAGIATA

Allegato DGR N. .....

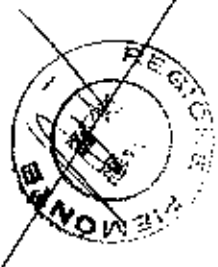

REGISTRO DI PIEMONTE

TABELLA AREA PIEMONTE NORD-EST

AZIENDA			AO NO	ASL VC	ASL VC	ASL VC	ASL VC		ASL VC	ASL VC		TOT AREA
RUOLO NELLA RETE			HUB OSP. II livello di DEA II	SPOKE OSP. I livello di DEA I LIVELLO	SPOKE OSP. I livello di DEA I LIVELLO	SPOKE OSP. I livello di DEA I LIVELLO	OSPEDALE DI BASSA sede di PS	Obiettivo da assegnare al Presidio di BASSA	SPOKE OSP. I livello di DEA I LIVELLO	OSPEDALE DI BASSA sede di PS	Obiettivo da assegnare al Presidio di BASSA	
OSPEDALE			NOVARA - MAGGIORE della CARITA'	BORGOMANERO SS. TRINITA'	OMEGNA - OSP. INFERMI	VERCELLI - S. ANDREA	BORGOSESIA - SS PIETRO e PAOLO		PIT ASL e sede sanitaria con DEA I livello un PS da definire tra NOVO/BORGOSESIA /OMEGNA entro il 31/12/2015			
AREA	COD.	SPECIALITA'										
3_Area Medica	06	Angiologia	1									
1_Area Medica	08	Cardiologia	1	1	1	1			1			6
1_Area Medica	12	Dermatologia	1									1
3_Area Medica		Dietetica e dietologia	1									1
3_Area Medica	18	Endocrinologia	1									1
1_Area Medica	57	Fisiopatologia della riproduzione										1
1_Area Medica	58	Gastroenterologia	1									
3_Area Medica	23	Geriatria										1
3_Area Medica	40	Immunologia e centro trapianti	1									
1_Area Medica	89	Malattie Endocrine	1									1
1_Area Medica	24	Malattie Infettive	1									1
3_Area Medica	25	Medicina del lavoro	1									1
1_Area Medica	30	Medicina Generale	1	1	1	1	1		1	1		8
1_Area Medica	29	Nefrologia con PS autonomi										
1_Area Medica	54	Nefrologia (NDW)										
3_Area Medica	27	Nefrologia Pediatrica		1	1			1			1	4
1_Area Medica	32	Neurologia	1	1	1	1			1			5
3_Area Medica	65	Neuropsichiatria Pediatrica										
3_Area Medica	64	Oncologia	1									1
3_Area Medica	64	Oncologia sezione letti			1			1			1	1
1_Area Medica	68	Pneumologia	1									1
3_Area Medica	70	Pediatria										1
3_Area Medica	74	Radioterapia oncologica	1		1							2
1_Area Medica	71	Reumatologia	1									1
3_Area Medica		Terapia del dolore con letti										
3_Area Medica		Terapia del dolore senza letti	1									1
2_Area Chirurgica	07	Cardiochirurgia	1									1
2_Area Chirurgica	06	Cardiochirurgia Infantile										1
2_Area Chirurgica	09	Chirurgia generale	1	1	1	1	1		1	1		8
2_Area Chirurgica	10	Chirurgia Mano/Arti/Spalla	1									1
2_Area Chirurgica	31	Chirurgia Pediatrica										
2_Area Chirurgica	84	Chirurgia Plastica	1									1
2_Area Chirurgica	13	Chirurgia Toracica	1									1
2_Area Chirurgica	14	Chirurgia Vascolare	1	1								3
2_Area Chirurgica	46	Ematologia centro trap. rene	1									2
2_Area Chirurgica	50	Neurochirurgia	1									1
2_Area Chirurgica	76	Neurochirurgia pediatrica										1
2_Area Chirurgica	33	Otoiatria	1	1	1			1			1	5
2_Area Chirurgica	35	Otorinolaringoiatria	1								1	2
2_Area Chirurgica	88	OMI	1		1						1	4
2_Area Chirurgica	36	Ortopedia	1	1	1	1	1		1	1	1	8
2_Area Chirurgica	43	Urologia	1	1	1			1			2	5
2_Area Chirurgica	78	Urologia Pediatrica										
3_Area Materno - Infantile	33	Neuropsichiatria Infantile										
3_Area Materno - Infantile	17	Ostetricia	1	1	1	1	1		1			6
3_Area Materno - Infantile	19	Pediatria	1	1	1	1			1			5
4_Area Emergenza	47	Grandi Ustioni										
4_Area Emergenza	58	HCAU	1		1	1			1			4
4_Area Emergenza	49	Emergenza	1	1	1	1			1			6
4_Area Emergenza	91	3 Interventismo	1									1
5_Area Psichiatria	40	Psichiatria	1									1
6_Area postacute	40	Lungodeenza										1
6_Area postacute	75	Neuroriabilitazione	1									1
6_Area postacute	55	Recupero e riabilitazione										
7_Area Diagnostica e Supporto	03	Anatomia e Istologia patologica	1	1	1			1		1		6
7_Area Diagnostica e Supporto		Direzione Sanitaria	1		1			1		1		4
7_Area Diagnostica e Supporto		Farmacia ospedaliera	1	1	1			1		1		5
7_Area Diagnostica e Supporto		Fisica Sanitaria	1	1	1			1		1		5
7_Area Diagnostica e Supporto		Direzione Medica										1
7_Area Diagnostica e Supporto		Laboratorio analisi	1		1			1		1		4
7_Area Diagnostica e Supporto	62	Medicina nucleare con letti	1									1
7_Area Diagnostica e Supporto	66	Medicina nucleare senza letti										
7_Area Diagnostica e Supporto		Microbiologia e virologia	1									1
7_Area Diagnostica e Supporto	79	Neuroradiologia	1									1
7_Area Diagnostica e Supporto	80	Radiologia	1	1	1	1			1			5
7_Area Diagnostica e Supporto		Servizio trasfusionale	1	1								2
7_Area Diagnostica e Supporto	41	Trasfusionale										
		TOTALE	51	36	32	10	4	10	10	9	12	168

