

SANITA': DA AGENAS PROPOSTE A REGIONI CON PIANI RIENTRO

Roma, 13 apr. (Adnkronos Salute) - Dall'Agenas proposte alle Regioni sottoposte a Piano di rientro per la riorganizzazione e la riqualificazione della rete dell'emergenza-urgenza, della rete ospedaliera e della rete dell'assistenza territoriale. Basate sul principio che non è necessario "solo operare dei tagli per spendere meno, ma, piuttosto, occorre riformulare i servizi nella logica dell'appropriatezza organizzativa e razionalizzare l'intero sistema, dal momento che è ormai dimostrato, anche sulla base dell'esperienza delle Regioni più virtuose, che un sistema che costa di meno è anche più efficiente". Lo spiega il direttore dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali, Fulvio Moirano, nel presentare il numero di 'Monitor', il trimestrale dell'agenzia diffuso oggi, dedicato al tema. Il documento, elaborato dagli esperti dell'Agenas insieme ai tecnici delle Regioni interessate, è scaricabile dal sito dell'Agenas www.agenas.it.

La premessa del lavoro sta nella convinzione - basata sulla normativa nazionale e sull'esperienza di Agenas nell'attività di affiancamento alle Regioni in rosso - che i due momenti, quello del mancato equilibrio finanziario e quello legato alle carenze nella prestazione dei servizi, siano in realtà strettamente collegati fra loro.

"Come ormai è riconosciuto da più parti - spiega Moirano - per garantire l'equilibrio economico-finanziario delle aziende sanitarie e l'intera spesa sanitaria entro i limiti previsti dal finanziamento stanziato annualmente, non è necessario solo operare dei tagli per spendere meno". Molte le proposte contenute nel dossier di 'Monitor': per la rete ospedaliera e per quella della emergenza rivolte principalmente a operare un ridimensionamento, mentre per la rete territoriale considerazioni sulla necessità di innovare e sviluppare i servizi, coinvolgendo anche i medici di medicina generale.

(Com-Ram/Adnkronos Salute)

13-APR-11 18:58

Regioni in deficit: come riorganizzare i servizi sanitari. La proposta Agenas

I reparti ospedalieri potrebbero essere ridotti del 10-20% e il personale di circa il 10%. La proposta, formulata dall’Agenzia per la riorganizzazione della sanità nelle Regioni vincolate ai Piani di rientro, indica parametri di riferimento per gli ospedali, per il territorio e per l’emergenza. Ma, come spiega il direttore [Moirano in quest'intervista](#), potrebbe essere "valida per tutti".



14 APR - Non è un modello, ma una proposta. Non prescrive tagli, ma una riorganizzazione dell’offerta. Non è vincolante, ma indicativo. Fatte tutte queste premesse, resta il fatto che le indicazioni contenute nel documento pubblicato sull’[ultimo numero della rivista Monitor](#) faranno discutere. Si tratta, in sintesi, delle linee di indirizzo da utilizzare per organizzare “al meglio” la rete ospedaliera, la rete dell’emergenza-urgenza e la rete territoriale.

Riorganizzare il sistema per far quadrare i bilanci

Come scrive Fulvio Moirano presentando il documento, “per garantire l’equilibrio economico-finanziario delle Aziende sanitarie e l’intera spesa sanitaria entro i limiti previsti dal finanziamento stanziato annualmente, non è necessario solo operare dei tagli per spendere meno, ma, piuttosto, occorre riformulare i servizi nella logica dell’appropriatezza organizzativa e razionalizzare l’intero sistema”. E nell’intervista che pubblichiamo, lo stesso Moirano spiega che questa proposta di riorganizzazione non serve solo alle Regioni in deficit, ma è “valida per tutti”, tanto che anche regioni “virtuose”, come Sardegna, Basilicata e Liguria, hanno chiesto consulenze ai tecnici Agenas.

