

Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 38/12 del 28.7.2015

**METODOLOGIA DELLA RIORGANIZZAZIONE  
DELLA RETE OSPEDALIERA  
DELLA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

## INDICE:

1. LA RETE OSPEDALIERA.....	3
2. STANDARD POSTI LETTO A CARICO DEL SSR .....	5
3.METODOLOGIA PER LA DEFINIZIONE DELLA DOTAZIONE COMPLESSIVA REGIONALE DI POSTI LETTO .....	7
3.1 Ridefinizione del numero dei ricoveri relativi ai 108 DRG a rischio di inappropriatazza	7
3.2. Definizione dei ricoveri attesi per disciplina in regime ordinario	8
3.3 Determinazione delle giornate di degenza, del numeri di accessi erogabili e dei posti letto complessivi per disciplina a livello regionale	8
3.4 Ripartizione della dotazione di posti letto per disciplina tra erogatore pubblico e privato e allocazione di quelli privati per area omogenea	9
3.5 Attribuzione della dotazione di posti letto per disciplina nei territori regionali di riferimento	9
3.6 Elementi di flessibilità del sistema	11
4. DEFINIZIONE NUMERO MASSIMO DI STRUTTURE COMPLESSE PER SINGOLA DISCIPLINA .....	12
4.1 Bacini Minimi di riferimento	12
4.2 Standard per Strutture semplici e complesse	15
4.3 Definizione dei criteri sulla base dei livelli di riferimento specialistico	16
4.4 Definizione dei criteri sulla base dei posti letto	16
4.5 Definizione dei criteri specifici in rapporto alla tipologia di Presidio	17
4.6 Definizione delle Strutture sulla base dei Regimi Organizzativi	18
4.7 Numero attuale di Strutture Complesse (SC) ospedaliere	18
4.8 Revisione del numero di Strutture Complesse (SC) ospedaliere	18

## 1. LA RETE OSPEDALIERA.

La rete ospedaliera è stata definita utilizzando le seguenti indicazioni:

- adozione delle modalità di calcolo contenute nella Decreto del 02 aprile 2015 n. 70 avente ad oggetto la *“Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, in attuazione dell’articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311” e dell’articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135”* del 21 luglio 2014, art. 1, comma 3 , per quanto attiene la quantificazione dei posti letto equivalenti inerenti la mobilità passiva;
- riconduzione del tasso di ospedalizzazione al valore di 160 per 1.000 abitanti, di cui il 25% riferito ai ricoveri diurni (DH);
- organizzazione della rete dell’emergenza ospedaliera su tre livelli di complessità crescente e dimensionata secondo bacini di popolazione, caratteristiche orografiche del territorio e viabilità;
- articolazione dell’offerta delle specialità a bassa diffusione<sup>1</sup> (ad es. neurochirurgia, cardiocirurgia, grandi ustionati, chirurgia vascolare, toracica, maxillo-facciale e plastica) sulla base dei volumi minimi di attività e/o sulla tempestività della risposta al bisogno specifico di salute, in quanto fattori determinanti sugli esiti;
- organizzazione dei servizi in ragione dei diversi ambiti assistenziali anche per il tramite di integrazioni interaziendali secondo il modello *“Hub”* (mozzo) e *“Spoke”* (raggio);
- definizione di modelli organizzativi dipartimentali e per livelli omogenei di intensità di cura;
- previsione di presidi ospedalieri unici di area omogenea, eventualmente articolati in più stabilimenti, qualora le caratteristiche territoriali, la dislocazione degli insediamenti abitativi e le interazioni socio-sanitarie lo consentano;
- integrazione delle strutture che attualmente non garantiscono i volumi minimi di attività e le associate soglie di rischio necessarie per assicurare l’erogazione delle cure in condizioni di sicurezza, qualità ed efficacia per il cittadino nonché di appropriatezza ed efficienza per il buon funzionamento del Sistema Sanitario;

---

<sup>1</sup> Per alta diffusione si intendono le specialità a minore complessità e maggiormente diffuse sul territorio (es. medicina interna, chirurgia generale, ortopedia...); per media diffusione si intendono le specialità di complessità intermedia (es. neurologia, pneumologia, otorinolaringoiatria...); per bassa diffusione si intendono le specialità di maggiore complessità che devono essere concentrate nei centri di riferimento (es. malattie infettive, neurochirurgia, cardiocirurgia).

- promozione dell'appropriatezza organizzativa e clinica nei diversi setting assistenziali per il tramite:
  - della conversione di alcune attività attualmente erogate in regime di ricovero ordinario e più appropriatamente erogabili in regime diurno;
  - della conversione di alcune attività attualmente erogate in regime diurno in prestazioni ambulatoriali come il Day Service, i Percorsi Ambulatoriali Coordinati (PAC) ed i Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC);
  - della gestione in “*week surgery*” o “*week hospital*” delle attività di ricovero programmato con una degenza attesa inferiore alle 5 giornate.

