



All. 1

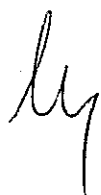
REGIONE CALABRIA

Il riordino della rete ospedaliera

13 ottobre 2010

Indice

Introduzione	4
Il consumo e la produzione di prestazioni ospedaliere	5
Analisi per area geografica	9
Definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere.....	11
Applicazione per Azienda Sanitaria Provinciale (ASP).....	15
Fabbisogno di posti letto ospedalieri	17
Situazione attuale dei posti letto.....	17
Definizione del fabbisogno complessivo di posti letto.....	18
Definizione della rete ospedaliera	20
Numero di posti letto per disciplina.....	26
Posti letto normalizzati per specialità	27
L'articolazione dei posti letto per area geografica.....	31
Proposta di articolazione di strutture organizzative.....	32
Considerazione a livello di presidi ospedalieri	37
Considerazioni a livello di specialità	39
Proposta di articolazione di funzioni pubbliche nella rete ospedaliera.....	47
L'attivazione della rete ospedaliera	54



Allegati

Allegato 1 - Standard nazionali sulla rete ospedaliera.....	55
Estratto dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.....	55
Estratto dell'Intesa 3 dicembre 2009 (Patto della Salute 2010-2012)	56
Allegato 2 - Valori attesi di percentuale di RO dei DRG chirurgici di cui all'allegato B del Patto della salute.....	58
Allegato 3 - Tasso di ospedalizzazione medio regionale correlata a quello delle regioni di confronto, DRG medici di cui al DPCM 29 novembre 2001 (definizione dei LEA).....	62
Allegato 4 - Indirizzi dalla rete di emergenza.....	66
Allegato 5 - Posti letto attuali (2009) per struttura (pubblico e privato)	67
Allegato 6 - Tabella tassi di occupazione per specialità utilizzati nel calcolo di posti letto.....	73
Allegato 7 - Tabella sul ruolo del presidio pubblico all'interno del sistema di emergenza.....	76
Allegato 8 - Articolazione di strutture organizzative per specialità e Azienda sanitaria	80
Allegato 9 - Carta geografica con le strutture ospedaliera	82



Introduzione

Durante la stesura del “Piano di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell’art. 1 comma 180 della Legge 13 dicembre 2004 n. 311” DGR 585 del 10/9/2009 e successive modifiche ed integrazioni (comunemente chiamato il piano di rientro) è emerso che la mancanza di un processo di razionalizzazione della rete ospedaliera calabrese ha comportato gravi inefficienze ed inapproprietezze nell’utilizzo delle risorse con conseguente non governabilità dei costi e con evidenti riflessi sui livelli di assistenza garantiti alla popolazione.

La sanità ha fatto grandi progressi negli ultimi anni dando origine alla necessità di una profonda ristrutturazione delle reti di offerta, con diverso riequilibrio tra attività e risorse dedicate all’assistenza ospedaliera e a quella territoriale. L’ospedale deve diventare la sede in grado di offrire competenze e tecnologie sofisticate e di maggiore complessità, mentre i piccoli ospedali dovranno essere riconvertiti in strutture territoriali più flessibili ed adeguate per rispondere in modo armonico e coordinato ai diversi fabbisogni d’assistenza della popolazione.

Anche il sistema di emergenza-urgenza richiede un rigoroso processo di riorganizzazione, sia in ambito territoriale che ospedaliero, al fine di garantire una risposta rapida e tempestiva, una diagnosi corretta e un valido trattamento in ragione del fabbisogno di assistenze della persona.

È necessario integrare le tre reti: ospedaliera, territoriale e di emergenza-urgenza e superare la schematica e tradizionale distinzione tra assistenza ospedaliera e assistenza extraospedaliera. Il presente documento intende sviluppare la prima di queste reti cercando di dare una risposta ai seguenti temi:

1. Qual è il numero di ricoveri appropriati a tendere della regione e quale è il metodo per distribuire questi ricoveri nelle ASP e nelle altre strutture erogatrici?
2. Qual è il numero di posti letto corrispondente?
3. Qual è il numero di strutture complesse necessarie a garantire la produzione e dove devono essere collocate?



Il consumo e la produzione di prestazioni ospedaliere

Il consumo attuale di prestazioni ospedaliere

Le analisi dei dati della produzione 2008 (dati SDO) relativi alla Regione Calabria evidenziano la seguente situazione complessiva di ricoveri (sono inclusi i neonati sani).

Figura 1: Produzione di ricoveri 2008 in Calabria nelle strutture pubbliche e private accreditate

	Pubblica		Privata		Totale	
Acuzie	307.912	99%	81.893	94%	389.805	98%
Postacuzie	2.446	1%	5.305	6%	7.751	2%
Totale	310.358	100%	87.198	100%	397.556	100%
	78%		22%		100%	

Nei dati riportati nella Figura 1 è inclusa la mobilità attiva, così come illustrato nella Figura 2.

Figura 2: Mobilità attiva di ricoveri 2008 Calabria

	Pubblica		Privata		Totale	
Acuzie	9.174	99%	2.984	95%	12.158	98%
Postacuzie	67	1%	150	5%	217	2%
Totale	9.241	100%	3.134	100%	12.375	100%
	75%		25%		100%	

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Le persone residenti in Calabria hanno, nello stesso anno, fruito di prestazioni di ricovero in altre regioni come segue:

Figura 3: Mobilità passiva 2008 Calabria

	Totale	
Acuzie	62.599	95%
Postacuzie	3.139	5%
Totale	65.738	100%

La Figura 4 mostra la distribuzione della mobilità passiva nelle altre regioni; le prime cinque regioni assorbono quasi i tre quarti di tutta la mobilità passiva.

Figura 4: Mobilità passiva 2008 Calabria per regione di erogazione

Regione	Totale	%	% Progressiva
LAZIO	11.909	18%	18%
SICILIA	11.376	17%	35%
LOMBARDIA	11.291	17%	53%
EMILIA-ROMAGNA	7.086	11%	63%
TOSCANA	5.814	9%	72%
PUGLIA	3.793	6%	78%
PIEMONTE	2.713	4%	82%
CAMPANIA	2.596	4%	86%
BASILICATA	2.561	4%	90%
VENETO	2.100	3%	93%
LIGURIA	1.983	3%	96%
UMBRIA	949	1%	98%
ABRUZZO	379	1%	98%
MARCHE	314	0%	99%

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Regione	Totale	%	% Progressiva
MOLISE	277	0%	99%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	249	0%	99%
BOLZANO	109	0%	100%
TRENTO	105	0%	100%
VALLE D'AOSTA	82	0%	100%
SARDEGNA	52	0%	100%
Totale	65.738	100%	

Il consumo complessivo dei residenti è riportato nella tabella che segue.

Figura 5: Calcolo di consumo di ricoveri 2008 (ordinari e diurni) dei residenti in Calabria

	(1)	(2)	(3)	(4)=1-2+3		Popolazione (1/1/2009 ISTAT)
						2.008.709
	Produzione strutture pubbliche e private	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Totale ricoveri dei calabresi	%	Tasso per mille abitanti
Acuzie	389.805	12.158	62.599	440.246	98%	219
Postacuzie	7.751	217	3.139	10.673	2%	5
Totale	397.556	12.375	65.738	450.919	100%	224
	88%	3%	15%	100%		
Tasso	198	6	33	224		

Il tasso di ospedalizzazione sopra riportato (che comprende la mobilità passiva) deve essere confrontato con gli obiettivi individuati a livello nazionale e condivisi in sede di Conferenza Stato-Regioni. A questo proposito va ricordato che l'Intesa del 23 marzo 2005 prevedeva un tasso di

ospedalizzazione di 180 ricoveri per mille abitanti, di cui il 20% per ricoveri diurni, e uno standard di dotazione media regionale pari a 4,5 PL per mille abitanti (allegato 1). In seguito, il Patto della Salute 2010-2012, siglato in data 3 dicembre 2009, ha ridefinito gli standard, prevedendo una dotazione media regionale di 4,0 PL complessivi per mille abitanti, di cui il 0,7 dedicato alla lungodegenza e alla riabilitazione post-acuzie. Il nuovo Patto per la salute non ha fornito indicazioni sul tasso di ospedalizzazione (pur segnalato, all'art. 2, comma 2, lettera d. come grandezza da monitorare, nell'ambito degli indicatori di efficienza ed appropriatezza). A livello nazionale è in discussione una proposta volta a calcolare il tasso di ospedalizzazione tenendo conto della demografia della popolazione nonché di altri obiettivi nazionali (ad esempio il trasferimento di una serie di prestazioni dalle sedi ospedaliere a quelle ambulatoriali, come indicato nell'allegato A del Patto per la Salute 2010-2012). Considerando che la popolazione della Regione Calabria è più giovane rispetto alla media italiana, l'obiettivo del tasso di 180 ricoveri per mille abitanti residenti, ricalcolato sulla base della struttura della popolazione calabrese sarebbe riconducibile, rispetto alla media italiana, ad un valore di circa 160/170 ricoveri per mille abitanti, a cui si potrebbe far corrispondere anche una riduzione dello standard dei posti letto.

Esiste quindi un fabbisogno totale di prestazioni ospedaliere per i residenti nella regione di 450.000 ricoveri di cui il 15 % è soddisfatto da strutture di altre regioni. Questa mobilità passiva esiste da molti anni ed è, quindi, da considerare consolidata. Il Patto della Salute 2010-2012 effettua, rispetto alla mobilità interregionale, alcune scelte importanti: indica esplicitamente che negli standard della rete ospedaliera non è compresa la quota di posti letto dedicati, in via prevalente o esclusiva, ai pazienti provenienti da altre Regioni (art. 6, comma 4, dell'Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009). Inoltre prevede (art. 19) l'adozione di specifici Accordi **tra Regioni confinanti** per disciplinare la mobilità sanitaria, come strumento essenziale di governo della domanda.

Rispetto alla mobilità passiva, va evidenziato che quattro su cinque delle regioni in cui i calabresi si recano maggiormente per essere ricoverati non sono confinanti ma sono regioni del centro – nord. La riduzione del tasso di mobilità passiva richiede la riorganizzazione della rete assistenziale complessiva nonché altri strumenti di gestione (eventualmente si potrebbero anche stipulare accordi interregionali in quest'ambito). La parte della mobilità causata anche dalla mancanza di fiducia nel proprio sistema sanitario richiede, per cambiare, l'implementazione di profondi interventi strutturali e organizzativi.



Il presente piano di riorganizzazione della rete ospedaliera si articola in un arco temporale espresso di tre anni (2010 - 2012). In sanità i cambiamenti dipendono spesso da interventi strutturali che possono essere realizzati in alcuni anni mentre la costruzione di nuovi ospedali richiede di norma anche dieci anni. Il grande sforzo da compiere in questo arco di tempo è fornire una risposta territoriale nonché una risposta appropriata ai ricoveri non appropriati che oggi vengono effettuati dal sistema ospedaliero calabrese. Con la riconversione dei piccoli ospedali in presidi territoriali e con il rafforzamento e la riqualificazione della rete ospedaliera appropriata sarà, successivamente, possibile recuperare progressivamente la mobilità passiva. Quest'ultimo obiettivo potrà quindi essere affrontato alla fine dell'attuale periodo. Se la Regione Calabria oggi si ponesse come obiettivo primario il recupero della mobilità passiva questo comporterebbe solo la posticipazione delle decisioni necessarie per la razionalizzazione delle strutture ospedaliere e della relativa attivazione di un corretto equilibrio tra i livelli assistenziali. Si è anche analizzata l'ipotesi che la mobilità passiva sarebbe composta principalmente da giovani residenti in Calabria ma domiciliati in altre regioni. I dati 2008 evidenziano, però, che le persone tra 18 a 35 anni rappresentano la stessa percentuale (15%) sia della mobilità passiva che della produzione regionale.

Analisi per area geografica

La struttura geografica della regione e l'articolazione delle aziende ospedaliere motivano l'analisi del consumo di ricoveri in tre grandi aree, ciascuna con una popolazione di almeno mezzo milione di abitanti: Nord, composta dalla provincia di Cosenza; Centro, composta dalle ASP di Catanzaro, Vibo Valentia e Crotone; Sud, composta dall'ASP di Reggio Calabria che include l'ex ASL di Locri. I dati sul tasso di ospedalizzazione delle tre aree risultano dalle tabelle seguenti (al netto di alcuni ricoveri non riconducibili alle aziende sanitarie):



Figura 6: Calcolo di consumo di ricoveri 2008 dei residenti calabresi dell'area Nord

	(1)	(2)	(3)	(4)=1-2+3		Popolazione
						733.508
	Produzione strutture pubbliche e private	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Totale ricoveri dei calabresi		Tasso per mille abitanti
Acuzie	134.872	5.005	22.472	152.339	97%	208
Postacuzie	3.701	94	966	4.573	3%	6
Totale	138.573	5.099	23.438	156.912	100%	214
	88%	3%	15%	100%		
Tasso	189	7	32	214		

Figura 7: Calcolo di consumo di ricoveri 2008 dei residenti calabresi dell'area Centro (Crotone, Catanzaro e Vibo Valentia)

	(1)	(2)	(3)	(4)=1-2+3		Popolazione
						708.694
	Produzione strutture pubbliche e private	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Totale ricoveri dei calabresi		Tasso per mille abitanti
Acuzie	150.217	4.344	18.649	164.522	98%	232
Postacuzie	2.962	97	1.093	3.958	2%	6
Totale	153.179	4.441	19.742	168.480	100%	238
	91%	3%	12%	100%		
Tasso	216	6	28	238		

Figura 8: Calcolo di consumo di ricoveri 2008 dei residenti calabresi dell'area Sud (provincia di Reggio Calabria)

	(1)	(2)	(3)	(4)=1-2+3		Popolazione
	Produzione strutture pubbliche e private	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Totale ricoveri dei calabresi		566.507
						Tasso per mille abitanti
Acuzie	104.542	2.809	21.478	123.211	98%	217
Postacuzie	1.088	26	1.080	2.142	2%	4
Totale	105.630	2.835	22.558	125.353	100%	221
	84%	2%	18%	100%		
Tasso	186	5	40	221		

Il tasso di ospedalizzazione è alto in tutte le aree con il valore maggiore nell'area centrale. La mobilità passiva varia tra 28 e 40 ricoveri per mille ed è un fenomeno costante anche nell'area centrale dove esistono due aziende ospedaliere.

Definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere

L'articolo 6 del Patto della Salute 2010-2012 prevede una razionalizzazione della rete ospedaliera ottenuta attraverso l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri, e con la promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal ricovero all'assistenza residenziale e domiciliare per cui i ricoveri saranno volti a casi importanti a cui si fornirà un'assistenza altamente qualificata. Nel comma 5 dello stesso articolo si prevede l'estensione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza, con passaggio da 43 DRG, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, alle liste contenute negli elenchi A e B allegati allo stesso Patto della Salute. Le Regioni dovranno, a tal fine, stabilire i valori soglia entro cui ammettere i ricoveri ordinari; prevedere le tariffe da attribuire alle prestazioni e definire le misure da adottare per le prestazioni extrasoglia.

Gli indirizzi sopra indicati comportano l'esigenza di una riprogettazione organizzativa assistenziale come già previsto dal Piano di Rientro (punto 6 della DRG 585/2009), finalizzata allo sviluppo progressivo di risposte che privilegino altri livelli assistenziali sia presso l'ospedale (l'osservazione breve, il day service, i percorsi ambulatoriali complessi nei day service, le prestazioni ambulatoriali), sia in sede territoriale (strutture residenziali e semiresidenziali, case della salute, ospedali di comunità) ed, infine, presso il domicilio del paziente (vari tipi di assistenza domiciliare, sulla base di quanto previsto dal documento della Commissione LEA del 2006 sulla caratterizzazione delle cure domiciliari).