L’affiancamento delle Regioni sottoposte a Piani di rientro è tra i compiti assegnati all’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) dal Patto per la salute 2010-2012. Questo vuol dire che l’Agenzia invia esperti e

tecnici a lavorare in collaborazione con gli assessorati regionali per definire gli interventi necessari per far sì che la sanità di quella Regione rimetta in ordine il proprio bilancio, continuando a garantire i servizi sanitari ai cittadini. Almeno così si spera.

Per poter svolgere questo compito, Agenas ha predisposto il documento che viene pubblicato oggi integralmente su *Monitor*, la rivista dell’Agenzia, firmato da molti esperti di organizzazione sanitaria: Fulvio Moirano, Ragnar Gullstrand, Francesco Enrichens, Danilo Bono, Stefano Gariano, Pier Paolo Benetollo, Alba Maria Rosito, Maria Cristina Ghiotto e Daniela Marcer.

Le proposte per la rete ospedaliera

Al centro della proposta c’è l’adozione di un modello “hub e spoke”. La formula, che utilizza l’immagine di una ruota con al centro il mozzo (hub) da cui partono i raggi (spoke), prevede l’individuazione di strutture di eccellenza che facciano da fulcro (hub) in collegamento con altre (spoke), più numerose e più diffuse. Corollario naturale, ma difficile da realizzare, è la chiusura dei piccoli ospedali e, in alcuni casi, la loro trasformazione in strutture per post-acuzie o in servizi della rete territoriale.

Ma di quanti reparti di chirurgia ha bisogno un territorio? E di quante cardiologie? Per definire quale sia il fabbisogno ottimale a cui “tendere” il documento indica quale dovrebbe essere il bacino di utenza e il numero di posti letto di ciascuna “struttura complessa”. Facciamo qualche esempio: un reparto di cardiologia dovrebbe avere un bacino di utenza di 150/300mila persone, con 16 p.l. a disposizione. Un reparto di oncologia dovrebbe servire 800/400mila abitanti, sempre avendo a disposizione 16 p.l., anche perché “si ritiene possibile trasferire l’80% delle prestazioni di chemioterapia (DRG 410) in regime ambulatoriale, mantenendo la parte restante in ricovero ospedaliero per i soggetti particolarmente fragili”.

Utilizzando questi parametri, e confrontandoli con la realtà attuale, il documento indica che “in tutte le Regioni studiate” si evidenzia “una possibilità di riduzione di strutture complesse anche nell’ordine di 10-20%”, tanto che nelle Regioni con piano di rientro ci sarebbe un “surplus complessivo di personale che supera il 10%”, se confrontato con quanto accade con le realtà più efficienti delle stesse Regioni.

Né va meglio con le strutture: “L’utilizzo delle sale operatorie nei presidi pubblici è, spesso, troppo basso con la conseguenza di un uso non efficiente del personale relativo. È opportuno, quindi, superare il 70% dell’utilizzo concentrando gli interventi per un uso migliore delle risorse”.

E qualche criticità si mostra anche nel rapporto tra pubblico e privato. “Si evidenzia – si legge nel documento – la possibilità di razionalizzare fortemente la presenza degli erogatori privati in modo di indirizzare il loro contributo al sistema sanitario in modo più coerente rispetto alle strutture

pubbliche, eliminando le duplicazioni e gli eccessi di offerta”.

Tutto questo dovrebbe portare a quella razionalizzazione della rete ospedaliera, prevista dal Patto per la Salute 2010-2012, ottenuta attraverso il passaggio “dal ricovero ordinario al ricovero diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal ricovero all'assistenza territoriale e domiciliare”. Per ottenere questo risultato occorre innanzi tutto sorvegliare i Drg “ad alto rischio di inappropriatazza” e vigilare sui ricoveri impropri di lungodegenza (“sono considerati non appropriati l'80% dei ricoveri ordinari non chirurgici in specialità per acuzie di persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a dodici giorni”).

