



Regione Campania

Il Presidente

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

DECRETO N. 16 DEL 24/03/2010

OGGETTO: Riassetto della rete ospedaliera campana - punto n.2 della deliberazione Presidenza del Consiglio dei Ministri del 28 luglio 2009. Recepimento metodologia Age.na.s. e degli allegati A) e B) del nuovo Patto della Salute 2010-2012.

PREMESSO

- che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'art. 4 del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 222;
- che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al Piano di rientro dal disavanzo del Servizio sanitario regionale campano ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in diciotto punti;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009 è stato nominato il sub commissario ad acta;

RILEVATO

- che la citata deliberazione del 28 luglio 2009 ha individuato, al punto 2, tra gli interventi cui dare piena attuazione per il rientro dal disavanzo "il riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del piano ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro".
- che il tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza hanno convenuto, in data 4 novembre 2009, i tempi entro cui valutare il raggiungimento degli obiettivi di rientro dal disavanzo, fissando per il 15 aprile 2010 il termine entro cui trasmettere i provvedimenti attuativi delle aziende sanitarie relativi al riassetto della rete ospedaliera campana;

CONSIDERATO

- che l'Agenzia Nazionale Sanitaria (Age.na.s) ha messo a punto una "metodologia di analisi della domanda e riprogettazione dell'offerta per il calcolo del fabbisogno di posti letto per acuti, di riabilitazione e lungodegenza, quale strumento programmatico di riferimento per le regioni commissariate";



Regione Campania

Il Presidente

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

- che, anche in forza di un accordo di collaborazione sottoscritto con la Regione Campania, l'AGE.NA.S ha sviluppato tale metodologia per l'analisi e la riprogettazione della rete ospedaliera campana utilizzando, a tal fine le informazioni contenute nelle SDO anno 2008;
- che il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010 - 2012 all'art. 6, comma 5, ha stabilito che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di in appropriatezza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi allegati A) e B);

VISTI

i criteri utilizzati dall'Age.na.s per la rimodulazione dell'offerta e precisamente:

- individuazione dei ricoveri ordinari ad elevato rischio di in appropriatezza (DPCM 2001 e Patto per la Salute 2010-2012) e trasferimento del 50 e 70% in regime di day hospital o ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri day hospital di tipo chirurgico con procedura non appropriata (Patto per la Salute 2010-2012) e trasferimento del 50% in regime ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri in regime di day hospital con 1 accesso di tipo medico e trasferimento del 80% in regime ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri ordinari di tipo medico con una giornata di degenza e trasferimento del 70% in regime di day hospital o ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri ordinari di tipo medico di soggetti ultra 65, nella maggior parte ripetuti, dimessi dalle UU.OO. mediche con una degenza superiore a 12 giorni, e trasferimento dell'80% in strutture dedicate di post acuzie denominate di lungo assistenza non ospedaliera;
- individuazione dei ricoveri corrispondenti ai codici 56, 75 e 60 di riabilitazione e lungodegenza da trasferire in strutture dedicate;
- esclusione dei ricoveri afferenti al DRG 391 Neonato Normale.

CONSIDERATO:

- l'insieme dei criteri innanzi elencati ha identificato uno scenario in cui diminuiscono i ricoveri ordinari e aumentano i ricoveri in day hospital e le prestazioni ambulatoriali di tipo chirurgico;

VISTO, altresì

- che si condividono pienamente tutti i criteri fissati dall'Age.na.s;
- che, dall'insieme dei dati ottenuti e sulla base dei criteri forniti da Age.na.s, integrati dalla analisi elaborata dall'ARSAN, sono stati calcolati i posti letto ordinari delle strutture per acuti, mediante correzioni orientate all'efficienza dell'offerta come: tasso di occupazione (T.O.) non inferiore all' 80% e degenza media del ricovero (DM) pari a 7 giornate, per 365 giorni disponibili l'anno. Per quanto riguarda invece il



Regione Campania

Il Presidente

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

dimensionamento dei posti letto diurni: tasso di occupazione (T.O.) non inferiore al 150% e numero di accessi medi per ricovero (DM) pari a 1,5, per 230 giorni disponibili l'anno;