## 2. STANDARD POSTI LETTO A CARICO DEL SSR

Il fabbisogno massimo di posti letto è stato determinato sulla base dei seguenti calcoli<sup>2</sup>:

- popolazione residente al 01/01/2014: 1.663.859
- posti letto attesi: 6.156 (3,7 x 1.000 abitanti)
- saldo mobilità ospedaliera (in Euro) = - 45.324.267
- stima costo medio annuo per posto letto a livello nazionale: 223.415,62<sup>3</sup>
- posti letto da saldo mobilità da sottrarre al fabbisogno:  $45.324.267 / 223.415,62 = 203$
- applicazione del coefficiente correttivo per il 2015:  $0,80 \times 203 = 162$
- applicazione del coefficiente correttivo dal 2016:  $0,65 \times 203 = 132$
- fabbisogno pesato per mobilità – anno 2015:  $6.156 - 162 = 5994$
- fabbisogno pesato per mobilità – anno 2016/2017:  $6156 - 132 = 6024$
- detrazione dei posti letto di residenzialità c/o strutture territoriali:  $6024 - 235 = 5789$

In coerenza con i suddetti standard, si è proceduto a ridefinire la distribuzione delle discipline e dei posti letto così come di seguito indicato, al fine di superare le criticità dell'attuale rete ospedaliera ed allo scopo di:

- de-ospedalizzare patologie, anche acute, che non richiedono livelli di intensità e complessità di cura e assistenza erogabili esclusivamente in stabilimenti ospedalieri;
- ridurre i ricoveri ripetuti, dovuti alla interruzione del percorso di cura e alla valutazione specialistica al momento della dimissione;
- incrementare l'attività ambulatoriale specialistica e di ricovero a ciclo diurno, erogata dai professionisti ospedalieri;
- definire percorsi che comprendono ulteriori articolazioni organizzative (oltre quella ospedaliera) verso cui orientare il cittadino che deve essere preso in carico per periodi di tempo medio-lunghi (vedi patologie cronico-degenerative).

Per quanto sopra, l'organizzazione dei presidi ospedalieri deve definire:

---

<sup>2</sup> Lo standard prescelto è quello proposto all'art. 1, comma 3 - corretto per la mobilità - riportato nella proposta di Regolamento di "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135" del 21 luglio 2014, di cui alla Conferenza Stato Regioni n.98 del 5 Agosto 2014.

<sup>3</sup> Fonte Ministero della salute.

- moduli specialistici dotati di posti letto accreditati che, nel caso di regime di ricovero ordinario dovranno essere organizzati secondo il modello dell'ospedale settimanale (week-hospital);
- piattaforme di erogazione in regime di ricovero che faranno riferimento all'area di afferenza (medica o chirurgica), anche attraverso la sperimentazione di modelli organizzativi per intensità di cura. Tali piattaforme di erogazione devono garantire la flessibilità nella gestione dei posti letto di area, finalizzata ad una presa in carico specialistica del cittadino maggiormente adeguata alla patologia emergente, al superamento delle criticità organizzative proprie di modelli tanto radicati quanto superati di assegnazione univoca ed esclusiva del posto letto, responsabili di inefficienza e utilizzo poco appropriato dell'ospedale. In quest'ottica, le attività erogate in regime di DS o DH, tranne che per le discipline di oncologia ed oncoematologia, dovrebbero essere effettuate in un'unica area assistenziale (medica o chirurgica);
- piattaforme assistenziali di area nelle quali dovranno ruotare gli specialisti che condividono la cura dei pazienti ricoverati, in stretta relazione professionale e tecnico-scientifica con gli altri nodi della rete e con operatori e strutture extra-ospedaliere presenti nel territorio;
- modalità organizzative che garantiscano la presenza giornaliera nei giorni feriali di professionisti/specialisti di riferimento (ematologia, pneumologia, gastroenterologia, nefrologia) e la pronta disponibilità per la gestione di eventuali urgenze non differibili nelle giornate (festivi e , eventualmente, pre-festivi) e orari (notturni e , eventualmente, pomeridiani) in cui lo specialista non è in servizio attivo. Ciò permetterebbe di acquistare una maggiore efficienza organizzativa, prevedendo l'unificazione dei servizi di guardia medica attiva in un'unica piattaforma di erogazione.

Nell'ambito del numero massimo di posti letto attivabili in Sardegna<sup>4</sup> si è ritenuto di dover tenere distinti quelli attribuiti all'ospedale e polo di ricerca nell'area territoriale della Gallura<sup>5</sup> in ragione del ruolo strategico che ne ha connotato la sua ideazione e classificazione quale ospedale di alta specializzazione, e che lo qualificherà come punto di riferimento per le popolazioni del Mediterraneo meridionale. Si è ritenuto, inoltre di dovere stabilire in 5789 il numero massimo di posti letto attivabili in quanto la differenza tra questi ed il numero massimo attivabile (6156) rappresenta la mobilità passiva non comprimibile ed i posti letto di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa pari o superiore a quella più bassa ospedaliera, tra i quali sono compresi i posti letto degli ospedali di comunità.