Parametri indicativi anche per la riorganizzazione delle degenze post-acuzie, in parte da condividere con l'assistenza territoriale e dunque con i Distretti, e comunque da contenere in 0,7 p.l. per mille abitanti, di cui 0,5 per riabilitazione e 0,2 per lungodegenza post-acuzie.

Le proposte per la rete territoriale

“Attraverso la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e ospedaliera si possono liberare importanti risorse umane e materiali da impiegare per un potenziamento della rete territoriale”. È questa la premessa alla parte del documento dedicata al territorio, il settore che certamente deve essere più sviluppato. Fulcro di questo sviluppo deve essere il Distretto, che “deve realizzare una reale e concreta presa in carico del paziente cronico, superando lo storico atteggiamento autorizzativo”.

Muovendo dalla riconversione dei piccoli ospedali locali, il documento indica tre linee di intervento: potenziamento della residenzialità territoriale; implementazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP); potenziamento delle cure domiciliari.

Per i CAP si ipotizzano due parametri: nelle aree metropolitane dovrebbe essercene uno ogni 20/50mila residenti, mentre nelle aree extra-metropolitane uno ogni 15/20mila residenti, con possibili deroghe nelle aree montane.

Particolare rilievo viene data alle forme associative della medicina primaria e all'integrazione tra medicina generale, assistenza specialistica territoriale, continuità assistenziale e rete dell'emergenza.

Le proposte per la rete dell'emergenza-urgenza

La rete dell'emergenza-urgenza è uno dei punti più sensibili del sistema sanitario, quello che fa scattare spesso le denunce per “malasanità”, quello che orienta le richieste di intervento e quello che, di frequente, supplisce ad altre carenze.

Il documento Agenas propone la creazione di una gamma differenziata di punti di pronto soccorso: si va dal Dea (Dipartimento di emergenza e accettazione) di II livello inserito in un centro Hub – dovrebbe essercene uno ogni 500mila/1 milione di residenti –, al Dea di primo livello inserito in un ospedale Spoke – uno ogni 150/300mila residenti –, al Pronto Soccorso semplice – con almeno 20mila accessi all'anno –, al Punto di Primo Intervento, al Pronto Soccorso in area disagiata.

Le disponibilità, professionali e strumentali, di queste strutture sono ovviamente diverse e diventa quindi strategico il ruolo del 118 e dei suoi mezzi di soccorso, che hanno il compito di far arrivare ogni caso verso il centro più adatto alla specifica situazione.

E.A.

14 aprile 2011

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Moirano (Agenas): “Occorre riorganizzare la rete dell’offerta”

14 APR - *La parola chiave è “dimensionamento”. La proposta Agenas per le Regioni in Piano di rientro ruota tutta intorno a questo concetto, come spiega il direttore dell’Agenzia Fulvio Moirano: “Abbiamo osservato l’esistente e poi abbiamo cercato di valutare come riorganizzare la rete dell’offerta, dando dei parametri per il dimensionamento delle strutture ospedaliere, dell’emergenza-urgenza e del territorio”. In estrema sintesi: tot abitanti, tot reparti di chirurgia, Pronto Soccorso, Rsa, ecc. E questa proposta, che è assolutamente vietato chiamare “modello” e che è già utilizzata come base di partenza per i Piani di rientro in diverse Regioni, oggi viene pubblicata interamente sul nuovo numero di Monitor, la rivista dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.*

Dottor Moirano, come nasce questa ricerca?

Diciamo subito che non è una ricerca, ma piuttosto il frutto di un lavoro comune di osservazione dell’esistente compiuto dagli esperti Agenas in collaborazione con i tecnici di diverse Regioni, che ci ha consentito di definire l’articolazione e i parametri ottimali della rete dell’offerta dei servizi e delle prestazioni, articolata per rete ospedaliera, rete dell’emergenza urgenza, rete territoriale. Poi ci sono anche molti altri aspetti, la spesa farmaceutica o protesica, il sistema della formazione. Ma noi prevalentemente ci siamo occupati di questo.