Pertanto nel triennio si prevede l'obiettivo per le Aziende ospedaliere, per i presidi a gestione diretta, per l'INRCA e per tutte le strutture private accreditate, della riduzione di ricoveri in regime ordinario e del trasferimento degli stessi in parte a regime diurno e in parte a regime ambulatoriale e territoriale secondo le indicazioni di seguito riportate.

- a. In complesso, a livello regionale, si prevede che i **ricoveri ordinari chirurgici** afferenti all'allegato B del Patto della Salute 2010-2012 siano trasferiti in regime diurno nelle percentuali per singolo DRG indicato nell'allegato 2 del presente atto. Per questi ricoveri si sono utilizzate, come bench-mark, le strutture calabresi migliori. La percentuale è stata calcolata per singolo DRG su un bench-mark degli erogatori calabresi, pubblici e privati, che forniscono almeno un terzo della produzione regionale. Il valore scelto appartiene all'erogatore **meno performante** di ciascun DRG. Le percentuali di Ricovero ordinario sono misurate per i DRG, per i quali sono già state definite delle prestazioni ambulatoriali, sull'insieme di ricoveri e sulle corrispondenti prestazioni ambulatoriali.

L'effetto complessivo atteso è una riduzione di 6.600 ricoveri ordinari (con 25.000 giornate di degenza) sostituiti da ricoveri diurni. Per i DRG 006 (Decompressione del tunnel carpale) e 039 (Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia) è, inoltre, previsto che il 95% dei ricoveri diurni sia erogato in forma ambulatoriale. Questa percentuale è stata ipotizzata per permettere ai pazienti con maggior bisogno di assistenza di continuare a fruire della prestazione in forma di ricovero.

- b. Il percorso per giungere ad una situazione appropriata per i **ricoveri ordinari non chirurgici** afferenti all'allegato B del Patto della Salute è più articolato. Confrontando l'incidenza sulla popolazione di questi DRG con le regioni che non sono nel piano di rientro e

che hanno uno sviluppo diffuso dell'assistenza territoriale è evidente che la maggior parte della differenza del tasso di ospedalizzazione rispetto alla Regione Calabria riguarda proprio questo tipo di ricoveri. L'utilizzo del ricovero in ospedale è quindi un modo per soddisfare un fabbisogno di cura che altre regioni affrontano con altri livelli assistenziali. Il concetto di "appropriatezza organizzativa" è la scelta del livello assistenziale corretto e meno costoso per ciascun tipo di fabbisogno di cura. Le variazioni tra le ASP all'interno della Regione sono anche sensibili e possono essere lette come differenze di altre risposte ad un fabbisogno degli assistiti. Sono considerati ricoveri appropriati quelli con un tasso di ricovero, per ciascuna ASP e DRG, inferiore o eguale al valore medio delle regioni di riferimento.

Nell'allegato 3 si evidenzia che, nel 2008, il fabbisogno (espresso) dei DRG non chirurgici indicati nel Patto della Salute era circa 140.000 ricoveri che rispondono ad un tasso di ospedalizzazione di circa 70 ricoveri per mille abitanti. Nella tabella sono anche indicati i valori di riferimento delle regioni di riferimento.

La Regione Calabria, nell'ambito degli impegni assunti con il Piano di rientro dal disavanzo sanitario, ha bisogno di compiere uno sforzo notevole per raggiungere una risposta sanitaria appropriata e, quindi, pervenire all'equilibrio di bilancio. Si ritiene, di conseguenza, corretto porre un obiettivo che miri ad un forte livello di miglioramento dell'efficienza produttiva, anche in termini di tasso di ospedalizzazione, tenendo conto di quello delle altre regioni di riferimento (la Regione Friuli Venezia Giulia, per esempio, si avvicina al tasso di 150 ricoveri per mille abitanti residenti).

- c. Si ritiene, inoltre, possibile trasferire l'80% delle prestazioni di chemioterapia (DRG 410) in regime ambulatoriale (con relativa documentazione del consumo di farmaci nel file F), mantenendo la parte restante in ricovero ospedaliero per i soggetti particolarmente fragili.
- d. Recentemente sono stati pubblicati dal Ministero della Salute alcuni indicatori di qualità per il sistema sanitario regionale. Alcuni indicatori riguardano il tasso di ospedalizzazione di alcune patologie che dovrebbero essere curate a livello territoriale. Alcune di esse (BPCO e Diabete) sono già incluse tra i DRG dell'allegato B; per una patologia (lo Scompenso) la Calabria evidenzia il più alto tasso di ospedalizzazione di tutte le regioni italiane. Si è, di conseguenza, deciso di includere anche questa patologia nella metodologia d'appropriatezza spostando al livello territoriale il tasso di ricovero per ASP maggiore del valore delle regioni bench-mark.

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

- e. La rete ospedaliera è oggi utilizzata per ricoveri non appropriati di lungodegenza. Sono considerati non appropriati l'ottanta per cento dei ricoveri ordinari non chirurgici effettuati in discipline mediche di persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a dodici giorni.
- f. La regione Calabria, negli ultimi anni, ha effettuato una riconversione della rete psichiatrica spostando gli assistiti da ricoveri ospedalieri in strutture territoriali. I dati utilizzati per l'appropriatezza (anno 2008) contengono ancora una serie di strutture in fase di conversione. I ricoveri presso queste strutture sono stati eliminati in quanto per la quasi totalità non appropriati.

Il tasso di ricoveri ospedalieri per mille abitanti si riduce a seguito di questi interventi come risulta dalla tabella seguente:

Figura 9: Produzione appropriata (2008) (incl neonati)

Popolazione	2.008.709			
	Acuzie	Postacuzie	Totale produzione	
Totale produzione regionale rilevata	389.805	7.751	397.556	
a. Ricoveri ordinari chirurgici LEA	12.174		12.174	
b. Ricoveri non chirurgici LEA	65.580		65.580	
c. Chemioterapia	7.751		7.751	
d. Scopenso età 50-74 anni	1.716		1.716	
e. Lungodegenza in medicina età 65+anni	8.515		8.515	
f. Conversione psichiatria privata	1.365	744	2.109	
Arrotondamenti	55	0	55	
Produzione appropriata	292.649	7.007	299.656	
Mobilità attiva appropriata	11.563	210	11.773	Tasso osp
Produzione per i propri residenti	281.086	6.797	287.883	143
Mobilità passiva	62.599	3.139	65.738	33
Totale consumo dei calabresi	343.685	9.936	353.621	176

Il numero di ricoveri da produrre dalle strutture calabresi (pubbliche e private accreditate) è, di conseguenza, circa 300.000. Il tasso di ospedalizzazione relativo, inclusa la mobilità passiva, è di 176 ricoveri annui per mille residenti, dato compatibile con le linee di indirizzo nazionali. Attraverso il rafforzamento della risposta territoriale e la relativa presa in carico dei pazienti è anche possibile affrontare l'appropriatezza della mobilità passiva attraverso lo strumento di Accordi di confine accennato precedentemente. L'entità del possibile recupero di appropriatezza è di circa dieci mila ricoveri corrispondenti ad un tasso di ospedalizzazione di circa 5 ricoveri per mille abitanti (il tasso di ospedalizzazione complessivo scenderebbe a 171 ricoveri per mille abitanti).

L'articolazione della produzione appropriata della regione Calabria per tipologia di erogatore risulta dalla tabella seguente:

Figura 10: Produzione appropriata 2008 delle strutture calabresi (incl. neonati sani)

	Pubblica	%	Privata	%	Totale	%
Acuzie	229.063	99%	63.586	93%	292.649	98%
Postacuzie	2.446	1%	4.561	7%	7.007	2%
Totale	231.509	100%	68.147	100%	299.656	100%
	77%		23%		100%	

Confrontando la tabella 10 con la tabella 1 si evidenzia una riduzione della produzione di ricoveri di circa 98.000 unità (25%) di cui il 25% riguarda gli erogatori pubblici e il 22% quelli privati.

Applicazione per Azienda Sanitaria Provinciale (ASP)

La riduzione dei ricoveri come sopra prospettato rappresenta un obiettivo regionale. Lo sforzo di portare tale riduzione alla singola ASP comporta, da un lato, l'attivazione di prestazioni territoriali appropriate e, dall'altra, l'attivazione dell'analisi congiunta tra l'ASP e i soggetti erogatori, con la relativa definizione di percorsi e protocolli utili per il raggiungimento degli obiettivi. Il tipo di risposta territoriale per ciascun paziente dipende dalla patologia, dal DRG e dalle condizioni complessive della persona (età, situazione familiare, eventuali concomitanze ecc..) ed è sviluppato

nello studio per la riorganizzazione della Rete Territoriale ad integrazione del piano di riordino della Rete Ospedaliera.

La riduzione dei ricoveri e delle prestazioni non appropriate di Pronto soccorso (codici bianchi e, in parte, codici verdi) presso le strutture pubbliche sono un presupposto per la concentrazione e la ricostruzione della rete ospedaliera pubblica. Riducendo i ricoveri non appropriati è possibile utilizzare le Aziende ospedaliere, gli HUB ed i centri Spoke per i ricoveri appropriati che già prima essi erogavano e per i pazienti provenienti dai piccoli ospedali da convertire (per gli indirizzi della rete di emergenza vedere allegato 4).

La riduzione dei ricoveri non appropriati presso le strutture private è già prevista dal Piano di rientro in cui il budget delle Case di cura è stato ridotto in modo congruo.

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, connected strokes that form a stylized, abstract shape.

Fabbisogno di posti letto ospedalieri

Situazione attuale dei posti letto

La Regione Calabria presenta, oggi, una dotazione di posti letto di 7.576 unità al netto delle culle / posti nido e dei detenuti; in particolare il 90% è dedicato alle attività per acuzie e la restante parte alla riabilitazione ed alla lungodegenza. Nella tabella seguente si riporta il dettaglio dei posti letto delle strutture pubbliche e private accreditate e nell'allegato 5 è indicato il dato per singolo presidio.

Figura 11: Posti letto attualmente (fine 2009) presenti nelle strutture calabresi

							Popolazione	2.008.709
	Pubblico		Privato		Totale		PL per mille abitanti	
Acuzie	5.024	96%	1.796	76%	6.820	90%	3,4	
Postacuzie	186	4%	570	24%	756	10%	0,38	
Totale	5.210	100%	2.366	100%	7.576	100%	3,77	
	69%		31%		100%			

Nota1. Nelle strutture private è inclusa La Fondazione Campanella con 73 PL per acuzie.

Nota2. I posti letto contenuti in tabella non comprendono il nido (cod. 31) e i detenuti (cod. 97)

Nota 3. Nei posti letto sopra non sono inclusi i posti di dialisi e le poltrone odontoiatriche

La suddivisione per provincia è la seguente:

Figura 12: Analisi dei PL attuali per area geografica

Area	Nord	Centro				Sud	Totale
Popolazione	733.508	173.370	367.990	167.334	708.694	566.507	2.008.709
Codice ASP/ASL	201	202	203	204	Totale	205	Totale
Provincia	COSENZA	CROTONE	CATANZARO	VIBO VALENTIA		REGGIO CALABRIA	
Pubblica	1.924	399	1.254	283	1.936	1.350	5.210
Privata	887	440	446	36	922	557	2.366
Totale	2.811	839	1.700	319	2.858	1.907	7.576
Tasso per mille ab	3,84	4,84	4,62	1,91	4,03	3,37	3,77
% PL pubblici	68%	48%	74%	89%	68%	71%	69%

Nota1. Nelle strutture private è inclusa La Fondazione Campanella con 73 PL per acuzie.

Nota2. I posti letto contenuti in tabella non comprendono il nido (cod. 31) e i detenuti (cod. 97)

All'interno della regione esiste uno squilibrio dell'offerta in funzione della presenza, nella provincia di Catanzaro, di due aziende ospedaliere e, nella provincia di Crotona, di molte case di cura. Il tasso di 3,77 posti letto per mille abitanti sembrerebbe, a prima vista, coincide con il limite nazionale del 4,0 posti letto per mille abitanti. Bisogna, però, prendere in considerazione due fattori specifici per la Regione Calabria. La sua popolazione è più giovane rispetto alla media nazionale, fatto che comporterebbe una riduzione dei posti letto di circa 5% e la mobilità passiva, che è un fattore consolidato, corrispondente ad una ulteriore riduzione di circa 15% dei posti letto. Il tasso programmatico corretto del periodo è, di conseguenza, circa 3,2 PL per mille abitanti.

Definizione del fabbisogno complessivo di posti letto

Le analisi dei dati di produzione 2008 (dati SDO) evidenziano che, a fronte di **7.576 posti letto esistenti**, il **fabbisogno complessivo** appropriato di posti letto è di circa 6.395 unità corrispondenti a circa 3,2 P.L. per 1000 abitanti. Tale fabbisogno è legato agli interventi di

appropriatezza clinica, organizzativa e di efficienza del processo produttivo già descritto ed è compatibile con il tasso programmatico corretto indicato sopra.

Figura 13: Fabbisogno di posti letto per ricoveri appropriati

					Popolazione		2.008.709
	Pubblico		Privato		Totale		PL per mille ab.
Acuzie	4.031	84%	1.000	64%	5.031	79%	2,5
Postacuzie	794	16%	570	36%	1.364	21%	0,7
Totale	4.825	100%	1.570	100%	6.395	100%	3,2
	75%		25%		100%		

Nota 1. I posti letto sono al netto delle culle del nido (specialità 31) e i PL di detenuti (specialità 97)

Nota 2. Nei posti letto sopra non sono inclusi i posti di dialisi e poltrone odontoiatriche

Nel dettaglio, la metodologia per definire il fabbisogno appropriato di posti letto ha applicato i criteri riportati di seguito.

Per le acuzie:

- ▣ sono stati utilizzati i ricoveri appropriati prodotti dalle strutture della regione secondo la procedura già descritta; non è previsto, in questa fase, un recupero della mobilità passiva in quanto non realizzabile nel periodo in esame; è, però, stato introdotto un correttivo per il rischio della tempistica di conversione;
- ▣ sono stati applicati i tassi di occupazione medi, eguali per i produttori pubblici e privati, (vedere allegato 6) differenziati tra ricoveri ordinari e diurni;

Per le postacuzie

- ▣ sono stati utilizzati i posti letti attivati a fine 2009;
- ▣ è stato incrementato il numero fino al raggiungimento di un tasso di 0,7 PL per mille abitanti (0,5 PL per mille abitanti per riabilitazione, codice 56 e 75, e 0,2 PL per mille abitanti per lungodegenza postacuzie, codice 60), da utilizzare per il rafforzamento dell'offerta pubblica in questo settore.

Definizione della rete ospedaliera

Nel disegno della rete ospedaliera bisogna tenere conto di una serie di requisiti determinanti per una buona sanità:

- l'integrazione della rete ospedaliera con **la rete dell'emergenza-urgenza** che richiede dai presidi una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità delle prestazioni per i gravi infortunati (vedere allegato 4); la regione, nella DGR 919 del 9 dicembre 2008, ha approvato la rete regionale per l'assistenza al paziente critico, sulla base del modello "Hub e Spoke". L'attuale proposta di Rete di emergenza distingue i presidi in cinque gruppi come evidenziato nell'allegato 7;
- le **caratteristiche dimensionali** della rete ospedaliera esistente permettono soltanto ad alcuni presidi pubblici di raggiungere una dimensione ottimale per un ospedale generale che svolga un ruolo all'interno della rete di emergenza (tendenzialmente maggiore di 120 PL);
- la regione con la DGR 740 del 4 novembre 2009 ha approvato gli indirizzi per lo sviluppo di una rete regionale delle Case della salute.