---

<sup>4</sup> 6156 posti letto.

<sup>5</sup> DGR n. 24/1 del 26/06/2014.

### 3 METODOLOGIA PER LA DEFINIZIONE DELLA DOTAZIONE COMPLESSIVA REGIONALE DI POSTI LETTO<sup>6</sup>.

La dotazione complessiva regionale di posti letto e la distribuzione territoriale per disciplina sono state definite secondo la metodologia di seguito riportata, tenuto conto del disegno complessivo della rete ospedaliera e della sua articolazione in *Hub* e *Spoke*:

#### 3.1 Ridefinizione del numero dei ricoveri relativi ai 108 DRG a rischio di inappropriatazza.

**Obiettivo:** quantificare e ridurre il numero di ricoveri causati verosimilmente dal ricorso inappropriato all'ospedale, attraverso l'analisi e il confronto con le medie nazionali di un set definito di DRG.

In questa fase si sono considerati i ricoveri per acuti erogati in regione (Base Dati SDO 2013 RAS, produzione + mobilità passiva) relativi ai 108 DRG a rischio di inappropriatazza<sup>7</sup> e si è determinato il tasso di ospedalizzazione 2013 per ciascuno di essi, suddivisi per ASL di residenza. Sono stati esclusi dall'analisi i ricoveri risultanti dalle dimissioni dalla disciplina 31 "Nido". I tassi di ospedalizzazione ottenuti sono stati, quindi, confrontati con i corrispondenti valori di ospedalizzazione DRG specifici a livello nazionale (Rapporto nazionale SDO 2013) e si è proceduto nel modo seguente:

- a. se il tasso di ospedalizzazione DRG specifico osservato per ASL di residenza è risultato inferiore al riferimento nazionale, si è mantenuto il valore osservato;
- b. se il tasso di ospedalizzazione è risultato superiore al riferimento nazionale, sono stati rideterminati (al netto della mobilità passiva extra regione) i ricoveri complessivi DRG specifici per ASL di residenza che si sarebbero dovuti erogare per allinearsi al tasso nazionale osservato, anche nella loro ripartizione fra regime ordinario e diurno;
- c. i ricoveri complessivi rideterminati come al punto b) sono stati riattribuiti alle discipline per acuti che li hanno erogati, proporzionalmente a quanto prodotto dagli erogatori regionali.

**Risultato:** il numero dei ricoveri complessivi rideterminati in regime ordinario è di 176.432, rispetto ai 191.056 osservati (-14.624 ricoveri), mentre quelli in regime diurno passano da 74.884 a 55.866 (-19.018 ricoveri).

---

<sup>6</sup> Fonte dati SDO 2013 RAS e Rapporto nazionale SDO 2013 del Ministero della Salute.

<sup>7</sup> Allegato B Patto per la Salute 2010-2012.

### **3.2 Definizione dei ricoveri attesi per disciplina in regime ordinario.**

**Obiettivo:** promuovere una maggiore specializzazione della rete ospedaliera regionale, attraverso il confronto tra la casistica trattata in regione per disciplina e la corrispondente osservata a livello nazionale.

Sulla base dei soli ricoveri ordinari, ridefiniti per la sola quota in acuti con il metodo di cui al punto 3.1, è stato ricalcolato il tasso di ospedalizzazione regionale per disciplina e confrontato con i corrispondenti livelli di ospedalizzazione disciplina specifici osservati a livello nazionale. L'analisi ha permesso di osservare importanti differenze rispetto al riferimento nazionale e caratterizzate essenzialmente da:

- difetto rilevante fra ricoveri prodotti e ricoveri attesi per tutte le discipline della post-acuzie;
- difetto fra ricoveri prodotti e ricoveri attesi per quasi tutte le discipline di bassa e media diffusione;
- eccesso fra ricoveri prodotti e ricoveri attesi per le discipline di alta diffusione, verosimile conseguenza delle precedenti due condizioni.

**Risultato:** Il delta del tasso di ospedalizzazione osservato, positivo o negativo, è stato riconvertito in ricoveri ordinari attesi per singola disciplina, ridefinendo ulteriormente la Base Dati SDO 2013 RAS.

