

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI VIBO VALENTIA

Via Dante Alighieri 89900 Vibo Valentia

DELIBERA DELLA COMMISSIONE STRAORDINARIA

D.P.R. 23.12.2010 - artt. 143 e 146 D. L.vo 18.08.2000 n. 267

N. 941/CS DEL 28/7 /2011

Oggetto: Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 18 del 22 ottobre 2010 - Approvazione Piano Attuativo Riassetto Reti Assistenziali ASP Vibo Valentia.

L'anno duemilaundici il giorno 28 del mese di Luglio la Commissione Straordinaria nominata con D.P.R. 23.12.2010 ha adottato la seguente deliberazione in merito all'argomento in oggetto.

U.O./Ufficio _____

Sulla proposta si esprime parere di regolarità tecnico - procedurale

Il Responsabile del procedimento

(nome e cognome e firma)

Il Direttore U.O./Ufficio

(nome e cognome e firma)

Il Direttore di Dipartimento/Distretto

(nome e cognome e firma)

La Commissione Straordinaria

Premesso:

- che la Regione Calabria, con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 18 del 22 ottobre 2010 ha approvato i seguenti documenti tecnici denominati:
 - “Il riordino della rete ospedaliera”
 - “Il riordino della rete emergenza/urgenza”
 - “Il riordino della rete territoriale”;

Dato atto:

- che il citato provvedimento regionale dispone che le Aziende presentino un piano attuativo coerente con il riassetto delle tre reti di cui in premessa;
- Che l'ASP di Vibo Valentia ha predisposto il “Piano Attuativo Riassetto Reti Assistenziali ASP Vibo Valentia”
- che il citato piano attuativo prevede l'attivazione di alcune strutture semplici, necessarie ad assicurare i livelli minimi di assistenza, non contemplate dal DPGR 18/2010(SS Malattie Infettive presso P.O. di Vibo Valentia, SS Endoscopia Presso P.O. Vibo Valentia, SS Medicina Generale presso P.O. Serra S. Bruno), come da motivazioni esplicitate nello stesso piano attuativo;

Ritenuto di dover provvedere in merito;

Visto il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 18 del 22 ottobre 2010;

Delibera

Per i motivi esposti in premessa, qui da intendersi integralmente riportati e trascritti:

Di approvare il Piano Attuativo Riassetto Reti Assistenziali ASP Vibo Valentia allegato al presente atto deliberativo;

Di trasmettere il presente provvedimento:

- all'Ufficio del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Calabria c/o Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie
- al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, Via Buccarelli, 30 - CATANZARO
- alle OO.SS..

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Sanitario Aziendale
Dott. Mario Tarabbo

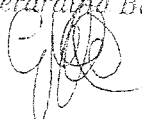


La Commissione Straordinaria

Dott.ssa Rosanna Bonadies



Dott.ssa Gerardinna Basilicata



Dott. Marco Serra



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione viene affissa all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria in data _____/_____/2011 e vi resterà per 15 giorni consecutivi.

Vibo Valentia lì _____/_____/2011

Il Dirigente Amministrativo

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo.

Vibo Valentia lì _____/_____/2011

Il Dirigente Amministrativo



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI VIBO VALENTIA

PIANO ATTUATIVO

RIASSETTO RETI ASSISTENZIALI ASP DI VIBO VALENTIA

(Rete Ospedaliera - Rete Emergenza Urgenza - Rete Territoriale)

DPGR n. 18/2010

*Allegato alla delibera della Commissione Straordinaria
n. 941/CS del 28/7/2011*



Presentazione del Piano

Il presente piano attuativo locale di riassetto delle tre reti assistenziali Ospedaliera, Emergenza – Urgenza e Territoriale, è redatto in esecuzione delle disposizioni di cui al Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 18 del 22 ottobre 2010 per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria.

Il piano attuativo locale è articolato in tre sezioni, una per ciascuna delle tre reti assistenziali, ospedaliera, emergenza-urgenza e territoriale.

Il processo di attuazione nell'ASP di Vibo Valentia, dei provvedimenti di riordino e razionalizzazione delle reti assistenziali definito in coerenza con il DPGR 18/2010, già avviato per l'Ospedale di Soriano Calabro, dovrà concludersi entro il 30 marzo 2012 con la riconversione dell'Ospedale di Serra S. Bruno ed è volto alla razionalizzazione nell'uso delle risorse e alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria che dovrà essere efficiente e adeguata a rispondere ai diversi fabbisogni di assistenza della popolazione.

I concetti di qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, continuità assistenziale e integrazione ospedale/ territorio, nonché di governo economico e razionale uso delle risorse, fondamento dei processi operativi e di miglioramento previsti nel presente piano attuativo, ciò nella consapevolezza che l'obiettivo prioritario è rappresentato dalla centralità del cittadino-utente soddisfatto nei suoi bisogni sanitari e assistenziali e dal rispetto dei vincoli stabiliti dalla programmazione regionale e dalla razionalizzazione e contenimento della spesa.