È necessario tenere conto di questi requisiti per un'ulteriore indicazione per la razionalizzazione complessiva della rete ospedaliera:

- le rispettive riduzioni di posti letto dovranno essere concentrate nelle strutture minori affinché la riorganizzazione si accompagni a miglioramenti dell'efficienza e a riduzioni effettive della spesa. Non ha infatti alcun senso "spalmare" tali riduzioni su tutte le strutture ospedaliere regionali;

Le indicazioni sopra evidenziate hanno permesso alcune considerazioni:

- il processo di appropriatezza, togliendo ricoveri inappropriati agli ospedali, libera presso gli stessi una capacità produttiva che può essere utilizzata per ristrutturare la rete ospedaliera. Il primo gruppo di ospedali destinato a costituire la rete ospedaliera futura è composto dai presidi classificati come HUB, SPOKE e Ospedale Generale, riduce complessivamente i ricoveri ordinari e diurni, di circa 65 mila unità. Il totale dei ricoveri provenienti dagli erogatori da riconvertire in Ospedali di zona montana (vedere allegato



7) e Ospedali Distrettuali, è circa 14 mila. Pertanto resta ancora una capacità di assorbire altri 50 mila ricoveri. Con l'eventuale riserva dei criteri di accreditamento sarà anche possibile dislocare una buona parte dell'incremento dell'attività di postacuzie. La proposta di rete ospedaliera comporta, quindi, l'erogazione di prestazioni presso strutture in grado di garantire la sicurezza e la qualità di cura relativa nonché una riconversione effettiva delle altre strutture per l'attività territoriale di cui la regione Calabria ha un fabbisogno notevole;

- la riduzione dei ricoveri a seguito del ricalcolo sopradescritto comporta la possibilità di una redistribuzione delle discipline;
- nell'ambito delle Aziende Ospedaliere (AO) è apparsa una criticità: l'erogazione di prestazioni di ricovero dell'AO universitaria Mater Domini (Cz) è ridotta rispetto ai posti letto presenti. Al fine di garantire l'attività di didattica e la ricerca, si propone di integrare le strutture dell'altra azienda ospedaliera di Catanzaro, Pugliese Caccio, al fine di permettere una razionalizzazione dei posti letto senza penalizzare la ricerca e la didattica.

A seguito dell'applicazione dei criteri sopra citati, la nuova rete ospedaliera risulta composta di diciassette ospedali regionali e di un ospedale universitario per le acuzie (figura 14), quattro Ospedali di zona montana (vedere allegato 7) e tre strutture specializzate in riabilitazione (figura 15).

Figura 14: Riassunto della proposta di strutture della rete ospedaliera

Popolazione	733.508	708.694	566.507	2.008.709
Area geografica	Nord	Centro	Sud	Totale
HUB	1	1+1 (univ)	1	3 +1 (univ)
Spoke	5 (nota 1 e 2)	3	2	10
Ospedale generale		2	2 (nota 3)	4
Totale	6	6+1	5	17+1
INRCA	1			1
Totale generale	7	6 +1(univ)	5	18 +1(univ)

Nota 1: I presidi Cetraro e Paola saranno un unico presidio SPOKE articolato in due stabilimenti. Nel triennio verrà effettuata una graduale articolazione dei due stabilimenti per concentrare l'emergenza in uno e le attività di elezione nell'altro.

Nota 2: I presidi Rossano e Corigliano Calabro saranno un unico presidio SPOKE articolato in due stabilimenti. Nel triennio verrà effettuata una graduale articolazione dei due stabilimenti per concentrare l'emergenza in uno e le attività di elezione nell'altro.

Nota 3: Il presidio di Gioia Tauro, presidio di base, dovrà essere rafforzato con alcune funzioni aggiuntive per l'emergenza come completamento del presidio di Polistena in attesa della realizzazione dell'ospedale della Piana.

Figura 15: Presidi da convertire in altri tipi di strutture

Area geografica	Nord	Centro	Sud	Totale
N° strutture convertite in Ospedali di zona montana	2	2		4
N° strutture convertite in Ospedali Distrettuali	6	2	5	13
N° strutture convertite in Ospedali di Riabilitazione	1			1

Il dettaglio delle conversioni risulta dalle tre tabelle successive in cui si evidenzia:

- ▣ nella prima colonna i ricoveri effettivi per acuzie nel 2008 per tutte le strutture pubbliche;
- ▣ nella seconda colonna i relativi ricoveri appropriati;
- ▣ nella terza colonna lo spostamento dei ricoveri appropriati dai presidi da convertire ai presidi rimasti nella rete (il numero non è suddiviso per struttura in quanto compito dell'analisi successiva dell'ASP);
- ▣ nella quarta colonna i posti letto effettivi per acuzie alla fine del 2009 per tutte le strutture pubbliche;
- ▣ nella quinta colonna i posti letto normalizzati per i ricoveri appropriati;
- ▣ nella sesta colonna lo spostamento dei posti letto per i ricoveri appropriati dai presidi da convertire ai presidi rimasti nella rete (il numero non è suddiviso per struttura in quanto compito dell'analisi successiva dell'ASP).



Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Figura 16: Conversione ospedaliera area Sud

			Acuzie				
Rete	Cod	Comune	Ricoveri			Posti letto	
			Effettivi (2008)	Normalizzati	Proposti	Effettivi (2009)	Normalizzati
HUB	180915	REGGIO DI CALABRIA	39.337	28.076		580	516
SPOKE	180059	LOCRI	18.235	12.917		338	219
	180061	POLISTENA	8.505	7.514		126	131
OSP. GEN.	180062	MELITO DI PORTO SALVO	4.797	3.821		115	63
	180068	GIOIA TAURO	2.217	1.761		32	23
Totale			73.091	54.089	58.793	1.191	952
OSP. DISTR.	180063	OPPIDO MAMERTINA	1.397	948		22	11
	180067	SCILLA	671	426		45	15
	180069	SIDERNO	602	322		22	17
	180060	PALMI	2.030	1.562		20	19
	180064	TAURIANOVA	2.460	1.446		18	13
Totale			7.160	4.704	0	127	75
Totale			80.251	58.793	58.793	1.318	1.027

I ricoveri dei piccoli presidi convertiti saranno effettuati negli altri presidi della rete.

Figura 17: Conversione ospedaliera area Centro

			Aziende					
			Ricoveri			Posti letto		
RETE	Cod	Comune	Effettivi (2008)	Appro- priati	Proposti	Effettivi (2009)	Appro- priati	Proposti
HUB	180913	Pugliese Ciaccio	38.587	29.046		579	547	
	180914	Mater Domini (*)	11.154	7.078		158	111	
SPOKE	180032	CROTONE	19.899	14.570		399	286	
	180033	LAMEZIA TERME	17.020	12.986		281	225	
	180034	VIBO VALENTIA	10.100	7.839		142	134	
OSP. GEN.	180035	TROPEA	4.744	2.935		65	37	
	180055	SOVERATO	5.519	4.587		90	71	
		Totale	107.023	79.041	85.701	1.714	1.411	1.475
Osp. zona Montana	180040	SOVERIA MANNELLI	3.012	2.196		102	39	20
	180057	SERRA SAN BRUNO	3.403	2.209		52	29	20
OSP. DISTR.	180041	CHIARAVALLE CENTRALE	1.018	793		28	14	
	180056	SDRIANO CALABRO	2.209	1.462		4	22	
		Totale	9.642	6.660	0	186	104	40
Totale complessivo			116.665	85.701	85.701	1.900	1.515	1.515

I ricoveri dei piccoli presidi riconvertiti saranno effettuati principalmente dagli altri presidi della rete.
 * Mater Domini è integrata con Pugliese Caccio per alcune funzioni di supporto alla rete di emergenza.

Figura 18: Conversione ospedaliera area Nord

Rete	Cod	Comune	Acuzie						
			Ricoveri			Posti letto			
			Effettivi (2008)	Normalizzati	Proposti	Effettivi (2008)	Effettivi (2009)	Normalizzati	Proposti
HUB	180912	COSENZA	34.688	26.844		697	607	594	
SPOKE	180004	ROSSANO	7.656	5.769		145	143	92	
	180005	CETRARO	6.492	5.046		123	114	91	
	180006	CASTROVILLARI	10.919	7.723		146	141	124	
	180003	CORIGLIANO CALABRO	7.388	5.465		156	128	100	
	180007	PAOLA	5.909	4.380		121	96	86	
		Totale	73.052	55.227	76.358	1.388	1.229	1.087	1.410
Osp zona montana	180011	ACRI	3.936	3.047			81	65	20
	180015	SAN GIOVANNI IN FIORE	2.887	2.115			83	33	20
OSP. DISTR.	180008	PRAIA A MARE	5.385	3.716			80	69	
	180009	LUNGRO	1.163	800			33	19	
	180013	MORMANNO	2.182	1.530			13	14	
	180014	CARIATI	3.850	2.768			62	43	
	180016	TREBISACCE	4.167	3.101			67	50	
	180079	SAN MARCO ARGENTANO	2.420	1.656			36	19	
	180912	ROGLIANO	3.203	2.398			50	51	
		Totale	29.193	21.131	0	0	505	363	40
n/a	180916	INRCA	1.699	1.197	1.197		72	39	39
Totale complessivo			103.944	77.555	77.555		1.806	1.489	1.489

I ricoveri dei piccoli presidi da riconvertire saranno per la maggior parte effettuati dagli altri presidi della rete.

Nella DGR 585 del 10/9/2009 sono state individuate circa venti strutture da disattivare come ospedali per acuti per destinarle a funzioni di postacuzie (Riabilitazione, codice 56 e Lungodegenza, codice 60) e a strutture territoriali. La presente proposta individua tre strutture per le postacuzie, quattro di Ospedale di zona montana (vedere allegato 7) e undici strutture da riconvertire in Ospedali distrettuali. La differenza rispetto a prima dipende, da un lato, dalla disponibilità di spazio per attivare dei posti letto di postacuzie nelle strutture di acuzie con produzione appropriata e, dall'altro, dalla necessità di presidi per acuti all'interno della rete di emergenza-urgenza.

La destinazione dei presidi da riconvertire sarà definita dal Piano di riorganizzazione della Rete Territoriale. Il Piano Regionale per la salute 2004-2006 aveva già identificato alcune funzioni territoriali da attivare e/o rafforzare tra cui l'Ospedale di comunità, le Residenze sanitarie ad elevata medicalizzazione (RSA-M), le Residenze sanitarie (RSA) e le Case protette. I primi due tipi (Ospedale di comunità e RSA-M) garantiscono una degenza limitata (da 20 a 60 GG) e saranno riportati, nell'ambito del Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, alle categorie previste dal

documento della Commissione LEA del 2007 sulla residenzialità. Gli stessi possono rispondere, in modo più efficace a molti bisogni assistenziali essendo buoni sostituti di diversi ricoveri ospedalieri non appropriati. È previsto un supporto medico composto principalmente dai MMG, eventualmente integrati da medici del Distretto ed un carico assistenziale più limitato rispetto al ricovero ospedaliero. Il ruolo del MMG deve essere definito all'interno dell'applicazione integrativa regionale del contratto nazionale del 2010. La DGR 740 del 4 novembre 2009, con l'attivazione del piano per la riconversione di presidi in Case della salute, contribuisce alla valorizzazione dei servizi territoriali e socio-sanitari del distretto.

Numero di posti letto per disciplina

La rete ospedaliera è sottoposta a tutti i vincoli strutturali dei presidi esistenti; ai tempi necessari per ogni intervento strutturale nonché alla possibilità di attivare in tempi brevi la rete di emergenza e la rete territoriale.

Il numero di posti letto corrispondente al percorso di appropriatezza dei ricoveri descritto precedentemente permette una riduzione della capacità produttiva per le discipline interessate. Come già evidenziato, non è possibile, nei tempi previsti dal piano, ampliare in modo significativo la capacità per le discipline poco rappresentate nella regione. Tuttavia sono stati introdotti alcuni correttivi in incremento di alcune specialità.

Alcune **discipline sono rare** in quanto riguardano malattie che per diffusione sono poco presenti sul territorio. La necessità di offrire una buona qualità di prestazioni porta ad una concentrazione in poche sedi sul territorio con un grande bacino d'utenza per ciascuna struttura organizzativa. Esempi di queste discipline sono i grandi ustionati, la cardiocirurgia, ecc.. Normalmente esse trovano posto in una o più AO oppure possono essere dislocate nell'ottica di un'area di utenza maggiore della regione ed essere oggetto di contrattazione tra regioni confinanti.

Altre discipline sono di **media diffusione** e sono presenti presso una o più strutture nell'ambito di ciascuna area geografica.

Le discipline ad **alta ed altissima diffusione** sono quelle che rappresentano l'offerta base di ogni presidio ospedaliero pubblico.



Come già evidenziato in precedenza, nella determinazione del numero di posti letto non si pone un obiettivo di recupero della mobilità passiva. I posti letto per acuti individuati sono, di conseguenza, quelli che sono compatibili con i circa 282.000 ricoveri per acuti appropriati per la propria popolazione e per residenti di altre regioni curati nella regione Calabria. A questi si aggiungono i posti letto per postacuzie corrispondenti all'obiettivo del Patto della Salute 2010-2012 (0,7 PL per mille abitanti).

Nella determinazione del numero di posti letto per disciplina si è seguito il seguente percorso:

1. Partendo dai ricoveri appropriati secondo la metodologia già presentata, si è identificato, per ciascuna disciplina, il tasso di ospedalizzazione che porta complessivamente a circa 170 ricoveri per mille abitanti, dato compatibile con l'obiettivo nazionale. Il tasso di ospedalizzazione include ricoveri ordinari e day hospital ma non il nido. Il tasso di ospedalizzazione è confrontato con gli obiettivi specifici di alcune specialità di acuzie e postacuzie.
2. Individuare, per ciascuna disciplina, la degenza media relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni.
3. Determinare il tasso di occupazione standard da utilizzare nel calcolo.
4. Calcolare, sulla base dei punti precedenti, il numero regionale totale di posti letto.
5. Sulla base dei ricoveri appropriati e delle considerazioni di opportunità determinare la quota dei ricoveri fornita dagli erogatori pubblici.
6. Calcolare il numero di posti letto atteso nelle strutture pubbliche.

PL normalizzati per specialità

La rete ospedaliera regionale è composta dalle strutture pubbliche integrate dalle strutture private.

La tabella seguente evidenzia l'articolazione, per specialità, dei ricoveri appropriati pubblici e privati.

Nel presente documento è sviluppata la parte pubblica della rete ospedaliera. L'articolazione della parte privata della rete ospedaliera è un atto successivo, effettuato dalle ASP, in funzione delle necessità specifiche. L'allegato 8 evidenzia il fabbisogno di strutture ospedaliere pubbliche. È facoltà dell'ASP di riferimento sostituire una struttura complessa o semplice del servizio pubblico mantenendo o attivando un contratto con una struttura privata accreditata.



Nella tabella 19 sono stati calcolati i posti letto normalizzati applicando, per i ricoveri appropriati, i tassi di occupazione standard previsti nell'allegato 6. I tassi di occupazione sono diversi per i ricoveri ordinari e per quelli diurni.