### **3.3 Determinazione delle giornate di degenza, del numero di accessi erogabili e dei posti letto complessivi per disciplina a livello regionale.**

**Obiettivo:** definire l'offerta assistenziale appropriata a livello regionale in termini di posti letto.

Attraverso la banca dati delle SDO 2013, rideterminata con il metodo di cui ai precedenti punti 3.1 e 3.2 per i ricoveri ordinari ed al punto 3.1 per i ricoveri diurni (con esclusione di tutte le dimissioni dalla disciplina 31 "Nido" e dei ricoveri esitati nel DRG 391 "Neonato sano"), sono state definite per ciascuna disciplina le corrispondenti giornate di degenza (regime ordinario) e il numero complessivo di accessi (regime diurno). Le giornate e gli accessi sono stati calcolati sulla base della degenza media e del numero medio di accessi per disciplina osservati in Regione nella base dati originaria. A seguito della determinazione delle giornate e degli accessi necessari per disciplina, il numero dei letti corrispondenti è stato definito considerando un tasso di occupazione degli stessi pari all'80% per 365 giorni/anno in regime ordinario e per 250 giorni/anno in regime diurno.

**Risultato:** rideterminazione dei posti letto necessari per disciplina specialistica, a livello regionale, per garantire un'adeguata assistenza ospedaliera.



### **3.4 Ripartizione della dotazione di posti letto per disciplina tra erogatore pubblico e privato ed allocazione di quelli privati per area omogenea.**

**Obiettivo:** garantire un corretto equilibrio tra erogatori pubblici e privati nella composizione dell'offerta di assistenza ospedaliera per singola disciplina specialistica, allocazione dei posti privati per area omogenea, introduzioni di criteri di flessibilità.

La proporzione dei pl pubblici e privati è stata calcolata, per ciascuna disciplina, sulla base della dotazione esistente<sup>8</sup>. I pl complessivi per disciplina su base regionale, determinati come specificato al punto 3.3, devono essere assegnati proporzionalmente al pubblico ed al privato (col vincolo di un'assegnazione al privato, per ogni disciplina accreditata, di una quota non eccedente il 50% del totale complessivo regionale, compresi i posti letto previsti dalla DGR 24/1 del 26.6.2014 per l'ospedale e polo di ricerca nell'area territoriale della Gallura salvo quanto specificato al punto 3.5).

I posti letto sono stati ripartiti per area omogenea, ed arrotondati nel totale, distribuendo proporzionalmente gli aumenti o le decurtazioni, al netto dei posti letto assegnati al presidio privato della Gallura, sulla base dei posti letto attualmente accreditati istituzionalmente.

Gli erogatori privati che non si costituiscono in un unico soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento non potranno avere decurtazioni di posti letto che rideterminino il totale (comprensivo sia di acuti che di post acuti) in un numero inferiore a 60. Pertanto, una volta applicato il criterio di cui al passaggio precedente, è onere dell'Assessorato della sanità, sentita la ASL competente per territorio e l'erogatore privato, individuare i posti da riassegnare al fine di raggiungere la soglia minima (60). Tale riassegnazione rientra nel limite indicato nel periodo di seguito riportato.

**Risultato:** rideterminazione dei posti letto per disciplina specialistica, necessari a livello regionale, assegnati agli erogatori pubblici e a quelli privati.

### **3.5 Attribuzione della dotazione di posti letto per disciplina nei territori regionali di riferimento.**

**Obiettivo:** garantire equità di accesso alle prestazioni di assistenza ospedaliera in ragione dei differenti livelli di specializzazione delle cure per quanto attiene gli erogatori pubblici (Tabella 3.1).

---

<sup>8</sup> Modelli di rilevazione ministeriale HSP e procedure regionali di accreditamento.

**Tabella 3.1 Criteri per l'attribuzione della dotazione dei posti letto per disciplina**

Disciplina	DEA II liv		DEA II liv + DEA I rafforzato	DEA II liv + DEA I	Tutti i P.O.	P.O. Oglistara discipline causa reti tempo dipendenti	Stabilimento riferimento regionale	Tasso di occupazione	Incremento su base n p/l osp priv Gallura	Previsione di moduli assistenziali	Specializzazione della rete
	presenza di una sola struttura in ragione bacino d'utenza	presenza di due strutture in ragione bacino d'utenza	presenza di tre strutture in ragione bacino d'utenza								
Cardiochirurgia		x						x			
Chirurgia maxillo-facciale		x									
Chirurgia pediatrica	x								x		
Chirurgia plastica		x									
Chirurgia toracica	x										
Chirurgia vascolare			x								
Grandi ustionati	x										
Malattie endocrine, ricambio e nutrizione	x							x			
Malattie infettive e tropicali			x					x			
Medicina nucleare	x										
Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	x										
Neurochirurgia			x					x			
Neuropsichiatria infantile		x									
Odontoiatria e stomatologia		x									
Onco ematologia pediatrica	x										
Radioterapia	x	x									
Reumatologia		x									
Terapia intensiva					x				x		
Terapia intensiva neonatale			x								
Terapia sub-intensiva					x						
Cardiologia				x		x					x
Unità coronarica				x							x
Dermatologia			x								
Ematologia			x								
Gastroenterologia				x		x					
Geriatrica			x								
Nefrologia				x							
Neonatologia				x		x					
Neurologia				x				x			
Oculistica				x							
Oncologia					x		x				
Otorinolaringoiatria				x							
Pneumologia			x					x			x
Psichiatria										x	
Urologia				x					x		
Chirurgia generale					x		x				
Medicina generale					x						
Ortopedia e traumatologia					x						
Ostetricia e ginecologia					x						