Questo lavoro è stato realizzato per le Regioni in deficit di bilancio e vale solo per loro?

È un lavoro che può essere valido per tutti, perché risponde a esigenze generali di ammodernamento del nostro sistema sanitario, ma che è particolarmente urgente realizzare nelle Regioni che hanno i bilanci in rosso e dunque sono sottoposte a Piani di rientro.

Come Agenas, infatti, abbiamo affiancato le Regioni con Piani di rientro (Sicilia, Calabria, Abruzzo, Piemonte, ecc.), sulla base di quanto previsto nel Patto per la Salute 2009. Ma abbiamo dato consulenza anche a Regioni che non hanno i Piani di rientro, come la Sardegna, la Basilicata e la Liguria.

Che situazione avete trovato nelle diverse Regioni?

Ci siamo trovati spesso in presenza di programmazioni vecchie, datate. E in qualche caso la programmazione non era proprio stata fatta. Quando le reti dell’offerta non sono ben programmate, o non sono programmate affatto, ti

trovi a constatare che le strutture, gli ospedali e non solo, sono cresciute in maniera estemporanea, sulla base di interessi specifici dei politici locali, dei professionisti locali o altro. Così ci sono reti di offerta che non hanno un bacino adeguato: questo vuol dire che le strutture non sono pienamente utilizzate e anche che non possono raggiungere l'eccellenza, in mancanza di una "massa critica" adeguata.

Quali difficoltà avete incontrato nell'applicare i vostri parametri?

Bisogna chiarire che non si tratta di applicare dei parametri: la nostra è una proposta indicativa, ed è scritto chiaramente che non ha valore di vincolo. Le Regioni hanno davanti il quadro dell'esistente, la nostra proposta, ma poi alla fine sono loro che devono approvare le delibere. Non si può pensare di cambiare tutto in pochi mesi.

Certo, per quanto riguarda la rete ospedaliera e quella dell'emergenza si tratta quasi sempre di operare un ridimensionamento, essendo nate in maniera non programmata e rivelandosi dunque tendenzialmente ridondanti. E, nel ridimensionamento, c'è un problema della politica nel resistere alle sollecitazioni locali e professionali, anche legittime, facendo valere una programmazione forte, che chiede subito tagli e che darà vantaggi solo più avanti.

Un pungolo è lo spauracchio del disavanzo, che determina aumento della tassazione Irpef e Irap, ticket, fino ad arrivare al commissariamento. Per evitare tutto questo, i politici delle Regioni in Piano di rientro devono compiere scelte coraggiose.

A proposito di commissariamento, crede che sia positivo affidare il ruolo di commissario al presidente della Regione?

Dal punto di vista puramente tecnico, qualche difficoltà questo sistema la crea. Perché il conflitto con le comunità locali ha più effetto su chi, come il presidente, è parte della struttura politica regionale, mentre un commissario di Governo avrebbe sicuramente meno vincoli. Ma è da valutare il contesto, perché un commissario non può realizzare quasi niente, se è solo contro tutti.

I risultati si calcolano solo sotto il profilo dei bilanci?

Non solo: si deve da una parte rientrare e dall'altra riqualificare, andando a recuperare risorse dagli ospedali per portarle sul territorio. Una strada che è difficile ma che dà buoni risultati.

La rete territoriale non deve essere "ridimensionata", ma se mai sviluppata. Qual è la vostra proposta?

In molte realtà l'ospedale vicariava le funzioni di una struttura territoriale e anche quelle della lungodegenza: aveva costi altissimi, ma dava alcuni servizi. Ora bisogna trovare il modo per offrire questi servizi in modo razionale, e per questo la parte territoriale è quella dove si deve innovare di

più. Penso alla riconversione di alcuni piccoli ospedali, che non hanno più ragion d'essere, in strutture di ricovero a bassa intensità o in punti di Primo intervento, anche coinvolgendo i medici di medicina generale.