Il presente piano ridefinisce l'articolazione delle strutture organizzative e logistiche in coerenza con i provvedimenti di riordino relativi alla rete ospedaliera, alla rete dell'emergenza-urgenza e alla rete territoriale, mentre l'adozione del nuovo atto aziendale, che sarà formalizzato successivamente, determinerà il complessivo riassetto organizzativo e di funzionamento dell'ASP.

Occorre, inoltre, evidenziare talune criticità relative al piano di riordino della rete ospedaliera emerse in sede di adozione del piano attuativo che sono sinteticamente riassunte in apposita relazione allegata.

La Commissione Straordinaria



Sezione 1

Riordino Rete Assistenziale Ospedaliera



PREMESSA

Con Decreto n. 18 del 22 ottobre 2010, adottato dal Presidente della Giunta Regionale nella qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, è stato approvato il riassetto della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e della rete dei servizi territoriali, prevedendo rilevanti e significativi interventi di razionalizzazione e miglioramento complessivo dell'assistenza sanitaria da rendere ai cittadini calabresi.

Nel quadro degli interventi previsti dal citato provvedimento e con specifico riferimento al riordino della rete ospedaliera, occorre, da una parte considerare i profondi cambiamenti, organizzativi, assistenziali e anche culturali, che nel loro complesso assumono i presidi ospedalieri di cui si compone la nuova rete ospedaliera regionale, basata sul modello Hub e Spoke, ivi compresi gli aspetti relativi ai costi ed alla sostenibilità economica, e dall'altra tenere conto del nuovo e diverso ruolo che il Presidio Ospedaliero Unico di Vibo Valentia assume nell'ambito del riordino della rete ospedaliera regionale.

I temi di maggiore significato per il riassetto della rete ospedaliera regionale sono stati tenuti in debita considerazione anche per il riassetto della rete ospedaliera dell'ASP di Vibo Valentia, come di seguito riportato.

1) Consumo eccessivo di ricoveri ospedalieri

In Calabria si effettuano 397.556 ricoveri all'anno, di cui, 12.375 riguardano cittadini residenti in altre regioni (mobilità attiva), mentre quelli riferiti a cittadini residenti nella regione sono 385.181, cui vanno aggiunti 65.738 ricoveri resi a cittadini calabresi dai presidi ospedalieri di altre regioni (mobilità passiva). Il dato complessivo evidenzia che i cittadini calabresi consumano 450.919 ricoveri ospedalieri all'anno, corrispondenti ad un tasso di ospedalizzazione pari a 224 ricoveri per 1000 abitanti, pertanto significativamente distante dallo standard nazionale di 144 ricoveri ogni 1000 abitanti per i ricoveri ordinari e di 36 ricoveri ogni 1000 abitanti per i ricoveri in regime di Day Hospital.

Lo stesso dato analizzato per le tre aree geografiche nord, centro e sud della Calabria evidenzia che: nell'area nord con 733.508 abitanti il tasso di ospedalizzazione è pari a 214 ricoveri per 1000 abitanti; nell'area centro con 708.694 abitanti il tasso di ospedalizzazione è pari a 238 ricoveri per 1000 abitanti; nell'area sud con 566.507 abitanti il tasso di ospedalizzazione è pari a 221 ricoveri per 1000 abitanti.

Pertanto il tasso di ospedalizzazione è alto in tutte le aree con il valore maggiore nell'area centrale.

2) Il 25% dei ricoveri totali risultano inappropriati

L'analisi sui fabbisogni di ricovero riportata nel piano di riordino della rete ospedaliera evidenzia che dei 397.556 ricoveri complessivi che ogni anno consumano i cittadini calabresi all'interno della Regione una rilevante quota circa il 25% pari a quasi 100.000 ricoveri sono ritenuti inappropriati secondo gli standard definiti a livello nazionale (allegato A e B patto della salute 2010-2013).



2012). Si pone pertanto un problema rilevante di appropriatezza dei ricoveri e quindi le misure adottate tendono ad incrementare l'appropriatezza dei ricoveri con passaggio dal regime di ricovero ordinario al regime di ricovero diurno e dal regime di ricovero diurno all'assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliare, ciò a parità di beneficio per gli assistiti e a minore costo per il SSR.

3) Adeguamento del fabbisogno di posti letto in relazione ai ricoveri appropriati

I posti letto oggi esistenti in Calabria sono 7.576 di cui 5.210 pubblici e 2.366 privati accreditati, ciò corrisponde a 3.77 posti letto per 1000 abitanti. Il dato apparentemente potrebbe sembrare in linea con lo standard nazionale, ma in realtà, in considerazione che la popolazione calabrese è più giovane rispetto alla media nazionale e quindi consuma meno prestazioni di ricovero, induce a valutare una riduzione del 5% del fabbisogno di posti letto che aggiunti al 15% di posti letto utilizzati dai cittadini calabresi presso i presidi delle altre regioni (mobilità passiva) determina un fabbisogno di p.l. per le prestazioni di ricovero appropriati, ad un tasso standard di utilizzo degli stessi di almeno l'80%, che porta ad un numero di p.l. corretto pari a 3.2 p.l. per 1000 abitanti ovvero ad un numero complessivo di posti letto programmati per la nuova rete ospedaliera regionale pari a 6.395 di cui 4.825 pubblici e 1.570 privati accreditati.