Pediatria					x		x				
Neuroriabilitazione										x	
Unità spinale	x										
Lungodegenti					x						
Recupero e riabilitazione funzionale					x						

**Risultato:** rideterminazione dei posti letto per disciplina specialistica, per Area omogenea, assegnati agli erogatori pubblici.

### **3.6 Elementi di flessibilità del sistema**

**Obiettivo:** rendere il sistema flessibile alle esigenze di assistenza.

Le Aziende sanitarie pubbliche possono concordare con l'Assessorato della Sanità, a seguito di un procedimento motivato, un aumento dei posti letto per Area omogenea, ovvero una variazione nel mix pubblico-privato. Al fine di rendere coerente la presente disposizione con quanto stabilito dal Decreto sugli standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, con la finalità di rispettare il numero massimo di posti di cui al paragrafo 2 (6024 P/L); l'eventuale incremento di posti letto ospedalieri deve corrispondere ad un decremento di quelli previsti, nelle medesime Aree omogenee per gli Ospedali di Comunità.

**Risultato:** consentire alle Asl di rimodulare parzialmente la programmazione sulla base delle esigenze locali.

#### **4. DEFINIZIONE NUMERO MASSIMO DI STRUTTURE COMPLESSE PER SINGOLA DISCIPLINA**

Al fine di rendere coerenti le strutture organizzative delle aziende sanitarie regionali con la rete ospedaliera e con i servizi connessi alla stessa, si rende necessario<sup>9</sup> stabilire il numero massimo di strutture complesse, suddivise per specialità, che possono essere attive. Tale determinazione scaturisce dagli studi effettuati dall'AGENAS<sup>10</sup> e dagli standard definiti a livello nazionale<sup>11</sup>, che si ritiene di adottare.

Nella determinazione del numero massimo delle strutture si è tenuto conto:

1. del Livello/Tipologia del Presidio (DEA di II livello, DEA di I livello, di Base);
2. del livello di diffusione della disciplina (alta, media, bassa diffusione);
3. della popolazione del bacino di riferimento territoriale;
4. dell'attuale situazione di distribuzione/presenza di Strutture Complesse (SC), Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) e Strutture Semplici (SS);
5. dell'esigenza di distinguere tra Strutture di degenza e strutture senza posti letto;
6. dell'obiettivo di razionalizzare il numero di strutture in rapporto a:
  - situazioni di copresenza di strutture per stessa disciplina ricadenti in aree urbane;
  - situazione di copresenza di strutture per stessa disciplina all'interno dello stesso presidio;
7. degli standard definiti dal Ministero per l'individuazione delle strutture semplici e complesse approvati ai sensi del Patto della Salute 2010-2012 il 26 marzo 2012;
8. di particolari esigenze specifiche per alcune discipline (Rianimazione, Psichiatria, etc.).

##### **4.1 Bacini Minimi di riferimento**

Nella determinazione del numero delle strutture complesse, si è fatto riferimento ai bacini minimi per ogni specialità in quanto tutta la Regione Sardegna è classificata come a bassa densità abitativa.

##### **a) Bacini Minimi che prevedono la presenza di due strutture di riferimento**

---

<sup>9</sup> Art. 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135" del 21 luglio 2014.

<sup>10</sup> Monitor n° 27 del 2011.

<sup>11</sup> Art. 1, comma 3 corretto per la mobilità riportato nella bozza di Decreto di "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135" del 21 luglio 2014, di cui alla Conferenza Stato Regioni n. 98 del 5 Agosto 2014.

- ✓ Discipline a Bassa diffusione e ad alta Complessità specialistica
- ✓ In sede di DEA di II livello o eccezionalmente di I livello
  - A Cagliari e Sassari: Cardiocirurgia e rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Maxillo-facciale, Neuropsichiatria infantile, Odontoiatria e stomatologia, Reumatologia, Terapia Intensiva Neonatale (Monserrato)\*.

\*Presso i Presidi di Nuoro e nel DEA di II livello di Cagliari saranno previste U.O. di Rianimazione Neonatale/Pediatria come articolazioni di altre SC.

**b) Bacini Minimi che prevedono la presenza di almeno due strutture di riferimento**

- ✓ Discipline a Bassa diffusione e ad alta Complessità specialistica
- ✓ In sede di DEA di II livello e DEA di I livello ( se già presenti in modo strutturato)
  - A Cagliari, Sassari e Nuoro: Chirurgia vascolare, Malattie Infettive, Neurochirurgia con Rianimazione neurochirurgica, Dermatologia.