Sulla base della nuova convenzione nazionale, si stanno realizzando convenzioni regionali che prevedono la creazione di gruppi di Cure Primarie, che garantiscono, in integrazione con la Continuità Assistenziale, l'assistenza continuativa per un certo bacino d'utenza. Non si tratta di creare tanti "piccoli" Pronto Soccorso, ma di garantire una risposta ai bisogni dei cittadini. E i gruppi di Cure Primarie possono offrire anche diagnostica di base e strumentazioni che è quasi impossibile pensare di trovare nello studio del singolo medico di famiglia.

Nel vostro documento è scritto chiaramente che l'obiettivo non è tanto ridurre il numero dei posti letto, ma piuttosto ridurre il numero delle strutture. Questo vuol dire che ci saranno tagli del personale medico e sanitario?

Bisogna essere seri. In molte Regioni, in questi anni, si sono ridotti i posti letto in maniera parcellizzata, levandone due qua e due là. In questo modo non si sono ridotti i costi, ma si sono soltanto rese più inefficienti le strutture. Detto questo, il taglio del personale nel servizio pubblico non si può fare, visto che non si possono fare licenziamenti. Al massimo si può utilizzare il blocco del turn over, ma personalmente credo che un blocco del turn over totale non sia realizzabile e che sia più appropriato invece pensare a percentuali di blocco che consentano alle amministrazioni di gestire la situazione: ci sono dei "cessati" che si può benissimo non sostituire, mentre altri vanno sostituiti per non creare problemi ai servizi.

E.A.

La storia: intervista all'esperto svedese che cura il Piano di rientro della Calabria

14 APR - *Ragnar Gullstrand è un elegante signore. Nato in Svezia, vive e lavora in Italia da molti anni, ma non ha perso il suo particolare accento straniero. Dopo una carriera da manager, esperto nel controllo di gestione, ha trasferito la sua esperienza al campo della sanità, prima in Piemonte e ora come consulente Agenas. In particolare, da mesi segue l'attuazione del Piano di rientro in Calabria.*

Dottor Gullstrand, come è stato accolto in Calabria?

Se qualcuno venisse da me, in Svezia, a dirmi cosa devo fare io mi sentirei un po' come "invaso". Invece ho trovato reazioni controllate. Ho anche chiesto esplicitamente al direttore sanitario di una Asl calabrese cosa ne pensasse. Mi ha risposto soltanto: "Imparo in fretta".

Come si fa un Piano di rientro?

C'è una strada più semplice e una meno semplice. La più semplice è decidere di "tagliare" una certa percentuale su ogni voce in bilancio. Ma questo manda in crisi i servizi, porta la situazione in emergenza e costringe a interventi di tamponamento, con nuove spese.

Poi c'è una via più difficile, che è la riorganizzazione del sistema. E la riorganizzazione del sistema non risponde soltanto ai problemi di bilancio, ma anche a una premessa più generale. Trent'anni fa il sistema aveva bisogno di più posti letto, avendo meno possibilità di curare. Nel frattempo molte cose sono cambiate, ma il sistema ha la tendenza a non cambiare, fino a quando non è in crisi. Così oggi ci sono ancora i posti letto che servivano tanti anni fa e nello stesso tempo ci sono anche le nuove tecnologie, i nuovi farmaci e tutto quello che via via si è scoperto. In più sono cambiate anche le persone, che chiedono sempre la migliore risposta possibile, come è ovvio. E nel frattempo l'invecchiamento della popolazione, e l'aumento delle patologie croniche correlato a questo invecchiamento, richiede la creazione di una rete territoriale. È chiaro che così il sistema non regge.

Su che direttrici si deve riorganizzare il sistema sanitario?