* Ostetricia e Ginecologia di Borgosesia da valutare la permanenza personale e chiusi al 31/12/2016

		ALTRE FUNZIONI										
		Endoscopia	1		1			1				3
3_Area Materno - Infantile	62	Neonatologia										
4_Area Emergenza	50	UTIC	1	1	1	1		1				5
4_Area Emergenza		Emergenza Sanitaria 118	1									1

LEGENDA COLORI

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI DEA II

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI DEA I

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI PS

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI PS DI ZONA DISAGIATA

DISCIPLINA PREVISTA COME SS

Allegato B DGR N.

REGIONE PIEMONTE

TABELLA AREA
PIEMONTE SUD-OVEST

AZIENDA			ASL CN1			ASL CN2			ASL AT				TOT AREA
MODULO MILLA RETE			SPOKE OSP. II livello sede di DEA II	SPOKE OSP. I livello sede di DEA I LIVELLO	SPOKE OSP. I livello sede di DEA I LIVELLO	OSPEDALE DI BASE sede di PS	OSPEDALE sede di PS AREA DISAGIATA	Dotazione delle emergenze nei Presidi dell'ASL	SPOKE OSP. I livello sede di DEA I SPOKE	OSPEDALE DI BASE sede di PS	Disciplina di integrazione ospedale-territorio		
			OSPEDALE	CUNEO - S CROCE	MONDOVI' *	SAVIGLIANO - SS ANNUNZIATA	SAVIGLIANO - OSP. CIVILE	CEVA		ALBA - San Lorenzo	BRA - S. Spirito	FOSSANO MAGGIORE SS TRINITA'	
Area	COD.	SPECIALITA'											
1_Area Medica	03	Allergologia											
1_Area Medica	04	Cardiologia	1	1	1				1				3
1_Area Medica	57	Dermatologia	1										1
1_Area Medica		Diabetologia/dietologia	1										1
1_Area Medica	18	Ematologia	1										1
1_Area Medica	97	Fisiopatologia della riproduzione											1
1_Area Medica	58	Gastroenterologia	1										
1_Area Medica	23	Geriatria	1										1
1_Area Medica	40	Immunologia e centro trapianti											1
1_Area Medica	39	Malattie Endocrine	1										
1_Area Medica	24	Malattie Infettive	1										1
1_Area Medica	25	Medicina del lavoro											1
1_Area Medica	16	Medicina Generale	1	1	1	1	1		1	1			7
1_Area Medica	20	Nefrologia ed ambulatorio	1										1
1_Area Medica	54	Nefrologia/dialisi						1			1		2
1_Area Medica	77	Neurologia Pediatrica											
1_Area Medica	17	Neurologia	1	1	1				1				4
1_Area Medica	65	Oftalmologia Pediatrica											
1_Area Medica	64	Oncologia	1										1
1_Area Medica	64	Oncologia senza letti						1			1		2
1_Area Medica	68	Pneumologia	1										1
1_Area Medica	70	Radioterapia											
1_Area Medica	73	Radioterapia oncologica	1										1
1_Area Medica	74	Reumatologia											