Le specialità sono organizzate in modo seguente:

- ▣ Se specialità per acuzie (0) e postacuzie (1)
 - ▣ Per area:
 1. Area medica
 2. Area chirurgica
 3. Area materno infantile
 4. Area Emergenza
 5. Area psichiatria
 6. Area postacuzie
 7. Area supporto
 - ▣ Per diffusione
 1. disciplina rara
 2. disciplina di media diffusione
 3. disciplina di alta e altissima diffusione

Nella tabella 19 sono incluse soltanto le specialità per acuti.

Figura 19: PL normalizzati per specialità di acuzie suddivisi in erogatori pubblici e privati al netto dei dimessi e delle culle del nido, spec 31.

Area	Diffusione	cod.	Descrizione	Pubblico		Privato		Totale	
				N ricoveri	N PL norm	N Ricoveri	N PL norm	N ricoveri	N PL norm
1	1	71	Reumatologia (nota a)	652	2	1.657	53	2.309	55
	2	01	Allergologia (nota e)	1.092	12			1.092	12
		18	Ematologia	4.378	74			4.378	74
		19	Malattie endocrine, della nutrizione e del ricamb.	1.512	10	168	1	1.680	11
		21	Geriatrics	5.507	138			5.507	138

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Area	Diffusione	cod	Descrizione	Pubblico		Privato		Totale	
				N ricoveri	N PL norm	N Ricoveri	N PL norm	N ricoveri	N PL norm
		24	Malattie infettive e tropicali	3.391	78			3.391	78
		52	Dermatologia	2.936	49	93	0	3.029	49
		58	Gastroenterologia	2.788	46	437	6	3.225	53
		65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)	581	12			581	12
		68	Pneumologia	3.598	95	819	17	4.417	112
		70	Radioterapia (vedere codice 74)	311	5			311	5
		74	Radioterapia oncologica	493	11			493	11
	3	08	Cardiologia	13.366	248	4.637	94	18.003	342
		26	Medicina generale	28.142	617	7.692	185	35.834	801
		29	Nefrologia	3.849	85			3.849	85
		32	Neurologia	3.975	99	760	19	4.735	119
		64	Oncologia	4.247	90	1.396	23	5.643	113
2	1	07	Cardiochirurgia	374	14	974	50	1.348	64
		10	Chirurgia maxillo-facciale (nota b)	645	6	4.014	16	4.659	22
		11	Chirurgia pediatrica	2.769	26			2.769	26
		12	Chirurgia plastica	455	4	466	3	921	7
		13	Chirurgia toracica	177	7	147	5	324	12
		48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	19	3			19	3
	2	14	Chirurgia vascolare	1.422	32			1.422	32
		30	Neurochirurgia	2.471	85	296	12	2.767	96
		35	Odontoiatria e stomatologia	204	1			204	1
	3	09	Chirurgia generale	30.109	576	12.880	210	42.989	786
		34	Ocullistica	4.214	25	1.930	4	6.144	29
		36	Ortopedia e traumatologia	14.342	300	7.329	113	21.671	413
		38	Otorinolaringoiatria	7.199	84	1.390	15	8.589	99
		43	Urologia	7.758	117	1.520	18	9.278	135

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Area	Diffusione	cod	Descrizione	Pubblico		Privato		Totale	
				N ricoveri	N PL norm	N Ricoveri	N PL norm	N ricoveri	N PL norm
3	3	37	Ostetricia e ginecologia	31.660	406	10.539	143	42.199	550
		39	Pediatria	17.309	201	12	0	17.321	201
		62	Neonatologia	6.098	118	519	9	6.617	126
4	2	73	Terapia intensiva neonatale	125	7			125	7
	3	49	Terapia intensiva	2.558	96	30	1	2.588	98
		50	Unità coronarica	3.596	64			3.596	64
		51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	3.229	50			3.229	50
5	3	40	Psichiatria (nota c)	3.997	131	0	0	3.997	131
7		02	Day hospital (multispecialistico)	78	0			78	0
		03	Anatomia e istologia patologica (nota d)			107	1	107	1
		05	Angiologia (nota d)	100	2			100	2
		54	Emodialisi (nota d)	86	1			86	1
		61	Medicina nucleare (nota d)	29	0			29	0
		82	Anestesia e rianimazione (Serv. amb) (nota d)	192	7			192	7
		99	Sconosciuto (nota d)	16	0			16	0
			Totale	222.049	4.031	59.812	1.000	281.861	5.031

Nota a. Le prestazioni di Reumatologia presso le strutture private comportano un tasso di ospedalizzazione troppo alto rispetto al tasso atteso per questa specialità; presumibilmente si tratta di postacuzie.

Nota b. Questo tipo di prestazioni presso le strutture private porta ad un tasso di ospedalizzazione troppo alto rispetto al tasso atteso per questa specialità; bisogna approfondire il setting assistenziale più appropriato definendo un adeguato livello tariffario per le prestazioni erogate.

Nota c. E' possibile che, a termine del processo di riconversione della rete ospedaliera psichiatrica dei privati, alcuni posti letto possono essere mantenuti.

Nota d. I ricoveri delle specialità di supporto devono essere ricondotti alle strutture organizzative con posti letto, oppure trasformati in prestazioni ambulatoriali.

Nota e. Bisogna approfondire l'appropriatezza clinica dei ricoveri di allergologia con delle degenze molto lunghe.

L'articolazione dei posti letto per area geografica

Le strutture ospedaliere pubbliche sono articolate nei seguenti gruppi secondo il ruolo all'interno della rete.

- ▣ **Le aziende ospedaliere**, considerate HUB, sede di DEA di secondo livello e strutture centrali all'interno di ciascuna area geografica, devono disporre di tutte le specialità e devono essere anche sedi delle **specialità con una diffusione rara** sul territorio.
- ▣ **I presidi ospedalieri di base con attività specializzate** indicati come SPOKE, sedi di DEA di primo livello e con un ruolo importante per **le specialità di media diffusione** sul territorio.
- ▣ **I presidi ospedalieri generali** sono le altre strutture delle ASL, sedi di Pronto Soccorso semplice, con la presenza di specialità diffuse.
- ▣ **I presidi ospedalieri di zona montana** (vedere allegato 7) sono strutture, sedi di pronto soccorso h24 direttamente collegato al Centro spoke di riferimento, con organico condiviso. Essi costituiscono una fase sperimentale di transizione fino alla realizzazione della rete Emergenza/Urgenza a pieno regime e opportunamente collaudata.

Le strutture private, le case di cura e la fondazione Campanella, svolgono, secondo gli indirizzi del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, un ruolo complementare all'interno della rete ospedaliera. È a carico delle ASP la definizione degli accordi per l'appropriatezza della loro corretta integrazione nella rete ospedaliera.

Le discipline rare sono assegnate ad uno o due presidi ospedalieri secondo le scelte di appropriatezza erogativa e di qualità delle prestazioni.

Le altre discipline sono assegnate alle tre aree geografiche **sulla base della produzione appropriata erogata nel 2008**. All'interno di ciascuna area geografica si individua la quota di prestazioni appropriate in capo alle strutture private e si prosegue con l'attribuzione della quota relativa alle strutture pubbliche alle aziende ospedaliere e ai presidi di base con attività specializzate sulla base della capacità produttiva attuale. Eventuali aggiustamenti di prestazioni e relativi posti letto tra quota pubblica e privata dovranno essere risolti tramite trattative a livello di ASP.



Infine, in coerenza con quanto sopra descritto, a seguito degli interventi per il recupero dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero e dell'efficienza produttiva si prevederà:

- la riduzione di unità operative duplicate nell'ambito della medesima disciplina e azienda/presidio;
- l'accorpamento di unità operative di specialità differenti, ma assimilabili per area (medico-chirurgica) o per intensità di cura (elevata, media assistenza, assistenza di base), per evitare che si origini una frammentazione delle unità operative con dotazioni di posti letto inferiori a soglie di efficienza ragionevoli.

Proposta di articolazione di strutture organizzative

In coerenza con quanto sopra descritto, a seguito degli interventi per il recupero dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero e dell'efficienza produttiva si prevederà:

- la riduzione di unità operative duplicate nell'ambito della medesima disciplina, secondo vincoli imposti dal layout;
- l'accorpamento di unità operative di specialità differenti, ma assimilabili per area (medico-chirurgica) o per intensità di cura (elevata, media assistenza, assistenza di base), per evitare una frammentazione delle unità operative con dotazioni di posti letto inferiori a soglie di efficienza ragionevoli.



Figura 20: Parametri per la proposta di rete ospedaliera

Acu	Area	Diffusione	cod	Descrizione	Degenza		Servizi senza PL		PL/ modulo Requisiti Accred. (1)
					N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	
0	1	1	20	Immunologia e centro trapianti			1 SC per reg	2 mil	0
0	1	1	25	Medicina del lavoro	1 SC per reg	>2 mil			20
0	1	1	57	Fisiopatologia della riproduzione umana	1 SC per reg	>2 mil			20
0	1	1	66	Oncoematologia pediatrica	1 SC per reg	>2 mil			20
0	1	1	71	Reumatologia	1 SC per reg	1 mil			30
0	1	1	77	Nefrologia pediatria	n/a				20
0	1	2	1	Allergologia			1 SC per HUB	1 mil	
0	1	2	18	Ematologia	1 SC per HUB	0,5/1 mil			20
0	1	2	19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	1 SC per HUB	0,5/1 mil			30
0	1	2	21	Geriatra	1 SC per HUB	0,5/0,8 mil			20
0	1	2	24	Malattie infettive e tropicali	1 SC per HUB	0,5/1 mil			20
0	1	2	52	Dermatologia	1 SC per HUB	0,5/1 mil			30
0	1	2	58	Gastroenterologia	1 SC per HUB	0,5/0,8 mil			20
0	1	2	65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)	N/a				20
0	1	2	68	Pneumologia	1 SC per HUB	0,5/1 mil			30
0	1	2	70	Radioterapia (vedere codice 74)					0
0	1	2	74	Radioterapia oncologica			1 SC per HUB	0,5/1 mil	20
0	1	3	8	Cardiologia	1 SC per HUB e spoke	0,15-0,3 mil			20

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Acu	Area	Diffusione	cod	Descrizione	Degenza		Servizi senza PL		PL/ modulo Requisiti Accred. (1)
					N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	
0	1	3	8	Emodinamica (SS)	1 SS per HUB e alcuni spoke	0,4/0,6 mil			
0	1	3	26	Medicina generale	1 SC per HUB e spoke, 1 SS per osp di base	0,1 mil			30
0	1	3	29	Nefrologia	1 SC per HUB	0,4/0,8 mil	1 SS per spoke e base		20
0	1	3	32	Neurologia	1 SC per HUB e spoke	0,2/0,4 mil			20
0	1	3	64	Oncologia	1 SC per HUB	0,5/1,0 mil	1 SS per 7 spoke	0,3 mil	10
0	2	1	6	Cardiologia infantile	0 per reg	4/6 mil			10
0	2	1	7	Cardiologia	2 SC per reg	1 mil			10
0	2	1	10	Chirurgia maxillo-facciale	1 SC per reg	1 / 2mil			10
0	2	1	11	Chirurgia pediatrica	2 SC per reg	1 mil			20
0	2	1	12	Chirurgia plastica	1 SC per reg	1 / 2mil			10
0	2	1	13	Chirurgia toracica	1 SC per reg	1 / 2mil			10
0	2	1	48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	1 SC per reg	2 mil			20
0	2	1	76	Neurochirurgia pediatrica	0 per reg	4/6 mil			20
0	2	1	78	Urologia pediatrica	N/a				20
0	2	2	14	Chirurgia vascolare	1 SC per HUB	0,4/0,7 mil			10
0	2	2	30	Neurochirurgia	1 SC per HUB	0,5/1 mil			20
0	2	2	35	Odontoiatria e stomatologia	1 SC per HUB	0,4/0,8 mil			20
0	2	3	9	Chirurgia generale	1 SC per HUB e spoke, SS nei presidi di	0,2 mil			30

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Acu	Area	Diffusione	cod	Descrizione	Degenza		Servizi senza PL		
					N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	PL/ modulo Requisiti Accred.(1)
					base				
0	2	3	34	Oculistica	1 SC per HUB e 4 spoke	0,25/0,30 mil			10
0	2	3	36	Ortopedia e traumatologia	1 SC per HUB e spoke, SS nei presidi di base	0,15 mil			30
0	2	3	38	Otorinolaringoiatria	1 SC per HUB e 6 spoke	0,25 mil			10
0	2	3	43	Urologia	1 SC per HUB e 5 spoke	0,25/0,30 mil			20
0	3	2	33	Neuropsichiatria infantile			1 SC per HUB	0,3/0,8 mil	0
0	3	3	31	Nido			1 SS per HUB e spoke		0
0	3	3	37	Ostetricia e ginecologia	1 SC per HUB e spoke	0,15/0,25 mil			30
0	3	3	39	Pediatria	1 SC per HUB e spoke	0,15/0,25 mil			20
0	3	3	62	Neonatologia	1 SC per HUB e 7 SS in spoke	0,3/0,5 mil			20
0	4	1	46	Grandi ustioni pediatriche					10
0	4	1	47	Grandi ustionati	<1 per reg	4/6 mil			10
0	4	2	73	Terapia intensiva neonatale	1 SC per HUB	9,5/1,0 mil			10
0	4	3	49	Terapia intensiva	1 SC per HUB e spoke	0,2/0,3 mil			10
0	4	3	50	Unità coronarica	1 SS per HUB e spoke	0,15/0,3 mil			10
0	4	3	51	Medicina e chirurgia d'accettazione d'emergenza	1 SC per HUB e spoke	0,5 mil	1 SS per osp di base		0

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Acu	Area	Diffusione	cod	Descrizione	Degenza		Servizi senza PL		PL/ modulo Requisiti Accred. (1)
					N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	
0	5	3	40	Psichiatria	1 SC per HUB e 8 spoke	0,15/0,2 mil			20
1	6	1	28	Unità spinale	1 SC per reg	2 mil			20
1	6	2	75	Neuroriabilitazione	1 SC per reg	3 /4 mil			20
1	6	3	56	Recupero e riabilitazione funzionale	1 SC per ASP	0,2/0,5 mil			30
1	6	3	60	Lungodegenti	SS riporta alla medicina generale				30
0	7		2	Day hospital (multispecialistico)					0
0	7		3	Anatomia e istologia patologica			1 SC per HUB e spoke	0,2/0,3 mil	0
0	7		5	Angiologia					0
0	7		15	Medicina sportiva			attività territoriale		0
0	7		27	Medicina legale			funzione territoriale 1SC per AOU		0
0	7		41	Medicina termale			n/a		0
0	7		42	Tossicologia			n/a		0
0	7		54	Emodialisi (vedere nefrologia cod 29)					20
0	7		55	Farmacologia clinica			n/a		0
0	7		61	Medicina nucleare			1 SC per HUB, 1 spoke	0,5/1 mil	0
0	7		67	Pensionanti (multispecialistico)			n/a		0
0	7		69	Radiologia			1 SC per HUB e spoke, SS	0,15/0,20	0

Acu	Area	Diffusione	cod	Descrizione	Degenza		Servizi senza PL		PL/ modulo Requisiti Accred.(1)
					N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	
							nei presidi di base	mil	
0	7		69.1	TAC			servizio presente in HUB e spoke	0,2 mil	
0	7		82	Anestesia e rianimazione (Serv. ambulatoriale vedere 49)			nessuna struttura specifica		0
0	7		97	Detenuti					0
0	7		98	Day surgery					0
0	7		99.1	Laboratorio d'analisi			1 SC per HUB e spoke, SS nei presidi di base	0,15/0,3 mil	0
0	7		99.2	Servizio trasfusionale			1 SC per HUB e spoke	0,25/0,30 mil	
0	7		99.3	Microbiologia e virologia			1 SC per HUB	0,6/1,0 mil	
0	7		DS	Direzione sanitaria di presidio			1 SC per HUB e spoke, SS nei presidi di base		
0	7		F	Farmacia ospedaliera			1 SC per HUB e spoke.		