**c) Bacini Minimi che prevedono la presenza di strutture diffuse sul territorio**

- ✓ Bacini con popolazione almeno di 150 mila abitanti
- ✓ Discipline a Media diffusione e ad Media Complessità specialistica
- ✓ In sede di DEA di II livello e in alcuni DEA di I livello
- ✓ Nel numero massimo di UNA struttura per singolo PRESIDIO
  - Ematologia, Gastroenterologia, Geriatria, Nefrologia con posti letto, Neonatologia\*

\*Solo nei punti nascita con più di 1.000 nati

**d) Bacini Minimi che prevedono la presenza di strutture diffuse sul territorio**

- ✓ Bacini con popolazione anche inferiore a 150 mila abitanti
- ✓ Discipline ad Alta diffusione e a Bassa Complessità specialistica
- ✓ In sede di DEA di II livello e di I livello, nei presidi di base e nei relativi stabilimenti, nel numero massimo di:
  - Acuti: UNA struttura per singolo PRESIDIO ad eccezione delle Discipline di Medicina (bacino minimo di 80 mila abitanti) e, in pochi casi, di Chirurgia (bacino minimo di 100 mila abitanti), in rapporto al numero di posti letto e di stabilimenti (massimo due strutture);
  - Acuti: nei DEA di II livello e AOU di Cagliari in rapporto a specializzazione (massimo due strutture per STABILIMENTO);
  - Post-Acuti: UNA struttura per singolo PRESIDIO, eventualmente articolata in più stabilimenti.

**e) Bacini Minimi per le discipline senza posti letto**

La dimensione dei bacini minimi di popolazione richiesti per ciascuna struttura complessa (salvo che per l'emodinamica che è semplice) e per singola disciplina è riportata nella tabella 4.1, congiuntamente al numero massimo di strutture complesse previste a livello regionale.

**Tabella 4.1 Strutture massime per discipline senza posti letto**

<i>Disciplina</i>	<i>Bacino minimo (x milione di ab.)</i>	<i>Numero Max di SC</i>
Allergologia	1	2
Anatomia Patologia	0,15	9
Emodinamica (come SSD)	0,3	5
Immunologia e centro trapianti	2	1
Emodialisi	0,3	9
Terapia del dolore	0,3	4
Medicina Nucleare	0,6	1
Oncologia	0,15	7
Radiologia	0,15	11
Radioterapia oncologia	0,6	3
Farmacia Ospedaliera	0,15	9
Laboratorio	0,15	11
Microbiologia e Virologia	0,6	3
Fisica Sanitaria	0,6	2
Servizio Trasfusionale	0,15	7
Neuroradiologia	1	1
Genetica Medica	2	1
Dietetica e Dietologia	0,6	2
Direzione Sanitaria di Presidio	0,15	13
<b>Totale Regione</b>		<b>101</b>

## 4.2 Standard per Strutture semplici e complesse<sup>12</sup>.

L'articolo 12 dell'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, Regioni e le Province Autonome concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, ha confermato il vincolo di crescita della spesa per il personale del SSN di cui all'articolo 1, comma 565, della legge n. 296/2006. In particolare ha definito *“la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi di quanto previsto alla lettera a).* Il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 provvede alla verifica della coerenza dei parametri adottati dalle singole Regioni e Province autonome con uno standard di riferimento adottato dal medesimo Comitato entro il 28 febbraio 2010.”

Il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (di seguito Comitato LEA) ha individuato i citati parametri standard, sulla base dei seguenti principi:

- riconoscimento dell'autonomia programmatica ed organizzativa delle Regioni e Province Autonome;
- finalità di contenimento dei costi, così come previsto dall'art. 12 del Patto per la Salute del 3 dicembre 2009;
- mantenimento degli attuali assetti organizzativi delle Regioni e Province Autonome, soprattutto per quanto attiene l'erogazione dei livelli di assistenza.

Ai fini dell'individuazione dei parametri standard le strutture sono state classificate in:

1. **Strutture Ospedaliere** - Strutture all'interno dei presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli IRCCS pubblici;
2. **Strutture non Ospedaliere** - Strutture dell'area professionale, tecnica ed amministrativa di livello aziendale e le strutture territoriali del dipartimento di prevenzione, dei dipartimenti sovradistrettuali e dei distretti.

Gli Standard per le Strutture Ospedaliere sono riportati nella seguente tabella.

---

<sup>12</sup> Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, seduta del 26.03.2012 ex Art. 12, comma 1, lett. B) Patto per la Salute 2010-2012.