1_Area Medica		Terapia del dolore con letti											
1_Area Medica		Terapia del dolore senza letti	1										1
2_Area Chirurgica	07	Cardiochirurgia	1										1
2_Area Chirurgica	06	Cardiochirurgia infantile											
2_Area Chirurgica	09	Chirurgia generale	1	1	1	1			1	1			6
2_Area Chirurgica	30	Chirurgia Maxillo-facciale	1										1
2_Area Chirurgica	12	Chirurgia Pediatrica											
2_Area Chirurgica	12	Chirurgia Plastica											
2_Area Chirurgica	13	Chirurgia Toracica	1										
2_Area Chirurgica	14	Chirurgia Vascolare	1										1
2_Area Chirurgica	48	Radiologia centro trap. area											1
2_Area Chirurgica	50	Neurochirurgia	1										
2_Area Chirurgica	76	Neurochirurgia pediatrica											1
2_Area Chirurgica	31	Oculistica	1										
2_Area Chirurgica	35	Odontoiatria						1			1		1
2_Area Chirurgica	33	ORL	1										
2_Area Chirurgica	36	Ortopedia	1	1	1	1		1	1		1		1
2_Area Chirurgica	41	Urologia	1						1				1
2_Area Chirurgica	78	Urologia Pediatrica						1			1		1
3_Area Materno - Infantile	33	Neuropsichiatria infantile	1										
3_Area Materno - Infantile	37	Ostetricia	1	1	1				1				1
3_Area Materno - Infantile	39	Pediatria	1	1	1				1				1
4_Area Emergenza	47	Grandi Ustioni							1				1
4_Area Emergenza	51	NEAU	1		1								
4_Area Emergenza	49	Emodinamica	1	1	1				1				1
4_Area Emergenza	73	Endoscopia neo.	1						1				1
5_Area Psichiatria	50	Psichiatria	1										1
6_Area protesuale	60	Eurogenetica											1
6_Area protesuale	75	Riproduzione										1	1
6_Area protesuale	56	Patologia e Histo-Citologia	1									1	1
7_Area Diagnostica e Supporto	03	Anatomia e Histologia patologica	1							1	1		3
7_Area Diagnostica e Supporto		Direzione Sanitaria	1					1		1			3
7_Area Diagnostica e Supporto		Farmacia ospedaliera	1					2		1			3
7_Area Diagnostica e Supporto		Fisica Sanitaria	1					3		1			3
7_Area Diagnostica e Supporto		Genetica Medica											1
7_Area Diagnostica e Supporto		Laboratorio analisi	1					1		1			3
7_Area Diagnostica e Supporto	62	Medicina nucleare con RIA											
7_Area Diagnostica e Supporto	66	Medicina nucleare senza RIA	1										1
7_Area Diagnostica e Supporto		Microbiologia e virologia	1										1
7_Area Diagnostica e Supporto	79	Neuroradiologia	1										1
7_Area Diagnostica e Supporto	09	Patologia	1	1	1				1				4
7_Area Diagnostica e Supporto		Servizio trasfusionale	1										1
7_Area Diagnostica e Supporto	42	Tossicologia											
		TOTALE	44	9	10	7	1	10	10	2	10	1	104