Nota 1. I requisiti di accreditamento sono definiti attraverso i seguenti documenti: la Legge regionale 24/2008 e il regolamento regionale 13/2009.

Considerazione a livello di presidi ospedalieri

- Le diverse sedi di un'AO non sono considerati indipendenti. Si propone che il presidio di Rogliano sia destinato a funzioni territoriali.



- ▣ Ospedale Melito Porto Salvo: il presidio ha necessità di integrazione con un ospedale di riferimento. Date le caratteristiche del territorio, si propone l'integrazione con l'AO di Reggio Calabria.
- ▣ Il presidio di Siderno: si propone la conversione in struttura territoriale ed il relativo spostamento delle attività all'ospedale di Locri.
- ▣ I presidi Cetraro e Paola saranno un unico presidio SPOKE articolato in due stabilimenti. Nel triennio verrà effettuata una graduale articolazione dei due stabilimenti per concentrare l'emergenza in uno e le attività di elezione nell'altro.
- ▣ I presidi Rossano e Corigliano Calabro saranno un unico presidio SPOKE articolato in due stabilimenti. Nel triennio verrà effettuata una graduale articolazione dei due stabilimenti per concentrare l'emergenza in uno e le attività di elezione nell'altro.



Considerazioni a livello di specialità

Area medica

Specialità	Considerazioni
(01) Allergologia	Le malattie allergologiche sono diffuse e curate dalle specialità specifiche con il coordinamento per area geografica dei servizi di allergologia. L'unica funzione con posti letto è oggi a Locri e si propone di spostarla all'AO di Reggio Calabria senza posti letto.
(08) Cardiologia	La rete di cardiologia è strettamente legata a quella dell'emergenza ed è composta dalla struttura di cardiologia, dal servizio di Unità coronarica e dal servizio di Emodinamica. Nella proposta sono sempre presenti le prime due attività mentre il servizio di emodinamica è distribuito soltanto nei presidi che possono garantire un sufficiente livello di prestazioni all'anno per una qualità appropriata e soddisfare la necessità di non superare, di regola, i 90 minuti di percorrenza. Nell'AOU CZ può essere motivata una struttura complessa di cardiologia e UTIC.
(20) Immunologia e centro trapianti	Il coordinamento dell'attività dei trapianti è di altissima specializzazione e se ne prevede la presenza in un'unica struttura nella regione (RC).
(21) Geriatria	Questa specialità è da considerare non diffusa ma come supporto specialistico alle medicine e alle lungodegenze nell'ambito del proprio bacino d'utenza. Oggi è, in modo non corretto, utilizzata anche in sostituzione delle lungodegenze e delle strutture territoriali.
(26) Medicina generale	Questa disciplina è essenziale nei presidi ospedalieri. Nei presidi HUB e SPOKE è apicale (SC) mentre negli altri presidi è struttura semplice in rete con la struttura complessa del presidio di riferimento.
(29) Nefrologia	La rete è composta da servizi di Nefrologia con posti letto, dalla Emodialisi (cod 54) senza posti letto ma con postazioni di dialisi e da eventuali strutture territoriali. Le strutture semplici di Emodialisi presso i presidi di Spoke e di base nonché le strutture territoriali sono integrate con le strutture complesse di Nefrologia di riferimento.
(32) Neurologia	La specialità ha un ruolo importante nella rete di emergenza assorbendo anche i casi di trauma cranico non chirurgico ed ha bisogno di un graduale rafforzamento rispetto alla situazione attuale eventualmente integrando la rete di Stroke unit che oggi interessano i presidi delle aziende ospedaliere di Cosenza, di Pugliese Ciaccio a Catanzaro e di Reggio Calabria nonché il presidio di Vibo Valentia.
(64) Oncologia	La rete oncologica è basata su strutture complesse presso i presidi HUB e i servizi senza posti letto presso alcuni Spoke. La rete oncologica è, inoltre, composta da tutti gli altri servizi, chirurgici e non, in cui i malati oncologici sono ricoverati.
(74) Radioterapia oncologica.	La radioterapia è prevista nei presidi HUB. Si considera insieme al codice (70) Radioterapia.

Area chirurgica

Specialità	Considerazioni																				
(07) Cardiochirurgia	<p>Attualmente esistono, nella regione, soltanto due presidi che erogano prestazioni di questa specialità, tutti e due a Catanzaro. La produzione di ricoveri ordinari del MDC 05 "Malattie e disturbi del sistema circolatorio" risulta dalla tabella seguente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Denominazione struttura</th> <th>Dati</th> <th>C</th> <th>M</th> <th>Totale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Azienda Ospedaliera Mater Domini</td> <td>Casi RO</td> <td>199</td> <td>107</td> <td>306</td> </tr> <tr> <td>Casa di Cura Sant'Anna Hospital</td> <td>Casi RO</td> <td>869</td> <td>67</td> <td>936</td> </tr> <tr> <td>Totale</td> <td></td> <td>1.068</td> <td>174</td> <td>1.242</td> </tr> </tbody> </table> <p>Soltanto la struttura privata Casa di cura Sant'Anna supera il limite minimo di 400 interventi all'anno necessario per garantire una migliore qualità delle prestazioni. La mobilità passiva per questo tipo di interventi è di circa seicento all'anno e potrebbe, insieme all'attuale produzione, trovare spazio nelle due strutture esistenti. Sarebbe opportuno dislocare una delle due funzioni di cardiochirurgia in altra sede (Cosenza oppure Reggio Calabria).</p> <p>Queste considerazioni ci suggeriscono la dislocazione di una delle due unità in altra sede. È da valutare se a Cosenza o a Reggio Calabria in funzione del potenziale bacino di utenza e dell'opportunità di accordi di confine interessando strutture in altre regioni.</p>	Denominazione struttura	Dati	C	M	Totale	Azienda Ospedaliera Mater Domini	Casi RO	199	107	306	Casa di Cura Sant'Anna Hospital	Casi RO	869	67	936	Totale		1.068	174	1.242
Denominazione struttura	Dati	C	M	Totale																	
Azienda Ospedaliera Mater Domini	Casi RO	199	107	306																	
Casa di Cura Sant'Anna Hospital	Casi RO	869	67	936																	
Totale		1.068	174	1.242																	

Area materno infantile

Nel 2008 il numero di ricoveri ordinari del MDC 15 era circa 18.000 articolato nei seguenti DRG e suddivisi tra erogatori pubblici e privati.

Figura 21: Ricoveri ordinari 2008 del MDC 15 per DRG

casi	DRG	Descrizione	Tipo erogatore			Tipo erogatore		
			Pubblico	Privato	Totale	Pubblico	Privato	Totale
	385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	158	99	257	1%	2%	1%
	386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	246	3	249	2%	0%	1%
	387	Prematurita' con affezioni maggiori	272	33	305	2%	1%	2%
	388	Prematurita' senza affezioni maggiori	514	52	566	4%	1%	3%
	389	Neonati a termine con affezioni maggiori	968	199	1.167	7%	5%	7%
	390	Neonati con altre affezioni significative	2.120	179	2.299	16%	4%	13%
	391	Neonato normale	9.240	3.770	13.010	68%	87%	73%
	Totale complessivo		13.518	4.335	17.853	100%	100%	100%
			76%	24%	100%			

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Figura 22: Ricoveri ordinari 2008 del MDC 15 per erogatore (in grassetto la proposta di struttura in cui concentrare le nascite)

ASP	Pubbl (1) Priv (2)	Emerg	Codice	Denominazione Struttura	Comune	Totale
201	1	1	18091201	Azienda Ospedaliera Di Cosenza	Cosenza	1.960
		2	18000400	Stabilimento Ospedaliero Rossano	Rossano	392
		2	18000500	Presidio Ospedaliero Di Cetraro	Cetraro	108
		2	18000600	Ospedale Civile Ferrari – Castrovillari	Castrovillari	645
		3	18000300	Stabilimento Ospedaliero Corigliano	Corigliano Calabro	537
		3	18000700	Presidio Ospedaliero San Francesco Paola	Paola	175
		4	18001100	P.O.Beato Angelico	Acri	219
		4	18001500	Ospedale Civile	San Giovanni In Fiore	89
		5	18000800	Ospedale Civile Praia A Mare	Praia A Mare	78
		5	18001400	Stabilimento Ospedaliero Cariati	Cariati	360
		5	18001600	Stabilimento Ospedaliero Trebisacce	Trebisacce	266
	2		18001900	Casa Di Cura Villa Del Sole	Cosenza	1
			18002100	Casa Di Cura La Madonnina S.R.L.	Cosenza	226
			18002700	Casa Di Cura Cascini Srl	Belvedere Marittimo	Non ril
			18002800	Casa Di Cura Sacro Cuore	Cosenza	725
Totale 201						5.781
202	1	2	18003200	Ospedale Civile San Giovanni Di Dio	Crotone	1.365
	2		18004400	Casa Di Cura 'Villa Giose'	Crotone	28
			18004500	Casa Di Cura S.Rita Dott. Caparra	Belvedere Di Spinello	1
Totale 202						1.394
203	1	1	18091300	Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio	Catanzaro	1.936
			18091400	Azienda Ospedaliera Mater Domini	Catanzaro	1
		2	18003300	Ospedale Di Lamezia Terme	Lamezia Terme	1.076
		3	18005500	Ospedale Basso Ionio	Soverato	460

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP	Pubbl (1) Priv (2)	Emerg	Codice	Denominazione Struttura	Comune	Totale
		4	18004000	Ospedale Di Soveria Mannelli	Soveria Mannelli	1
	2		18004300	Casa Di Cura Villa Del Sole	Catanzaro	2
			18005100	Casa Di Cura Privata Villa Michelino Srl	Lamezia Terme	326
Totale 203						3.802
204	1	2	18003400	P.O. Jazzolino	Vibo Valentia	888
		3	18005700	P.O. Serra San Bruno	Serra San Bruno	1
	2		18004700	Casa Di Cura Villa Dei Gerani	Vibo Valentia	385
Totale 204						1.274
205	1	1	18091500	Ospedale Bianchi - Melacrino - Morelli	Reggio Di Calabria	1.299
		2	18006100	P.O. 'S. Maria Degli Ungheresi'	Polistena	647
		3	18006200	Ospedale 'Tiberio Evoli' - Melito P.S.	Melito Di Porto Salvo	346
	2		18007300	Casa Di Cura 'Villa Aurora'	Reggio Di Calabria	778
			18007400	Policlinico 'Madonna Della Consolazione'	Reggio Di Calabria	731
			18007700	Casa Di Cura 'Villa Elisa' S.P.A.	Cinquefrondi	1.132
Totale 205						4.933
206	1	2	18005900	Ospedale Civile Locri	Locri	669
Totale 206						669
Totale complessivo						17.853

Il limite minimo nazionale di 500 nascite per struttura è soddisfatto soltanto da alcune strutture pubbliche e private della regione.

- ISTAT rileva, su dati 2006, che "Anche se il tasso di mortalità infantile italiano si attesta sui livelli dei paesi più avanzati del mondo, non deve essere sottovalutata la forte variabilità territoriale, con un certo svantaggio del Mezzogiorno e di alcune aree del Nord. Tra le province con i tassi più elevati si collocano Enna (7,4 morti nel primo anno di vita

per mille nati vivi), quattro province calabre su cinque (Reggio di Calabria, Catanzaro, Vibo Valentia e Cosenza)....”;

- negli indicatori di performance 2008, appena pubblicati dal Ministero della salute, la performance relativa alla percentuale di parti cesarei evidenzia che il 45 % delle nascite in Calabria avviene con parto cesareo rispetto a circa 25% nelle regioni di riferimento.

Risulta, di conseguenza, la necessità di garantire una maggiore sicurezza dei neonati e delle madri attraverso il potenziamento di un numero più limitato di strutture pubbliche (HUB e Spoke), e attraverso la stipula di contratti con le strutture private con specifici obiettivi nell’ambito del percorso nascita. Nelle strutture pubbliche sarà presente contemporaneamente al punto nascita, una pediatria, una struttura di ostetricia e ginecologia e, in quasi tutti presidi, un servizio (struttura complessa o semplice) di neonatologia. Nelle strutture HUB sarà presente anche un servizio di terapia intensiva neonatale con l’attivazione del trasporto assistito. In grassetto sono indicati i 10 presidi destinati a sede di centri neonatali.

Area emergenza

Specialità	Considerazioni
(46) Grandi ustioni neonatale	Il bacino di utenza è maggiore della dimensioni della regione ed è necessario un accordo con alcune regioni confinanti per stabilire la dislocazione del servizio.
(47) Grandi ustionati	Il bacino di utenza è maggiore della dimensione della regione ed è necessario un accordo con alcune regioni confinanti per stabilire la dislocazione del servizio.
(51) Medicina e di accettazione emergenza chirurgia e di emergenza	<p>La rete regionale di emergenza- urgenza è composta da un componente ospedaliera e un componente territoriale, oltre alla Guardia medica.</p> <p>La rete Emergenza ospedaliera è articolata in DEA di secondo livello (DEA II), DEA di primo livello (DEA I) e Pronto soccorso di base (PS) e Punti di primo intervento (PPI) 24H con più di sei mila passaggi all’anno (se 12H più di tre mila passaggi all’anno). Il numero di strutture complesse risulta dalla figura 20.</p> <p>La rete 118, articolata in Centrali operativi, le Postazioni di soccorso territoriale con autoambulanze ed elicotteri, i Punti di emergenza territoriali (PET) ed i Punti di primo intervento (PPI) al di sotto dei sei mila passaggi all’anno. L’organico relativo, cinque strutture complesse articolate per provincia, sarà elaborato ulteriormente nel documento che descrive la rete emergenza-urgenza.</p>

Area di psichiatria

Specialità	Considerazioni
(40) Psichiatria	La rete della psichiatria è territoriale con dei posti letto di SPDC in alcuni presidi. Si propone il sostanziale mantenimento della rete attuale articolata in modo diverso in funzione della conversione di alcuni presidi in strutture territoriali. Quindi lo spostamento da Corigliano a Rossano e da Soriano Calabro a Vibo Valentia.

Area servizi

Specialità	Considerazioni
Centro trasfusionale	La rete dei centri trasfusionali è articolata in SC negli HUB e negli spoke mentre negli altri presidi il servizio è garantito dal laboratorio.
Radiologia	Negli HUB e spoke è prevista una SC con TAC, nei presidi di base è prevista una SS in rete con la struttura complessa del presidio di riferimento.