Bisogna ridisegnare la rete sanitaria come serve oggi: individuare poli di eccellenza, che investono il 20-30% ogni anno in ammodernamento, eliminando o trasformando però molti altri ospedali esistenti. In Calabria noi abbiamo chiesto di eliminare la metà degli ospedali esistenti, e abbiamo

ottenuto che si passasse da 28 a 18.

Questo per quanto riguarda gli ospedali. E per la rete dell'emergenza-urgenza?

L'emergenza urgenza è quella che suscita anche più allarme "malasanità". La gente pensa di poter ricevere in ogni ospedale, 24 ore su 24, l'assistenza più avanzata. Non è così e non può essere così. Ma ognuno può trovare la risposta giusta se si è costruita una buona rete del 118, che sappia valutare le situazioni e decidere, a seconda della gravità, se suggerire di andare dal medico di base, oppure nella struttura territoriale, o nell'ospedale "giusto", quello dove c'è l'eccellenza per lo specifico problema.

Resta il tema più complesso, quello dell'assistenza sul territorio. Come si può intervenire?

Bisogna attivare il distretto, bisogna investire in questa direzione. Finora il distretto è stato sottovalutato e, spesso, è stato utilizzato come valvola di sfogo dell'ospedale: non so dove mettere questo medico? Lo metto nel distretto. Adesso bisogna cambiare.

Ma sul territorio operano soprattutto medici di medicina generale, in convenzione con il Ssn.

Se tu hai personale in convenzione, quel personale non è "tuo", ma collabora con la struttura. Quindi devi avere un coordinamento "tuo". Pensare che avere molti medici di famiglia, magari anche con qualche incentivo economico, crei "miracolosamente" una rete ottimale non è ragionevole. Ho lavorato in molte aziende, che hanno centinaia di agenti che lavorano a provvigione, ma per gestire questa rete c'è una forte struttura interna, che coordina, supporta, indirizza e stimola. Bisogna migliorare l'organizzazione distrettuale per garantire la reale presa in carico dei pazienti e l'integrazione con i medici di medicina generale finalizzata alla gestione ottimale dei pazienti cronici nel setting assistenziale più appropriato.

Una struttura così può "utilizzare" al meglio i medici di famiglia, possibilmente in associazione, per poter garantire almeno la copertura di 12 ore al giorno per 5 giorni alla settimana. E in questa prospettiva si può anche pensare ad una progressione di carriera per il medico di base, che oggi non ne ha alcuna.

Ma tutto questo, per ora, è stato fatto solo in pochissime realtà. In Emilia Romagna, dove si è intervenuto molto con leggi regionali. In Veneto, dove il dottor Benetollo ha realizzato un Distretto con queste caratteristiche.

Torniamo alla sua esperienza in Calabria. Qual è stata la sorpresa più positiva che ha trovato?

La variabilità tra le diverse strutture. Pensi di trovare un disastro generalizzato e invece, quando guardi con più attenzione, trovi strutture ben

gestite. Forse non hanno moltissimi soldi, ma sono organizzate.

Un confronto tra la sanità italiana e svedese. Le differenze sono così grandi?

Per quanto riguarda il ritmo di cambiamento loro sono più bravi, più veloci. Sanno applicare la teoria secondo la quale ogni trent'anni bisogna cambiare tutto. E poi ci sono più investimenti e dunque più ricerca, ma i medici svedesi non sono più bravi. Anzi, in media, l'assistenza medica e infermieristica in Italia è alla pari con l'assistenza in Svezia, se non meglio.

E.A.

14 aprile 2011

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità

IN PRIMO PIANO

14 aprile 2011 - ore 11,33

Agenas: come riorganizzare l'assistenza dove c'è un piano di rientro

Un'indicazione (non un modello) per le Regioni con piani di rientro (ma non solo) su come riordinare la rete ospedaliera. Tutto compreso, dalla riduzione del personale a quella delle strutture soprattutto "piccole", dalla riduzione delle strutture complesse (anche del 10-20%) alla revisione dei servizi di emergenza.