**Tabella 4.2. Standard determinazione Strutture ospedaliere.**

<b>Tipo di Struttura</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>
Strutture Complesse Ospedaliere	Posti letto Pubblici Regione/Strutture Complesse Ospedaliere Regione	17,5 posti letto per Struttura Complessa Ospedaliera
Strutture Semplici totali	Strutture Semplici totali/Strutture Complesse totali	1,31 Strutture Semplici per Struttura Complessa

L'applicazione degli standard definiti dal Comitato LEA, così come riportata nel documento approvato dal Ministero della Salute del 26 marzo 2012, porterebbe all'individuazione teorica negli ospedali pubblici della regione di 298 Strutture Complesse Ospedaliere e 512 Strutture Semplici.

#### **4.3 Definizione dei criteri sulla base dei livelli di riferimento specialistico**

Il documento sopra citato del Comitato LEA del Ministero della Salute prevede la possibilità di modificare i criteri standard sulla base di specifiche esigenze delle Regioni. Nei paragrafi successivi sono rappresentati i criteri specifici regionali per la definizione nel numero massimo delle strutture complesse e semplici ospedaliere.

È stato valutato, innanzitutto, il ruolo di riferimento nella rete ospedaliera regionale svolto dai presidi a maggiore qualificazione, per le discipline specialistiche più rare, nella logica *Hub e Spoke*. In considerazione dei più ampi bacini demografici serviti e dell'esigenza di assicurare nelle strutture di riferimento regionale, adeguati livelli organizzativi, si è ritenuto che:

- tutte le strutture di degenza per discipline a bassa diffusione e alta complessità specialistica sono considerate SC, indipendentemente dal numero di posti letto;
- le strutture a media diffusione e complessità specialistica possono essere considerate SC nei casi di una dotazione di norma superiore ai 12 posti letto
- le strutture di riferimento specialistico sono al massimo UNA per Presidio.

#### **4.4 Definizione dei criteri sulla base dei posti letto**

Ad eccezione delle discipline di riferimento specialistico (di cui al punto precedente), il numero minimo di posti letto per SC è **di norma uguale a 18**, calcolato eventualmente su più stabilimenti dello stesso presidio o su più discipline afferenti alla stessa AREA specialistica.

In considerazione alla peculiarità nell'offerta specialistica ospedaliera per alcune specifiche discipline, è possibile derogare al parametro dei 18 posti letto, nei seguenti casi:



- Psichiatria : numero minimo 15 posti letto;
- Rianimazione/Terapia Intensiva: numero minimo 6 posti letto: in tali casi nella struttura complessa sono accorpate le funzioni della Struttura “Terapia del Dolore” integrata con il territorio;
- Rianimazione/Terapia Intensiva: numero minimo 15 posti letto: in tali casi è possibile attivare una ulteriore SC di “Terapia del Dolore” o altra SC di stessa area specialistica;
- Otorinolaringoiatria: numero minimo 10 posti letto;
- Oculistica: numero minimo 5 posti letto: la Struttura complessa può essere attivata solo nei casi di adeguata casistica operatoria;
- Medicina, Chirurgia, Ortopedia, Ostetricia e Pediatria: numero minimo 20 posti letto, eventualmente raggiungibili con l'accorpamento di posti letto riferiti ad un'Area omogenea di degenza;
- Per le unità di degenza per post-acuti (escluso Unità spinale e Neuroriabilitazione) si può prevedere una unica SC **per ciascun Presidio**: numero minimo 20 posti letto, raggiungibili con l'accorpamento di posti letto post-acuti.

#### 4.5 Definizione dei Criteri specifici in rapporto alla tipologia di Presidio

- Nei DEA di I livello e negli Ospedali di base si prevede una unica SC per discipline a BASSA complessità **per presidio**, ad eccezione (nel numero massimo di due) della Psichiatria nella ASL di Cagliari, della Medicina e in alcuni casi della Chirurgia, in rapporto al numero di posti letto, del bacino teorico di riferimento e degli stabilimenti
- Nei DEA di II livello e nell'AOU di CA, in caso di dotazioni superiori ai 50 posti letto per discipline a BASSA complessità, si possono prevedere più SC **per stabilimento**, nel numero massimo di due, in rapporto a differenti specializzazioni, indirizzi terapeutici o organizzativi
- Nei DEA di II livello, per la disciplina di **Rianimazione/Terapia Intensiva** nei casi di dotazioni superiori ai 25 posti letto, si possono prevedere più SC **per stabilimento** nel numero massimo di due, in rapporto a differenti specializzazioni, indirizzi terapeutici o organizzativi
- In riferimento alle strutture senza posti letto di degenza:
  - Nei DEA di II e I livello e negli Ospedali di base si prevede di norma una SC per disciplina, per ciascun PRESIDIO
  - Nel DEA di II livello di Cagliari e Sassari, possono essere previste più SC di riferimento alla Direzione Sanitaria unica di Presidio Ospedaliero, con numero non superiore al numero degli stabilimenti, in rapporto a specifici obiettivi/programmi organizzativi.