Area postacuzie

Specialità	Considerazioni																																																															
(28) Unità spinale	Bisogna attivare una struttura per tutta la regione di questa specialità presso un presidio specializzato. (non ancora assegnata in tabella)																																																															
(56) RRF	<p>La struttura organizzativa è unica all'interno dell'ASP con un'articolazione su più presidi.</p> <p>Nell'ottica di rafforzare la risposta delle ASP e facilitare un graduale passaggio alle strutture extraospedaliere si propone di attivare le strutture soltanto presso le ASP, ed in particolare nelle provincie dove esiste una presenza odierna bassa.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ASP</th> <th>Pop.</th> <th>PL normalizzati SDO 2008</th> <th>PL effettivi fine 2009</th> <th>PL / 1000</th> <th>PL aggiuntive proposte</th> <th>PL totale</th> <th>PL / 1000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>201</td> <td>Cosenza</td> <td>733.508</td> <td>269</td> <td>287</td> <td>0,4</td> <td>70</td> <td>357</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>202</td> <td>Crotone</td> <td>173.370</td> <td>106</td> <td>66</td> <td>0,4</td> <td>30</td> <td>96</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>203</td> <td>Catanzaro</td> <td>367.990</td> <td>63</td> <td>92</td> <td>0,3</td> <td>75</td> <td>167</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>204</td> <td>Vibo Valentia</td> <td>167.334</td> <td>8</td> <td>10</td> <td>0,1</td> <td>75</td> <td>85</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>205</td> <td>Reggio Calabria</td> <td>566.507</td> <td>46</td> <td>36</td> <td>0,1</td> <td>194</td> <td>230</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Totale</td> <td>2.008.709</td> <td>492</td> <td>491</td> <td>0,2</td> <td>444</td> <td>935</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Commenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASP 201: Portare l'offerta attuale da 50 PL a 60, attivare due moduli da 30 PL. • ASP 202: Attivare un modulo da 30 PL. N.B. È già presente una struttura privata di neuro riabilitazione sul territorio con 48 PL accreditati a servizio di tutta la regione. • ASP 203: Attivare due moduli da 30 PL e un modulo da 15 PL presso delle strutture regionali. • ASP 204: Attivare due moduli da 30 PL e un modulo da 15 PL presso delle strutture regionali. • ASP 205: Portare l'offerta attuale da 16 PL a 30; attivare sei moduli da 30 PL presso delle strutture regionali. • È necessario definire dei criteri di appropriatezza nelle strutture di RRF. 		ASP	Pop.	PL normalizzati SDO 2008	PL effettivi fine 2009	PL / 1000	PL aggiuntive proposte	PL totale	PL / 1000	201	Cosenza	733.508	269	287	0,4	70	357	0,5	202	Crotone	173.370	106	66	0,4	30	96	0,6	203	Catanzaro	367.990	63	92	0,3	75	167	0,5	204	Vibo Valentia	167.334	8	10	0,1	75	85	0,5	205	Reggio Calabria	566.507	46	36	0,1	194	230	0,4		Totale	2.008.709	492	491	0,2	444	935	0,5
	ASP	Pop.	PL normalizzati SDO 2008	PL effettivi fine 2009	PL / 1000	PL aggiuntive proposte	PL totale	PL / 1000																																																								
201	Cosenza	733.508	269	287	0,4	70	357	0,5																																																								
202	Crotone	173.370	106	66	0,4	30	96	0,6																																																								
203	Catanzaro	367.990	63	92	0,3	75	167	0,5																																																								
204	Vibo Valentia	167.334	8	10	0,1	75	85	0,5																																																								
205	Reggio Calabria	566.507	46	36	0,1	194	230	0,4																																																								
	Totale	2.008.709	492	491	0,2	444	935	0,5																																																								

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Specialità	Considerazioni								
(60) Lungodegenza	La struttura organizzativa della lungodegenza è assegnata alla Medicina generale dello stesso presidio. Aggiungere dei PL presso le strutture ospedaliere Spoke e sedi di PS base								
		ASP	Popolazione	PL normalizzati SDO 2008	PL assegnati fine 2009	PL/1000	Proposta di PL aggiuntive	PL tot	PL/1000
	201	Cosenza	733.508	90	141	0,2	0	141	0,2
	202	Crotone	173.370	41	46	0,3	0	46	0,3
	203	Catanzaro	367.990	4	4	0,0	60	64	0,2
	204	Vibo Valentia	167.334	0	10	0,1	30	40	0,2
	205	Reggio Calabria	566.507	1	16	0,0	74	90	0,2
		Totale	2.008.709	136	217	0,1	164	381	0,2
<p>Commenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASP 201: Riordinare i PL attualmente presenti presso i presidi pubblici. • ASP 203: Attivare due moduli da 30 PL presso delle strutture regionali. • ASP 204: Attivare un modulo da 30 PL presso una struttura regionale. • ASP 205: Portare l'offerta attuale da 16 PL a 30; attivare due moduli da 30 PL presso delle strutture regionali. • È necessario definire dei criteri di appropriatezza nelle strutture di lungodegenza. 									
(75) Neuroriabilitazione	Oggi è presente a Crotone una struttura privata di 48 PL per neuro riabilitazione, e per gravi cerebrolesioni. Bisogna valutare l'opportunità di una seconda struttura per neuro riabilitazione presso un'altra area geografica della regione. È, inoltre, necessario definire dei criteri di appropriatezza per le strutture di Neuroriabilitazione.								

Proposta di articolazione di funzioni pubbliche nella rete ospedaliera

Sulla base dei parametri indicati nella figura 20 e dell'analisi presentata nelle pagine precedenti si arriva ad una rete ospedaliera di erogatori pubblici che a livello totale è indicata nella figura 23 e per azienda regionale nell'allegato 8.

Nella figura risultano

- ▣ le strutture complesse con posti letto (1 deg SC);
- ▣ le strutture semplici con posti letto (2 deg SS);
- ▣ le strutture complesse senza posti letto (3 serv SC);
- ▣ le strutture semplici senza posti letto (4 serv SS).

La proposta è confrontata con

- ▣ la situazione calcolata sulla base dei ricoveri appropriati 2008;
- ▣ il tasso di occupazione standard dei posti letto;
- ▣ le dimensioni dei moduli di cui ai requisiti di accreditamento come definiti dalla Legge regionale 24/2008 e dal regolamento regionale 13/2009.

Alla fine è indicata la situazione attuale suddivisa in

- ▣ strutture complesse con posti letto attualmente coperte;
- ▣ strutture complesse senza posti letto attualmente coperte.

Nella lettura della tabella bisogna tenere presente che anche le strutture con degenza erogano prestazioni ambulatoriali che possono essere rilevanti, per esempio l'oculistica.



Le specialità sono organizzate in modo seguente:

- ▣ Se specialità per acuzie (0) e postacuzie (1)
- ▣ Per area:
 1. 1.Area medica
 2. 2.Area chirurgica
 3. 3.Area materno infantile
 4. 4.Area Emergenza
 5. 5.Area psichiatria
 6. 6.Area postacuzie
 7. 7.Area supporto
- ▣ Per diffusione
 1. 1.disciplina rara
 2. 2.disciplina di media diffusione
 3. 3.disciplina di alta e altissima diffusione
- ▣ Per codice di specialità



Figura 23: Rete ospedaliera proposta erogatori pubblici (al netto del presidio INRCA)

					Situazione								
					Attuale		Calcolo	Proposta					
					SC			SC			SS		Totale
Acu	Area	Diffusione	Codice	Descrizione	SC c/deg	SC s/deg	Moduli approp	1 deg SC	3 serv SC	Totale SC	2 deg SS	4 serv SS	SC+SS
0	1	1	20	Immunologia e centro trapianti	1		0,0		1	1			1
0	1	1	25	Medicina del lavoro		1	0,0	1		1			1
0	1	1	57	Fisiopatologia della riproduzione umana			0,0	1		1			1
0	1	1	66	Oncoematologia pediatrica			0,0	1		1			1
0	1	1	71	Reumatologia			0,1	1		1			1
0	1	1	77	Nefrologia pediatria			0,0						
0	1	2	1	Allergologia	1	1	0,4		3	3			3
0	1	2	18	Ematologia	3		3,7	3		3			3
0	1	2	19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	5	1	0,3	3		3			3
0	1	2	21	Geriatría	5		6,9	3		3			3
0	1	2	24	Malattie infettive e tropicali	4		3,9	3		3			3
0	1	2	52	Dermatologia	3	1	1,6	3		3			3
0	1	2	58	Gastroenterologia	6	2	2,3	3		3			3
0	1	2	65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)			0,6						
0	1	2	68	Pneumologia	4		3,2	3		3			3
0	1	2	70	Radioterapia (vedere codice 74)			0,0						
0	1	2	74	Radioterapia oncologica	2	1	0,5		3	3			3
0	1	3	8	Cardiologia	17	2	12,4	12		12	1		13
0	1	3	8	Emodinamica (SS)			0,0				6		6

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Acu	Area	Diffusione	Codice	Descrizione	Situazione								
					Attuale		Calcolo	Proposta					
					SC			SC			SS		Totale
					SC c/deg	SC s/deg	Moduli approp	1 deg SC	3 serv SC	Totale SC	2 deg SS	4 serv SS	SC+SS
0	1	3	26	Medicina generale	22		20,6	13		13	5		18
0	1	3	29	Nefrologia	8	8	4,2	3		3	14		17
0	1	3	32	Neurologia	6		5,0	12		12	1		13
0	1	3	64	Oncologia	9		9,0	3		3		7	10
0	2	1	6	Cardiochirurgia infantile			0,0						
0	2	1	7	Cardiochirurgia			1,4	1		1			1
0	2	1	10	Chirurgia maxillo-facciale	1		0,6	1		1			1
0	2	1	11	Chirurgia pediatrica	2		1,3	2		2			2
0	2	1	12	Chirurgia plastica	1		0,4	1		1			1
0	2	1	13	Chirurgia toracica	1		0,7	1		1			1
0	2	1	48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	1		0,2	1		1			1
0	2	1	76	Neurochirurgia pediatrica			0,0						
0	2	1	78	Urologia pediatrica			0,0						
0	2	2	14	Chirurgia vascolare	3		3,2	3		3			3
0	2	2	30	Neurochirurgia	3		4,2	3		3			3
0	2	2	35	Odontoiatria e stomatologia	1	1	0,0	3	1	4			4
0	2	3	9	Chirurgia generale	23	1	19,2	13		13	5		18
0	2	3	34	Oculistica	10		2,5	8		8			8
0	2	3	36	Ortopedia e traumatologia	11		10,0	12		12	6		18
0	2	3	38	Otorinolaringoiatria	9	4	8,4	10		10			10
0	2	3	43	Urologia	8		5,8	9		9			9

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

					Situazione								
					Attuale		Calcolo	Proposta					
					SC			SC			SS		Totale
Acu	Area	Diffusione	Codice	Descrizione	SC c/deg	SC s/deg	Moduli approp	1 deg SC	3 serv SC	Totale SC	2 deg SS	4 serv SS	SC+SS
0	3	2	33	Neuropsichiatria infantile			0,0		3	3			3
0	3	3	31	Nido			0,0					10	10
0	3	3	37	Ostetricia e ginecologia	14		13,5	11		11			11
0	3	3	39	Pediatria	12		10,0	11		11			11
0	3	3	62	Neonatologia	6		5,9	3		3	7		10
0	4	1	46	Grandi ustioni pediatriche			0,0						
0	4	1	47	Grandi ustionati			0,0						
0	4	2	73	Terapia intensiva neonatale			0,7	3		3			3
0	4	3	49	Terapia intensiva	10	11	9,6	13		13			13
0	4	3	50	Unità coronarica	1		6,4				13		13
0	4	3	51	Medicina e chirurgia di accettazione e emergenza	7	5	5,0	11		11	1	5	17
0	5	3	40	Psichiatria	3	1	6,5	11		11			11
0				Totale Acuzie	223	40	190,2	199	11	210	59	22	291
0	7		5	Angiologia									
0	7		54	Emodialisi (vedere nefrologia)									
0	7		2	Day hospital (multispecialistico)									
0	7		3	Anatomia e istologia patologica		11			13	13			13
0	7		15	Medicina sportiva									
0	7		27	Medicina legale		2			1	1			1
0	7		41	Medicina termale									

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Acu	Area	Diffusione	Codice	Descrizione	Situazione									
					Attuale		Calcolo	Proposta						
					SC			SC			SS		Totale	
					SC c/deg	SC s/deg	Moduli approp	1 deg SC	3 serv SC	Totale SC	2 deg SS	4 serv SS	SC+SS	
0	7		42	Tossicologia										
0	7		55	Farmacologia clinica										
0	7		61	Medicina nucleare	1	4			4	4				4
0	7		67	Pensionanti (multispecialistico)										
0	7		69	Radiologia		22			13	13		7		20
0	7		82	Anestesia e rianimazione (Serv. Ambulatoriale, vedere 49)										
0	7		97	Detenuti										
0	7		98	Day surgery										
0	7			Laboratorio d'analisi		16			13	13		7		20
0	7			Servizio trasfusionale	2	7			11	11		1		12
0	7			Microbiologia e virologia		7			4	4				4
0	7		DS	Direzione sanitaria di presidio		16			13	13		6		19
0	7		F	Farmacia ospedaliera		13			12	12		1		13
0				Totale servizi	3	98	0,0	0	84	84	0	22		106
1	6	1	28	Unità spinale			0,0							
1	6	2	75	Neuroriabilitazione			0,0							
1	6	3	56	Recupero e riabilitazione funzionale	3	2	2,0	6		6				6
1	6	3	60	Lungodegenti	1		1,5							
				Totale postacuzie	4	2	3,5	6	0	6	0	0		6
				Totale generale	230	140	193,7	205	95	300	59	44		403

					Situazione								
					Attuale		Calcolo	Proposta					
					SC			SC			SS		Totale
Acu	Area	Diffusione	Codice	Descrizione	SC c/ deg	SC s/ deg	Moduli approp	1 deg SC	3 serv SC	Totale SC	2 deg SS	4 serv SS	SC+SS
				di cui specialità di chirurgia	74	6	57,9	68	1	69	11	0	80
				di cui acuzie e postacuzie	227	42	193,7	204	11	215	59	22	296
				Obiettivo DGR 87/2010 chirurgia				75					
				Obiettivo DGR 87/2010 acuzie e postacuzie				297					

Nota 1. La proposta soddisfa il limite massimo di strutture complesse con posti letto indicato nella DGR 87 del 16/2/2010 in 297 unità di cui 75 per le specialità chirurgiche.

Nota 2. L'integrazione del presidio INRCA nella rete ospedaliera è compito dell'ASP di Cosenza.

L'attivazione della rete ospedaliera

L'attivazione della rete ospedaliera deve essere gestita integrando le azioni delle altre due reti necessarie per la sanità calabrese: la rete di emergenza-urgenza e la rete territoriale. È, di conseguenza, indispensabile deliberare tutte e tre le reti prima di proseguire con il percorso di cambiamento.

In parallelo è necessario l'approfondimento delle reti per patologia / specialità e la definizione di regole di comportamento tra i presidi interessati (HUB and Spoke per patologia) e con il territorio. In questa sede sono possibili degli spostamenti di specialità tra i presidi dell'ASP per rendere più logica la missione di ciascun presidio.

Come già evidenziato, è compito dell'ASP l'analisi della situazione specifica dei propri residenti, l'attivazione delle strutture territoriali in sostituzione del ricovero, il coordinamento dell'analisi congiunta con gli erogatori di prestazioni ospedaliere e la stipula di contratti con gli erogatori privati. È, di conseguenza, prevista l'analisi, per ciascun'ASP, della produzione degli erogatori privati, quella degli erogatori pubblici nonché del fabbisogno soddisfatto in altra sede per ottenere una razionalizzazione dell'offerta complessiva all'interno di ogni azienda sanitaria provinciale.

I tempi sono stretti per effettuare i cambiamenti nel rispetto del piano di rientro. Si propone la creazione di un gruppo di cambiamento a livello regionale in cui le ASP possano confrontarsi per omogeneizzare le azioni e diffondere metodologie comuni.

È, alla fine, necessario rivedere il piano di investimento in tecnologie per adattarlo alla nuova rete ospedaliera in modo da concentrare le poche risorse a disposizione nei punti da sviluppare.