L'indicazione emerge dal «Piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro» contenuta nell'ultimo numero del trimestrale dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali-Agenas (i cui contenuti sono ampiamente sintetizzati sul prossimo numero del settimanale Il Sole-24 Ore Sanità)..

Elaborato dagli esperti dell'Agenas assieme ai tecnici delle Regioni interessate, il documento contiene proposte per la riorganizzazione e la riqualificazione della rete dell'emergenza-urgenza, della rete ospedaliera e della rete dell'assistenza territoriale, delineando la necessità di un ampio rimaneggiamento dell'universo in essere. «Non intende essere un modello, ma piuttosto uno strumento di empowerment per le Regioni per lo sviluppo del necessario controllo delle risorse e delle opportunità, ognuna nel rispetto delle proprie prerogative e di quanto stabilito nei rispettivi Piani di rientro», sottolinea Francesco Bevere, Dg della programmazione sanitaria della Salute.

Riordino a tutto campo quindi, utilizzando il modello Hub e Spoke: concentrazione dell'assistenza a elevata complessità in centri di eccellenza (hub) supportati da una rete di servizi (spoke) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento al superamento di una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale.

Punto di partenza è la rete di emergenza-urgenza che «incide sulla razionalità ed efficienza dell'intero sistema dell'offerta». Il percorso disegnato dall'Agenas prevede in primo luogo l'individuazione di un settore unico di riferimento per l'emergenza sanitaria presso l'assessorato alla salute con

compiti di assegnazione di un budget unico eventualmente centralizzato presso una sola azienda per tutte le attività di emergenza territoriale-118 e una analoga gestione analoga gestione di budget individuata per i Dea e i PS allocandolo nelle rispettive aziende.

Prevista anche la riparametrazione-accorpamento del numero delle centrali operative 118 per un bacino di utenza da 500mila a un milione di abitanti e la redistribuzione dei mezzi di soccorso territoriali secondo una formula che introduce il correttivo dell'assetto geografico del territorio a vantaggio delle zone montane e pedemontane.

E ancora: la riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale che prevede come mossa prioritaria la centralizzazione delle chiamate di guardia medica su un numero unico regionale, analogo al 118, e l'integrazione con gli altri servizi del territorio.

C'è poi il riordino della rete ospedaliera. Che passa per l'analisi di tutte le criticità: sono inappropriati - spiega ad esempio il documento - l'80% dei ricoveri ordinari non chirurgici in specialità per acuzie degli over-65 con degenza uguale o superiore a 12 giorni. Per questo il riordino della rete ospedaliera proposto muove i primi passi proprio dalle necessità delle post-acuzie, prevedendo la modifica dell'attuale organizzazione regionale dei letti di "lungodegenza" con l'introduzione di letti di cure "intermedie" territoriali. In particolare per la riabilitazione si prevede l' adeguamento al 95% del tasso di utilizzo dei posti letto; l'adeguamento del rapporto tra letti per il ricovero ordinario e il DH nelle strutture per il recupero e la rieducazione funzionale (Rrf) di II e I livello; l'individuazione di indicatori di appropriatezza per ciascuna tipologia di struttura. Dimensione ottimale: due moduli di 30 posti letto circa per un bacino di utenza da 60mila abitanti a modulo (0,5 posti letto per mille abitanti).

Capitolo a sé la riorganizzazione dei letti per le acuzie, in relazione alla quale «saranno applicati i tassi di occupazione medi eguali per produttori pubblici e privati, differenziati tra ricoveri ordinari e diurni». Dall'eliminazione dei ricoveri inappropriati di cui sopra derivano la possibilità di redistribuzione delle discipline e la proposta - formulata dal documento - di integrare le strutture universitarie con quelle delle aziende sanitarie, per permettere la razionalizzazione dei posti letto senza penalizzare ricerca e didattica.

[LEGGI IL NUMERO DI MONITOR](#)