* da valutare la permanenza del DEA I liv. entro il 31/12/2015

		ALTRE FUNZIONI												
		Emodinamica	1		1 **									
3_Area Materno - Infantile	67	Ematologia			1									2
4_Area Emergenza	50	UTIC	1	1	1				1					4
4_Area Emergenza		Emergenza Sanitaria 118						1						1

** da trasferire da Savigliano a Verduno in seguito all'attivazione del nuovo ospedale

LEGENDA COLORI

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI DEA II

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI DEA I

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI PS

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO NEI PS DI ZONA DISAGIATA

Neurodabilitazione di Fossano in integrazione con l'ASO Cuneo

REGIONE PIEMONTE

Allegato B Delibera

TABELLA AREA PIEMONTE SUD-EST

AZIENDA	ASL	ASL	ASO						
PIANO DELLA RETE	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	OSPEDALE DI [illegible]	OSPEDALE DI [illegible]	OSPEDALE [illegible] di PS AREA DISAGIATA	Ospedale da integrare al Presidio dell'ASL	TOT AREA
OSPEDALE	SS. ANTONIO E BIAGIO e CESARE ARRIGO	ASTI - CARDINAL MASSAIA	CASALE**	NOVI - SAN GIACOMO	NOVI - OSP. CIVILE***	TORTONA***	OVADA		
Area	Cod.	SPECIALITÀ							
1_Area Medica	01	Allergologia							
1_Area Medica	08	Cardiologia	1		1	1			3
1_Area Medica	34	Dermatologia	1						1
1_Area Medica		Diabetologia/Endocrinologia	1						1
1_Area Medica	38	Ematologia	1						1
1_Area Medica	57	Fisiopatologia della riproduzione							1
1_Area Medica	58	Gastroenterologia	1						1
1_Area Medica	21	Geriatria	1						1
1_Area Medica	20	Immunologia e centro trapianti							1
1_Area Medica	09	Malattie Endocrine	1						1
1_Area Medica	24	Malattie Infettive	1						1
1_Area Medica	35	Medicina del lavoro							1
1_Area Medica	36	Medicina Generale	1	1	1	1	1		5
1_Area Medica	23	Nefrologia con posti autorizzati	1				1		3
1_Area Medica	73	Nefrologia/Dialisi		1					1
1_Area Medica	37	Nefrologia Pediatrica						1	1
1_Area Medica	32	Neurologia	1	1	1	1			4
1_Area Medica	05	Oncoematologia Pediatrica							
1_Area Medica	84	Oncologia	1						1
1_Area Medica	64	Oncologia centro lotti		1					1
1_Area Medica	68	Pneumologia	1					2	3
1_Area Medica	70	Reumatologia							1
1_Area Medica	74	Radioterapia oncologica	1						1
1_Area Medica	75	Reumatologia	1						1
1_Area Medica		Terapia del dolore con posti letto							1
1_Area Medica		Terapia del dolore senza posti letto	1						1
2_Area Chirurgica	07	Cardiochirurgia	1						1
2_Area Chirurgica	06	Cardiochirurgia Infantile							1
2_Area Chirurgica	04	Chirurgia generale	1	1	1	1	1	1	6
2_Area Chirurgica	60	Chirurgia Maxillo facciale							
2_Area Chirurgica	18	Chirurgia Pediatrica	1						1
2_Area Chirurgica	17	Chirurgia Plastica	1						1