Allegati

Allegato 1 – Standard nazionali sulla rete ospedaliera

Estratto dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005

Si riporta l'articolo 4 dell'intesa:

1. Con riferimento a quanto previsto sub d) dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni si impegnano a:

a) ad adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione che, in ogni caso, non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle regioni. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2007, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006 oggetto di verifica;

b) adottare entro il 30 settembre 2005 i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo entro l'anno 2007 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti di cui quelli in regime diurno, di norma pari al 20%, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica;

c) assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera;



- d) stabilire, nella definizione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, un valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lungo degenza, oltre il quale si applica una significativa riduzione della tariffa giornaliera, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza. In fase di prima applicazione fino all'adozione del relativo provvedimento regionale, il valore soglia è fissato in un massimo di 60 giorni di degenza, con una riduzione tariffaria pari ad almeno il 30% della tariffa giornaliera piena;*
- e) adottare entro il 30 giugno 2005 il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione....etc.*

Estratto dell'Intesa 3 dicembre 2009 (Patto della Salute 2010-2012)

Si riporta l'articolo 6 (Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri)

- 1. Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011.*
- 2. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione, che non può superare il 5% in aumento fino alla definizione di una diversa misura da parte della Conferenza Stato- Regioni sulla base di un'apposita valutazione effettuata dalla Struttura tecnica di monitoraggio con il supporto dell'Agenas, in relazione a condizioni demografiche relative al peso della popolazione ultrasettantacinquenne. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2011, precisando gli obiettivi intermedi per l'anno 2010, oggetto di verifica. Restano ferme eventuali minori dotazioni programmate nelle Regioni impegnate nei piani di rientro.*



- 3. Nei medesimi standard non è compresa la quota di posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni, registrata nell'anno 2008, fino alla stipula dell'accordo di cui al comma 4.*
- 4. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 19, entro il 30 giugno 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni è definito un Accordo per la fissazione dei principi di programmazione dei posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni.*
- 5. In vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute del 28 settembre 2006, si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le Regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero.*



Allegato 2 Valori attesi di percentuale di RO dei DRG chirurgici di cui all'allegato B del Patto della salute

DRG	Descrizione	% ric ordinario >1 g su totale ricoveri
006	Decompressione del tunnel carpale	0%
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza cc	33%
036	Interventi sulla retina	17%
038	Interventi primari sull'iride	5%
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1%
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta` > 17	3%
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta` < 18	18%
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	11%
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	25%
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	42%
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta` > 17	93%
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta` < 18	97%
061	Miringotomia con inserzione di tubo, eta` > 17	25%
062	Miringotomia con inserzione di tubo, eta` < 18	100%
119	Legatura e stripping di vene	6%
158	Interventi su ano e stoma, senza cc	34%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, eta` > 17 senza cc	74%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, eta` > 17 senza cc	35%
163	Interventi per ernia, eta` < 18	48%
168	Interventi sulla bocca, con cc	50%
169	Interventi sulla bocca, senza cc	3%
227	Interventi sui tessuti molli senza cc	25%

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

DRG	Descrizione	% ric ordinario >1 g su totale ricoveri
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con cc	41%
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	25%
232	Artroscopia	14%
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	14%
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc	4%
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	20%
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	2%
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, eta` > 17	51%
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, eta` < 18	32%
342	Circoncisione eta` > 17	3%
343	Circoncisione eta` < 18	8%
345	Altri interventi sull'appar riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	5%
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	17%
362	Occlusione endoscopica delle tube	100%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	14%
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	50%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	10%
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	15%

Per i DRG 006 e 039 è, inoltre previsto che il 95% dei ricoveri diurni sia erogato in forma ambulatoriale, mentre per il DRG 162 non è ancora stata definita una percentuale specifica anche se la Regione ha pubblicato (2008) delle prestazioni ambulatoriali corrispondenti. Per questi tre DRG la percentuale dei ricoveri maggiore di un giorno è calcolata sul totale del numero di ricoveri e di prestazioni ambulatoriali.

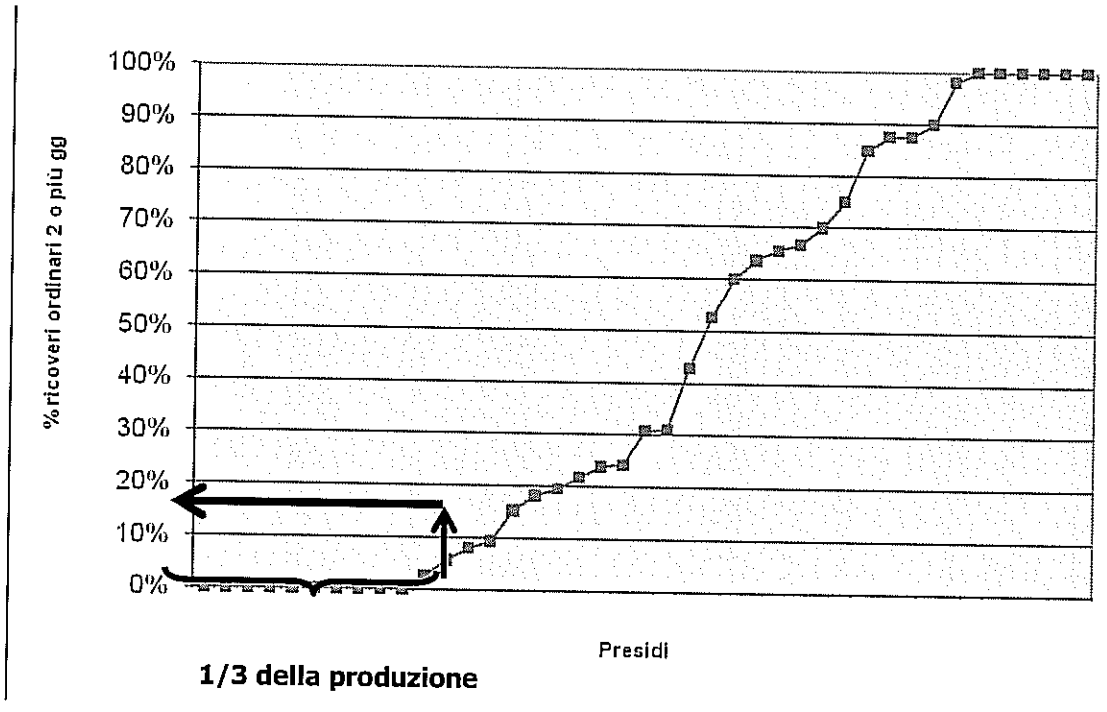


Esempio del metodo applicato per stabilire il valore limite di percentuale di ricovero ordinario (maggiore di un giorno) per un DRG specifico (vedere la figura sotto).

- ▣ **I presidi regionali sono ordinati in modo crescente sulla percentuale effettiva di ricoveri ordinari da due giorni in su. Nella figura, sulla sinistra, sono indicati i presidi che erogano tutta la produzione in forma diurna oppure con ricoveri ordinari da zero a un giorno (0% ricoveri ordinari da 2 GG o più) mentre nella parte destra vi sono i presidi che erogano tutta la produzione in forma di ricoveri ordinari da due giorni in su (100% ricoveri ordinari da 2 GG o più).**
- ▣ **Per ciascun presidio si misura il numero totale di prestazioni erogate per il DRG. Si somma la produzione dei presidi da sinistra a destra. Quando si arriva ad un terzo della produzione totale si verifica la percentuale del presidio specifico. Nell'esempio sotto il presidio ha una percentuale di 10%.**
- ▣ **Per questo DRG il valore soglia è, quindi, 10%. La figura evidenzia che nel gruppo virtuoso, composto da tutti i presidi a sinistra del presidio limite, la percentuale è più bassa.**
- ▣ **Le verifiche effettuate sulla composizione di ciascun presidio per età, per modalità di ricovero ecc, non hanno fornito altra spiegazione che le differenze di comportamento sono principalmente dovute a fattori organizzativi.**
- ▣ **Con il passare degli anni sarà necessario il ricalcolo delle percentuali di riferimento man mano che il sistema migliora.**



Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera



Handwritten signature or mark.

Allegato 3 Tasso di ospedalizzazione medio regionale correlata a quello delle regioni di confronto, DRG medici di cui al DPCM 29 novembre 2001(definizione dei LEA)

La tabella presenta per ciascun DRG:

- ▣ Il numero di ricoveri consumato dai residenti della regione nel 2008;
- ▣ Il relativo tasso medio regionale (in verde un tasso inferiore al tasso medio delle regioni di confronto);
- ▣ Il tasso medio delle regioni di confronto da utilizzare come riferimento per ciascun ASP.

DRG	Descrizione	N° ricoveri totale 2008	Tasso medio regionale	Tasso benchmark
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	723	0,360	0,367
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza cc	909	0,453	0,364
025	Convulsioni e cefalea eta` > 17 senza cc	1.259	0,627	0,396
047	Altre malattie dell'occhio, eta` > 17 senza cc	3.155	1,571	0,294
065	Alterazioni dell'equilibrio	1.829	0,911	0,380
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, eta` < 18	2.080	1,035	0,433
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, eta` > 17	1.427	0,710	0,444
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, eta` < 18	502	0,250	0,087
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	5.338	2,657	1,383
131	Malattie vascolari periferiche, senza cc	1.611	0,802	0,500
133	Aterosclerosi, senza cc	2.087	1,039	0,219
134	Ipertensione	7.938	3,952	0,368
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	3.410	1,698	1,230
142	Sincope e collasso, senza cc	1.140	0,568	0,386
183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, eta` >17 senza cc	8.801	4,381	1,269

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

DRG	Descrizione	N° ricoveri totale 2008	Tasso medio regionale	Tasso benchmark
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta' < 18	5.243	2,610	0,906
187	Estrazioni e riparazioni dentali	309	0,154	0,265
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, eta' > 17 senza cc	3.204	1,595	0,616
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne,cirrosi,epatite alcolica, senza cc	4.111	2,047	0,482
208	Malattie delle vie biliari, senza cc	1.760	0,876	0,506
241	Malattie del tessuto connettivo, senza cc	2.887	1,437	0,525
243	Affezioni mediche del dorso	3.344	1,665	1,125
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc	2.039	1,015	0,483
248	Tendinite, miosite e borsite	881	0,439	0,362
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.926	0,959	0,691
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, eta' >17 senza cc	950	0,473	0,105
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, eta' <18	404	0,201	0,076
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, eta' >17 senza cc	1.899	0,945	0,307
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	2.052	1,022	1,618
276	Patologie non maligne della mammella	180	0,090	0,055
281	Traumi della pelle, del tessuto subcutaneo e della mammella, eta' >17 senza cc	1.428	0,711	0,207
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, eta' <18	511	0,254	0,085
283	Malattie minori della pelle con cc	232	0,115	0,065
284	Malattie minori della pelle senza cc	2.606	1,297	0,436
294	Diabete eta' > 35	4.578	2,279	0,584
295	Diabete eta' < 36	891	0,444	0,176
299	Difetti congeniti del metabolismo	1.809	0,901	0,222
301	Malattie endocrine, senza cc	5.579	2,777	0,613
317	Ricovero per dialisi renale	111	0,055	0,031
323	Calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	2.807	1,397	0,827

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

DRG	Descrizione	N° ricoveri totale 2008	Tasso medio regionale	Tasso benchmark
324	Calcolosi urinaria, senza cc	3.024	1,505	0,448
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, eta` > 17 senza cc	793	0,395	0,168
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, eta` < 18	196	0,098	0,033
329	Stenosi uretrale, eta` > 17 senza cc	117	0,058	0,029
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, eta` > 17 senza cc	1.273	0,634	0,359
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, eta` < 18	732	0,364	0,179
349	Ipertrofia prostatica benigna, senza cc	870	0,433	0,224
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	519	0,258	0,108
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	4.027	2,005	0,547
384	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	2.211	1,101	0,397
395	Anomalie dei globuli rossi, eta` > 17	3.429	1,707	1,281
396	Anomalie dei globuli rossi, eta` < 18	476	0,237	0,097
399	Disturbi del sistema reticoloendoteliale e immunitario senza cc	2.018	1,005	0,320
404	Linfoma e leucemia non acuta senza cc	2.464	1,227	0,710
409	Radioterapia	885	0,441	0,377
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	2.655	1,322	0,359
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	737	0,367	0,291
426	Nevrosi depressive	636	0,317	0,200
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	274	0,136	0,126
429	Disturbi organici e ritardo mentale	1.346	0,670	0,517
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	257	0,128	0,165
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	524	0,261	0,652
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	3.635	1,810	2,258
490	H.i.v. associato o non ad altre patologie correlate	619	0,308	0,220

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Il DRG 410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta, è stato affrontato con metodo diverso.

A handwritten signature or mark, possibly the initials 'AG', written in black ink.

Allegato 4 Indirizzi dalla rete di emergenza

(si fa riferimento al documento "Regione Calabria – La rete dell'Emergenza – Urgenza" presentato separatamente)



Allegato 5 Posti letto attuali (2009) per struttura (pubblico e privato)

Acuzie

ASP/ ASL	Pubbl (1) Privato (2)	cod	Denominazione Azienda	N° PL
201	1	180003	P.O. CORIGLIANO	128
		180004	STAB. OSPED. DI ROSSANO	143
		180005	P.O. DI CETRARO	114
		180006	OSP. CIVILE CASTROVILLARI	141
		180007	P.O. SAN FRANCESCO PAOLA	96
		180008	OSP. CIVILE PRAIA A MARE	80
		180009	OSPED. GENERALE LUNGRO	33
		180011	P.O. BEATO ANGELICO ACRÌ	81
		180013	OSPEDALE DI MORMANNO	13
		180014	STAB. OSPED. DI CARIATI	62
		180015	OSPED. CIV. S. GIOVANNI IN FIORE	83
		180016	STAB. OSPED. TREBISACCE	67
		180079	OSP. S. MARCO ARGENTANO	36
		180912	A.O. DI COSENZA	657
		180916	INRCA	72
		Totale 1		
	2	180017	CLINICA SANTA LUCIA COSENZA	17
		180018	CASA DI CURA VILLA VERDE DONNICI (CS)	10
		180019	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE COSENZA	64
		180021	LA MADONNINA S.R.L. COSENZA	77
		180024	VILLA ORTENSIA COSENZA	60