- che dall'applicazione della metodologia Age.na.s, (integrata dall'analisi elaborata dall'ARSAN) che con questo decreto si recepisce, deriva un indice programmatico di posti letto della rete ospedaliera pubblica e privata pari a 3,25 pl per mille abitanti di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza;

RITENUTO

- pertanto, di dover fissare in 3,25 per mille abitanti, di cui 0,7 per riabilitazione per riabilitazione e lungodegenza, l'indice programmatico di posti letto sulla base del quale procedere al riassetto della rete ospedaliera campana;
- altresì, di dover di seguito definire gli ulteriori principi sulla scorta dei quali entro il termine assegnato del 15/4/2010 si concluderà il processo di programmazione di che trattasi:
 - a) superamento dell'attuale criticità data dalla presenza nella rete dell'emergenza campana della maggior parte dei presidi pubblici;
 - b) ridefinizione del ruolo dei presidi ospedalieri pubblici e di quelli privati con l'obiettivo di riequilibrare le rispettive dotazioni eliminando la duplicazione di funzioni nei medesimi ambiti territoriali;
 - c) qualificazione ulteriore del ruolo delle Aziende Ospedaliere, per rispondere positivamente alla necessità di potenziare l'alta specialità, anche al fine di indurre una riduzione dei fenomeni di migrazione sanitaria;
 - d) riqualificazione in altra tipologia di offerta delle strutture ospedaliere pubbliche e private di piccola e media dimensione e con bassa performance organizzativa. Tali presidi potrebbero riqualificarsi in strutture caratterizzate dalla forte integrazione delle attività ospedaliere con quelle territoriali, quali attività di diagnostica specialistica, di piccola chirurgia, di attività di degenza di bassa e media complessità clinica e alta tutela personale (residenziali e semiresidenziali) per anziani, malati Alzheimer, disabili, pazienti psichiatrici, finalizzate sia a dare risposta alle necessità espresse dai singoli territori, sia a garantire i processi di continuità assistenziale. In particolare le prestazioni erogate da tali strutture dovranno essere improntate ai principi dell'integrazione sociosanitaria e inserite in un sistema di programmazione delle attività territoriali in cui il Distretto sanitario assuma il ruolo di nodo centrale della rete, capace di garantire il coordinamento e l'integrazione con le altre forme di assistenza, ivi incluse le cure primarie e domiciliari a diversa intensità, le prestazioni di ADI e le cure palliative a favore di malati terminali;
 - e) definizione di un percorso di riconversione delle strutture di ricovero private, provvisoriamente accreditate, così dette "Neuropsichiatriche", che rappresentano una anomalia del sistema regionale, considerata la tipologia di ospiti e le attività erogate. Una possibilità può essere data dalla riconversione in strutture sanitarie in



Regione Campania

Il Presidente

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL

PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO

(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

- grado di assicurare sia attività di ricovero di tipo residenziale che di riabilitazione/lungodegenza ospedaliera;
- f) ripensamento sul modello di organizzazione dipartimentale, da sperimentare in presidi pubblici, tale che consenta l'attribuzione dei posti letto direttamente al dipartimento, quali posti indistinti, pur garantendo l'articolazione del dipartimento stesso in strutture complesse. L'intento è quello di ottimizzare l'utilizzazione dei posti letto e del personale, di garantire la riduzione delle liste di attesa, l'eliminazione di funzioni spesso duplicate, la razionalizzazione nell'impiego dei servizi diagnostici; in altri termini, una migliore qualità dell'assistenza con contestuale contenimento dei costi;
- g) revisione dell'assetto delle seguenti reti:
- rete emergenza-urgenza;
 - rete cardiologica (modello Hub and Spoke);
 - rete neurotraumatologica (modello Hub and Spoke);
 - rete dei trapianti;
 - rete oncologica;
 - rete laboratori;
 - rete della salute mentale;
- nonché dei "Percorsi assistenziali" per le principali patologie o condizioni cliniche.