2_Area Chirurgica	33	Chirurgia Toracica	1						1
2_Area Chirurgica	14	Chirurgia Vascolare	1						1
2_Area Chirurgica	43	Nefrologia centro trapianti							1
2_Area Chirurgica	30	Neurochirurgia	1						
2_Area Chirurgica	76	Neurochirurgia pediatrica							1
2_Area Chirurgica	39	Oculistica	1	1					
2_Area Chirurgica	35	Odontoiatria						1	1
2_Area Chirurgica	45	OMI	1	1					
2_Area Chirurgica	16	Ortopedia	1	1	1	1		1	3
2_Area Chirurgica	43	Urologia	1	1		1	1		2
2_Area Chirurgica	36	Urologia Pediatrica						1	1
3_Area Materno - Infantile	31	Neuropsichiatria Infantile	1						
3_Area Materno - Infantile	37	Ostetricia	1	1	1	1			1
3_Area Materno - Infantile	13	Pediatria	1	1	1	1			4
4_Area Emergenza	47	Diaria Medica							1
4_Area Emergenza	51	MCAU	1	1	1	1			
4_Area Emergenza	49	Tossicologia	1	1	1	1			3
4_Area Emergenza	45	Terapia Intensiva Neo.	1						1
5_Area Psichiatria	65	Psichiatria	1						1
6_Area pediatrica	69	Lungodegenza							1
6_Area pediatrica	46	Riabilitazione Pediatrica	1					1	1
6_Area pediatrica	55	Recupero e Riab. Pediatrica		1					1
7_Area Diagnostica e Supporto	03	Anatomia e Istologia patologica	1	1				1	2
7_Area Diagnostica e Supporto		Diagnostica Genetica	1	1				1	3
7_Area Diagnostica e Supporto		Farmacia ospedaliera	1	1				1	3
7_Area Diagnostica e Supporto		Fisica Sanitaria	1					1	2
7_Area Diagnostica e Supporto		Genetica Medica							1
7_Area Diagnostica e Supporto		Laboratorio analisi	1	1					
7_Area Diagnostica e Supporto	06	Medicina nucleare con posti letto						1	1
7_Area Diagnostica e Supporto	61	Medicina nucleare ambulatoriale	1						
7_Area Diagnostica e Supporto		Odontostomatologia e chirurgia	1						1
7_Area Diagnostica e Supporto	79	Neuroradiologia	1						1
7_Area Diagnostica e Supporto	80	Radiologia	1	1	1	1			4
7_Area Diagnostica e Supporto		Servizio Trasfusionale	1						1
7_Area Diagnostica e Supporto	42	Tossicologia							
		TOTALE	47	20	10	9	3	3	2	12	106

*da valutare la permanenza del DEA I livello entro il 31/12/2015 pienamente riferimento alla Spoke di Novi Ligure

** con prioritario riferimento all'AO di Alessandria

*** con prioritario riferimento all'AO di Alessandria

		ALTRE FUNZIONI										
3_Area Materno - Infantile	67	Endocrinologia	1	1								2
4_Area Emergenza	50	Neonatologia										
4_Area Emergenza		UCIC	1	1	1	1						4
		Emergenza Sanitaria 118	1									1

LEGENDA COLORI

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO DEI DEA I

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO DEI DEA II

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO DEI PS

DISCIPLINE PREVISTE DAL REGOLAMENTO DEI PS ZONA DISAGIATA

REGIONE PIEMONTE

Allegato B) N.....

REGIONE