#### 4.6 Definizione delle Strutture sulla base dei Regimi Organizzativi

Nei presidi ospedalieri è possibile attivare un numero limitato di SC, nella proporzione dell'8-10% del numero totale delle SC ospedaliere, riferite a piattaforme di erogazione delle prestazioni, giustificate da ragioni di ordine organizzativo o in relazione ai livelli di intensità delle cure. Esempi di piattaforme di erogazione sono:

- Piattaforme di DH o DS multispecialistiche: SC con più di 20 posti letto
- Piattaforme urgenza-OBI: SC per DEA di I e II livello
- Definizione dei criteri in rapporto alla tipologia di Cura.

#### 4.7 Numero attuale di Strutture Complesse (SC) ospedaliere

Il numero di SC ospedaliere nell'attuale organizzazione degli ospedali della regione è di 372, di cui 297 (80%) assegnate a dirigenti titolari di incarico, 57 (15%) assegnate a dirigenti facenti funzioni e 18 (5%) tuttora vacanti. 238 strutture complesse sono riferite ad unità operative di degenza (64%), mentre le restanti sono attribuibili a discipline o servizi senza posti letto (36%). Dalla rilevazione sono stati esclusi i servizi amministrativi ospedalieri e quelli di supporto alla direzione, presenti generalmente nelle aziende ospedaliere. I dati riassuntivi della rilevazione sono riportati nella tabella seguente.

**Tabella 4.7.1 Rilevazione Strutture Complesse ospedaliere.**

<i>Tipologia di SC</i>	<i>Incarico assegnato</i>	<i>Incarico FF</i>	<i>Incarico vacante</i>	<i>Totale</i>
Senza PL di Degenza	106	19	9	134
Con PL di Degenza	191	38	9	238
<b>Totale complessivo</b>	<b>297</b>	<b>57</b>	<b>18</b>	<b>372</b>

#### 4.8 Revisione del numero di Strutture Complesse (SC) ospedaliere

L'applicazione dei criteri descritti nei punti precedenti, consente di calcolare il numero di strutture complesse attivabili a seguito del riordino della rete ospedaliera. Il numero totale di SC previsto al termine del periodo di conduzione a regime della riorganizzazione sarà di 308 strutture complesse, con un decremento del 17% rispetto al numero attuale (-64). La riduzione è distribuita in termini assoluti quasi equivalenti tra le strutture dotate di posti letto (-31) e quelle senza posti letto (-33). La prima tipologia di strutture include 15 SC riferite a piattaforme di cura introdotte nel calcolo dello standard (1 SC ogni 303 posti letto in media); le SC direttamente riferite all'area di degenza sono rappresentate con un rapporto pari a 1 SC ogni 24 posti letto; se si considerano globalmente anche le SC senza posti letto (1 SC ogni 46

posti letto), si ottiene il rapporto di una SC ospedaliera ogni 15 posti letto, lievemente inferiore rispetto allo standard ministeriale di 17,5.

La riduzione delle SC è compensata dall'incremento di Strutture Semplici (SS) e dalla presenza di 81 Strutture Semplici Dipartimentali (il 20% del numero complessivo di Strutture Semplici) ed è diretta conseguenza di una serie di interventi riorganizzativi illustrati in precedenza e riferibili a:

- riduzione complessiva del numero di posti letto per acuti a livello regionale;
- adozione del modello organizzativo del Presidio unico di area omogenea, che ha consentito di unificare i livelli di organizzazione per funzioni, gestite in modo aggregato nell'ambito del Presidio;
- adozione del modello di programmazione per bacini di popolazione che ha permesso di individuare nei soli ospedali di riferimento regionali alcune discipline di alta specializzazione;
- precisazione delle funzioni dei presidi ospedalieri e degli stabilimenti afferenti alla rete ospedaliera regionale;
- esigenza di ridurre il numero di SC presenti, in alcuni casi, in numero eccessivo all'interno degli stessi stabilimenti ospedalieri.

Nella tabella 4.8.1 sono riportati i dati riferiti al numero massimo delle SC, coerenti con il processo di riordino della rete ospedaliera.

**Tabella 4.8.1 Numero massimo di Strutture Complesse previste.**

	Totale Sardegna	PL/SC	Delta Attuale
<b>Posti letto</b>	<b>4.644</b>		
<b>SC su posti letto x disciplina</b>	192	24	-31
<b>SC su posti letto x piattaforma = 8% delle SC</b>	15	302	
<b>SC NON degenza</b>	101	46	-33
<b>Totale</b>	<b>308</b>	<b>15</b>	<b>-64</b>
<b>SS+SSD</b>	<b>404</b>	<b>11</b>	<b>239</b>
<b>SSD = 20% SS+SSD</b>	<b>81</b>	<b>57</b>	