DECRETA

- di recepire la metodologia Age.na.s, (integrata dall'analisi elaborata dall'ARSAN) di analisi della domanda e riprogettazione dell'offerta per il calcolo del fabbisogno di posti letto per acuti, di riabilitazione e lungodegenza, quale strumento programmatico di riferimento per le regioni commissariate.
- di fissare quale indice programmatico di posti letto della rete ospedaliera pubblica e privata campana lo standard di 3,25 pl per mille abitanti di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza.
- di definire i seguenti ulteriori principi su cui si svilupperà il nuovo modello di rete ospedaliera:
 - a) superamento dell'attuale criticità data dalla presenza nella rete dell'emergenza campana della maggior parte dei presidi pubblici;
 - b) ridefinizione del ruolo dei presidi ospedalieri pubblici e di quelli privati con l'obiettivo di riequilibrare le rispettive dotazioni eliminando la duplicazione di funzioni nei medesimi ambiti territoriali;



Regione Campania

Il Presidente

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL

PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO

(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

- c) qualificazione ulteriore del ruolo delle Aziende Ospedaliere, per rispondere positivamente alla necessità di potenziare l'alta specialità, anche al fine di indurre una riduzione dei fenomeni di migrazione sanitaria;
- d) riqualificazione in altra tipologia di offerta delle strutture ospedaliere pubbliche e private di piccola e media dimensione e con bassa performance organizzativa. Tali presidi potrebbero riqualificarsi in strutture caratterizzate dalla forte integrazione delle attività ospedaliere con quelle territoriali, quali attività di diagnostica specialistica, di piccola chirurgia, di attività di degenza di bassa e media complessità clinica e alta tutela personale (residenziali e semiresidenziali) per anziani, malati Alzheimer, disabili, pazienti psichiatrici, finalizzate sia a dare risposta alle necessità espresse dai singoli territori, sia a garantire i processi di continuità assistenziale. In particolare le prestazioni erogate da tali strutture dovranno essere improntate ai principi dell'integrazione sociosanitaria e inserite in un sistema di programmazione delle attività territoriali in cui il Distretto sanitario assuma il ruolo di nodo centrale della rete, capace di garantire il coordinamento e l'integrazione con le altre forme di assistenza, ivi incluse le cure primarie e domiciliari a diversa intensità, le prestazioni di ADI e le cure palliative a favore di malati terminali;
- e) definizione di un percorso di riconversione delle strutture di ricovero private, provvisoriamente accreditate, così dette "Neurospichiatriche", che rappresentano una anomalia del sistema regionale, considerata la tipologia di ospiti e le attività erogate. Una possibilità può essere data dalla riconversione in strutture sanitarie in grado di assicurare sia attività di ricovero di tipo residenziale che di riabilitazione/lungodegenza ospedaliera;
- f) ripensamento sul modello di organizzazione dipartimentale, da sperimentare in presidi pubblici, tale che consenta l'attribuzione dei posti letto direttamente al dipartimento, quali posti indistinti, pur garantendo l'articolazione del dipartimento stesso in strutture complesse. L'intento è quello di ottimizzare l'utilizzazione dei posti letto e del personale, di garantire la riduzione delle liste di attesa, l'eliminazione di funzioni spesso duplicate, la razionalizzazione nell'impiego dei servizi diagnostici; in altri termini, una migliore qualità dell'assistenza con contestuale contenimento dei costi;
- g) revisione dell'assetto delle seguenti reti:
 - rete emergenza-urgenza;
 - rete cardiologica (modello Hub and Spoke);
 - rete neurotraumatologica (modello Hub and Spoke);
 - rete dei trapianti;
 - rete oncologica;
 - rete laboratori;
 - rete della salute mentale;

nonché dei "Percorsi assistenziali" per le principali patologie o condizioni cliniche.



Regione Campania

Il Presidente

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 28/7/2009)

- di recepire gli allegati A) e B) del nuovo Patto della Salute 2010-2012.
- di provvedere con successivo decreto alla definizione delle soglie di ammissibilità per i ricoveri resi in regime ordinario e di day hospital per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui ai citati allegati A) e B).

Antonio Bassolino

Il Sub Commissario
Dott. G. Zucatelli

L'Assessore alla Sanità
Prof. M.L. Santangelo

Il Coordinatore A.G.C. 19
Dott. A. D'Ascoli

Il Coordinatore A.G.C. 20
Dott. M. Vaseo