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP/	Pubbl (1)			N°
		180025	ISTITUTO NINETTA ROSANO BELVEDERE MARITTIMO	128
		180027	CASA DI CURA CASCINI S.R.L. BELBEDERE MARITTIMO	88
		180028	CLINICA SACRO CUORE COSENZA	68
		180029	CASA DI CURA SCARNATI COSENZA	28
		180030	CASA DI CURA VILLA DEGLI OLEANDRI MENDICINO	10
		180083	CASA DI CURA SAN LUCA S.R.L. PRAIA A MARE	27
Totale 2				577
Totale 201				2.383
202	1	180032	OSPED.CIV.S.GIOVANNI DI DIO CROTONE	399
Totale 1				399
	2	180044	CASA DI CURA VILLA GIOSE CROTONE	90
		180045	CASA DI CURA S.RITA	63
		180046	CASA DI CURA REUMATOLOGICA OLIVETTI COTRONEI	58
		180085	ROMOLO HOSPITAL ROCCA DI NETO	63
		180101	CALABRODENTAL CROTONE	6
Totale 2				280
Totale 202				679
203	1	180033	OSPEDALE DI LAMEZIA TERME	281
		180040	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	102
		180041	OSPEDALE DI CHIARAVALLE CENTRALE	28
		180055	OSPEDALE BASSO IONIO SOVERATO	90
		180913	A.O. DI CATANZARO	579
		180914	A.O. MATER DOMINI	158
Totale 1				1.238
	2	180043	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE CATANZARO	76
		180049	CASA DI CURA S.VINCENZO CATANZARO	10

ly

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP/	Pubbl (1)			N°	
		180050	CASA DI CURA VILLA SERENA CATANZARO	57	
		180051	CASA DI CURA VILLA MICHELINO S.R.L. LAMEZIA T.	54	
		180052	CASA DI CURA VILLA PUCA CATANZARO	10	
		180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL CATANZARO	86	
		180917	FONDAZIONE PER LA RICERCA E LA CURA DEI TUMORI "T. CAMPANELLA"	73	
Totale 2				366	
Totale 203				1.604	
204	1	180034	P.O. JAZZOLINO VIBO VALENTIA	142	
		180035	P.O. DI TROPEA	65	
		180056	P.O. DI SORIANO CALABRO	4	
		180057	P.O. DI SERRA SAN BRUNO	52	
	Totale 1				263
	2	180047	VILLA DEI GERANI VIBO VALENTIA	36	
Totale 2				36	
Totale 204				299	
205	1	180060	P.O. F.PENTIMALLI DI PALMI	20	
		180061	P.O. S.MARIA DEGLI UNGHERESI DI POLISTENA	126	
		180062	OSPEDALE TIBERIO EVOLI MELITO PORTO SALVO	115	
		180063	P.O. MARIA PIA DI SAVOIA DI OPPIDO MAMERTINA	22	
		180064	P.O. PRINCIPESSA DI PIEMONTE DI TAURIANOVA	18	
		180067	OSPEDALE SCILLESÌ D'AMERICA DI SCILLA	45	
		180068	P.O. GIOVANNI XXIII DI GIOIA TAURO	32	
		180915	A.O. DI REGGIO CALABRIA	580	
	Totale 1				958
	2	180071	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA RC	96	
	180073	CASA DI CURA VILLA AURORA REGGIO CALABRIA	87		

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP/	Pubbl (1)			N°
		180074	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE RC	219
		180075	CASA DI CURA VILLA CAMINITI VILLA SAN GIOVANNI	48
		180076	CASA DI CURA VILLA SANT'ANNA REGGIO CALABRIA	34
		180077	CASA DI CURA VILLA ELISA CINQUEFRONDI	53
	Totale 2			537
Totale 205				1.495
206	1	180059	OSPEDALE CIVILE DI LOCRI	338
		180069	OSPEDALE CIVILE DI SIDERNO	22
	Totale 1			360
Totale 206				360
Totale complessivo				6.820

Nota. I posti letto contenuti in tabella non comprendono il nido (cod. 31) e i detenuti (cod. 97)

Postacuzie

ASP/ ASL	Pubbl (1) Privato (2)	cod	Denominazione Azienda	N° PL
201	1	180009	OSPED.GENERALE LUNGRO	32
		180013	OSPEDALE DI MORMANNO	66
		180014	STAB.OSPED. DI CARIATI	20
	Totale 1			118
	2	180024	VILLA ORTENSIA COSENZA	15
		180029	CASA DI CURA SCARNATI COSENZA	14
		180042	CASA DI CURA MADONNA DELLA CATENA LAURIGNANO	134
		180081	CASA DI CURA M.MISASI GR.S.BARTOLO COSENZA	60
		180084	MEDICAL HOTEL CLIMAT.SPES P.ARENA SANGINETO	27
		180086	CASA DI CURA S.FRANCESCO MENDICINO	60
Totale 2			310	
Totale 201				428
202	2	180054	ISTITUTO SANT'ANNA CROTONE	160
	Totale 2			160
Totale 202				160
203	1	180041	OSPEDALE DI CHIARAVALLE CENTRALE	12
		180055	OSPEDALE BASSO IONIO SOVERATO	2
		180913	A.O. DI CATANZARO	2
	Totale 1			16
	2	180043	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE CATANZARO	46
		180050	CASA DI CURA VILLA SERENA CATANZARO	30
		180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL CATANZARO	4
	Totale 2			80

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP/ ASL	Pubbl (1) Privato (2)	cod	Denominazione Azienda	N° PL
Totale 203				96
204	1	180056	P.O. DI SORIANO CALABRO	20
	Totale 1			20
Totale 204				20
205	1	180067	OSPEDALE SCILLESÌ D'AMERICA DI SCILLA	32
	Totale 1			32
	2	180071	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA RC	20
	Totale 2			20
Totale 205				52
Totale complessivo				756

Allegato 6 Tabella tassi di occupazione per specialità utilizzati nel calcolo di posti letto

Il tasso di occupazione è calcolato su 365 giorni all'anno per i ricoveri ordinari (RO) e su 250 giorni all'anno per quelli diurni (DH)

Acu	Area	diffus	Codice	Descrizione	Tasso Occup. RO	Tasso Occup. DH
0	1	1	20	Immunologia e centro trapianti	80%	150%
			25	Medicina del lavoro	80%	150%
			57	Fisiopatologia della riproduzione umana	80%	150%
			66	Oncoematologia pediatrica	80%	150%
			71	Reumatologia	80%	150%
			77	Nefrologia pediatria	80%	150%
		2	1	Allergologia	80%	150%
			18	Ematologia	85%	150%
			19	Malattie endocrine, della nutrizione e del ricamb.	80%	150%
			21	Geriatrica	80%	150%
			24	Malattie infettive e tropicali	75%	150%
			52	Dermatologia	80%	150%
			58	Gastroenterologia	80%	150%
			65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)	80%	150%
			68	Pneumologia	85%	150%
			70	Radioterapia (vedere codice 74)	80%	150%
			74	Radioterapia oncologica	80%	150%
			3	8	Cardiologia	80%
		26		Medicina generale	85%	150%
		29		Nefrologia	80%	150%
		32		Neurologia	80%	150%

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Acu	Area	diffus	Codice	Descrizione	Tasso Occup. RO	Tasso Occup. DH
			64	Oncologia	80%	150%
	2	1	6	Cardiochirurgia infantile	80%	150%
			7	Cardiochirurgia	80%	150%
			10	Chirurgia maxillo-facciale	80%	150%
			11	Chirurgia pediatrica	80%	150%
			12	Chirurgia plastica	80%	150%
			13	Chirurgia toracica	80%	150%
			48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	80%	150%
			76	Neurochirurgia pediatrica	80%	150%
			78	Urologia pediatrica	80%	150%
		2	14	Chirurgia vascolare	80%	150%
			30	Neurochirurgia	80%	150%
			35	Odontoiatria e stomatologia	80%	150%
		3	9	Chirurgia generale	80%	150%
			34	Oculistica	85%	200%
			36	Ortopedia e traumatologia	80%	150%
			38	Otorinolaringoiatria	80%	150%
			43	Urologia	80%	150%
	3	2	33	Neuropsichiatria infantile	80%	150%
		3	31	Nido	80%	150%
			37	Ostetricia e ginecologia	75%	150%
			39	Pediatria	75%	150%
			62	Neonatologia	80%	150%
	4	1	46	Grandi ustioni pediatriche	80%	150%
			47	Grandi ustionati	80%	150%

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Acu	Area	diffus	Codice	Descrizione	Tasso Occup. RO	Tasso Occup. DH
		2	73	Terapia intensiva neonatale	80%	150%
		3	49	Terapia intensiva	80%	150%
			50	Unità coronarica	80%	150%
			51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	80%	150%
	5	3	40	Psichiatria	80%	150%
	7		2	Day hospital (multispecialistico)	80%	150%
			3	Anatomia e istologia patologica	80%	150%
			5	Angiologia	80%	150%
			15	Medicina sportiva	80%	150%
			27	Medicina legale	80%	150%
			41	Medicina termale	80%	150%
			42	Tossicologia	80%	150%
			54	Emodialisi	80%	150%
			55	Farmacologia clinica	80%	150%
			61	Medicina nucleare	80%	150%
67			Pensionanti (multispecialistico)	80%	150%	
1	6	1	28	Unità spinale	80%	150%
			75	Neuroriabilitazione	80%	150%
		3	56	Recupero e riabilitazione funzionale	85%	150%
			60	Lungodegenti	90%	150%

Allegato 7 Tabella sul ruolo del presidio pubblico all'interno del sistema di emergenza

La rete d'emergenza ha classificato le strutture in cinque gruppi a cui corrispondono le rispettive tipologie di ospedale:

1. HUB: le aziende ospedaliere sede di DEA di secondo livello
2. SPOKE: I presidi di ASP sede di DEA di primo livello
3. Ospedale generale: I presidi di ASP di base sede di pronto soccorso semplice
4. Ospedale di Zona Montana: un pronto soccorso h24 direttamente collegato al Centro spoke di riferimento con organico condiviso (vedere la definizione completa nel documento della rete di emergenza/urgenza. Essa costituisce una fase sperimentale di transizione fino alla realizzazione della rete E/U a pieno regime e opportunamente collaudata. Una descrizione completa delle funzioni dell'ospedale di Zona Montana si trova nel documento "Il riordino della rete di Emergenza/Urgenza".
5. Ospedale Distrettuale: le strutture territoriali con un Punto di primo intervento (PPI) 24H/12H.
6. Struttura riabilitativa con un Punto di primo intervento (PPI) 24H/12H.
7. Presidi senza un ruolo all'interno della rete emergenza-urgenza.

Acuzie

ASP	Emerg	cod	Comune	N° PL Normalizzati (5)
201	1	180912	COSENZA	594
	2	180004	ROSSANO (3)	92
	2	180005	CETRARO (4)	91



Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP	Emerg	cod	Comune	N° PL Normalizzati (5)
	2	180006	CASTROVILLARI	124
	2	180003	CORIGLIANO CALABRO (3)	100
	2	180007	PAOLA (4)	86
	4	180011	ACRI	65
	4	180015	SAN GIOVANNI IN FIORE	33
	5	180008	PRAIA A MARE (*)	69
	5	180009	LUNGRO (*)	19
	6	180013	MORMANNO (*) (postacuzie)	14
	5	180014	CARIATI (*)	43
	5	180016	TREBISACCE	50
	5	180079	SAN MARCO ARGENTANO	19
	5	180912	ROGLIANO	51
	7	180916	INRCA	39
Totale 201				1.489
202	2	180032	CROTONE	286
Totale 202				286
203	1	180913	CATANZARO (Pugliese Ciaccio)	547
		180914	CATANZARO (Mater Domini)(2)	111
	2	180033	LAMEZIA TERME	225
	3	180055	SOVERATO	71
	4	180040	SOVERIA MANNELLI (*)	39
	5	180041	CHIARAVALLE CENTRALE (*)(**)	14
Totale 203				1.007
204	2	180034	VIBO VALENTIA	134
	3	180035	TROPEA	37

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP	Emerg	cod	Comune	N° PL Normalizzati (5)
	4	180057	SERRA SAN BRUNO	29
	5	180056	SORIANO CALABRO (**)	22
Totale 204				222
205	1	180915	REGGIO DI CALABRIA	516
	2	180061	POLISTENA	131
	3	180062	MELITO DI PORTO SALVO	63
	3	180068	GIOIA TAURO	23
	5	180060	PALMI	19
	5	180063	OPPIDO MAMERTINA (*)(**)	11
	5	180064	TAURIANOVA (**)	13
	5	180067	SCILLA (*)(**)	15
Totale 205				791
206	2	180059	LOCRI	219
	5	180069	SIDERNO (**)	17
Totale 206				236
Totale complessivo				4.031

Nota 1. I posti letto contenuti in tabella non comprendono il nido (cod. 31) e i detenuti (cod. 97)

Nota 2. L'azienda è integrata con Pugliese Ciaccio per alcune funzioni di supporto; non è possibile un ricovero diretto in emergenza ma esclusivamente come trasferimento da presidio sede di pronto soccorso.

Nota 3. I presidi Rossano e Corigliano Calabro sono un unico presidio SPOKE articolato in due stabilimenti. Nel triennio verrà effettuata una graduale articolazione dei due stabilimenti per concentrare l'emergenza in uno e le attività di elezione nell'altro.

Nota 4. I presidi Cetraro e Paola sono un unico presidio SPOKE articolato in due stabilimenti. Nel triennio verrà effettuata una graduale articolazione dei due stabilimenti per concentrare l'emergenza in uno e le attività di elezione nell'altro.

Nota 5. I posti letto normalizzati sono calcolati sulla base dei ricoveri appropriati e il tasso di occupazione per singola specialità (allegato 6).

(*) i presidi indicati con l'asterisco sono quelli in cui sono previste le funzioni di ospedale di comunità nel Piano regionale per la salute 2004-2006.



*(**) i presidi indicati con un doppio asterisco sono indicati come Case della salute nel DGR 740 del 4/11/2009.*

Postacuzie

ASP	Cod	Denominazione ospedale	N. PL.
201	180009	OSPED.GENERALE LUNGRO	32
	180013	OSPEDALE DI MORMANNO	48
Totale 201			80
203	180041	OSPEDALE DI CHIARAVALLE CENTRALE	12
	180055	OSPEDALE BASSO IONIO SOVERATO	2
	180913	A.O. DI CATANZARO	2
Totale 203			16
204	180056	P.O. DI SORIANO CALABRO	20
205	180067	OSPEDALE SCILLESÌ D'AMERICA DI SCILLA	32
Totale			148
Posti letto da creare			616
Totale			764



Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Cod. Amb. Servizio	701 AO		201 ASP		202 ASP		203 AO		203 ADU		203 ASP		204 ASP		205 AO		205 ASP		Totale																							
	COSENZA				CROTONE				CATANZARO				MRO VALENTIA				REGGIO DI CALABRIA				REGGIO DI CALABRIA				Totale																	
	1 deg SC	2 deg SC	3 serv SC	4 serv SC	1 deg SC	2 deg SC	3 serv SC	4 serv SC	1 deg SC	2 deg SC	3 serv SC	4 serv SC	1 deg SC	2 deg SC	3 serv SC	4 serv SC	1 deg SC	2 deg SC	3 serv SC	4 serv SC	1 deg SC	2 deg SC	3 serv SC	4 serv SC	1 deg SC	2 deg SC	3 serv SC	4 serv SC	Totale													
0 7	5	Angiologia																																								
0 7	54	Ginecologia (vedere nefrologia)																																								
0 7	3	Day hospital (multispecialistico)																																								
0 7	3	Anatomia e istologia patologica																																								
0 7	15	Medicina sportiva																																								
0 7	27	Medicina legale																																								
0 7	41	Medicina termale																																								
0 7	43	Tossicologia																																								
0 7	55	Farmacologia clinica																																								
0 7	61	Medicina nucleare																																								
0 7	63	Reumatismi (multispecialistico)																																								
0 7	69	Neurologia																																								
0 7	87	Anestesia e rianimazione (serv. ambulatoriale, vedere 43)																																								
0 7	97	Diagnostici																																								
0 7	98	Day surgery																																								
0 7		Laboratorio di analisi																																								
0 7		Servizio trasfusione																																								
0 7		Microbiologia e virologia																																								
0 7	05	Direzione sanitaria di presidio																																								
0 7	F	Farmacia ospedaliera																																								
1 6	1	Totale servizi	0	0	0	0	18	9	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0														
1 6	2	Unità spinale																																								
1 6	25	Neuroabilitazione																																								
1 6	3	Recupero e riabilitazione funzionale (impiegati)																																								
		Totale postacuto	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0														
		Totale generale	28	2	11	1	34	37	18	15	14	4	7	2	30	2	10	1	13	1	9	1	33	7	6	14	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6				
		Totale																																								

Allegato 9 Carta geografica con le strutture ospedaliere