Il dato dei posti letto attuali, esaminato per area geografica in confronto al fabbisogno programmato di 3.2 p.l. per 1000 abitanti, evidenzia che nell'area nord si riscontrano 3.84 pl x 1000 abitanti; nell'area centro si riscontrano 4.03 pl x 1000 abitanti; nell'area sud si riscontrano 3.37 pl x 1000 abitanti.

Lo squilibrio maggiore si riscontra quindi nell'area centro, dove nell'ASP di Vibo Valentia si registra un numero di posti letto pari a 1,91 p.l. per 1000 abitanti (319), nell'ASP di Catanzaro si registra un numero di p.l. pari a 4,62 p.l. per 1000 abitanti (1.700) e nell'ASP di Crotona si registra un numero di p.l. pari a 4,84 pl. per 1000 abitanti (839).

Pertanto nella Provincia di Vibo Valentia, il fabbisogno di posti letto è, per acuzie, dell'ordine del 2,5 per mille abitanti, mentre per postacuzie è dell'ordine dello 0,7 per mille abitanti.

IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA REGIONALE

I dati oggettivi sinteticamente sopra evidenziati, unitamente ai rilevanti dati di costo sostenuti e tenuto anche conto della integrazione della rete ospedaliera con la rete dell'emergenza urgenza, hanno determinato una programmazione della nuova rete ospedaliera regionale che a fronte degli attuali 36 presidi ospedalieri esistenti risulta composta da 17 ospedali regionali, un ospedale universitario e quattro ospedali di zona montana. La nuova rete ospedaliera regionale strutturata secondo il modello Hub e Spoke è quindi stata globalmente ridefinita in 3 ospedali Hub, 1 ospedale universitario, 10 ospedali SPOKE e 4 ospedali generali.

Inoltre il provvedimento di riordino della rete ospedaliera regionale interviene per ciascuna delle tre aree geografiche in cui è stata suddivisa la regione (nord, centro e sud) definendo sia le strutture ospedaliere e la loro tipologia nel modello Hub e Spoke per come



sopra indicato, sia il numero di posti letto complessivo pubblici e privati, riportandolo entro lo standard nazionale (3.2 x1000 di cui 0.7 dedicato alla lungodegenza e alla riabilitazione post-acuzie) - patto per la salute 2010-2012.

Al fine di riportare l'eccessivo numero di ricoveri che annualmente consumano i cittadini calabresi nello standard nazionale (144 ricoveri x 1000 abitanti) allo stato definito dal patto per la salute 2010-2012 e governare quindi la rilevante quota di circa 100.000 ricoveri inappropriati che ogni anno si registrano nella nostra regione sono stati introdotti significativi interventi quali il passaggio dal regime di ricovero ordinario al regime di ricovero diurno e dal regime di ricovero diurno all'assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliare oltre al trasferimento di una serie di prestazioni dalla sedi ospedaliere a quelle ambulatoriali, ciò non solo a parità di beneficio per gli assistiti ma anche a minore costo per il SSR tenuto anche conto della quota di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini prevista per le prestazioni ambulatoriali.

II. CAMBIAMENTO SOSTANZIALE DEL RUOLO DELL'OSPEDALE

Un punto fermo del nuovo modello di organizzazione dell'ospedale dovrà essere la centralità del paziente (facilitazione dell'accesso ai servizi e ai percorsi, equità nella possibilità di fruizione delle prestazioni, umanizzazione e comfort delle strutture, de burocratizzazione) integrando l'innovazione tecnologica con gli aspetti relativi al governo clinico (efficacia, efficienza, appropriatezza, sicurezza, qualità tecnica e qualità percepita).

Il provvedimento di riassetto della rete ospedaliera e di razionalizzazione e miglioramento dell'assistenza ospedaliera ridefinisce il ruolo degli ospedali, strutture ad alta tecnologia per la diagnosi e il trattamento dei ricoveri di maggiore complessità, urgenti e programmati, strettamente integrati con gli altri punti della rete ospedaliera regionale e con i servizi territoriali residenziali e domiciliari, di diagnostica e specialistica ambulatoriale che fungono da filtro a ricoveri inappropriati.

L'ospedale moderno si sta oggi focalizzando sulle cure intensive e sulla fase prettamente acuta del decorso delle malattie dove la criticità delle condizioni giustifica l'alto impegno di risorse scientifiche, professionali ed economiche, spostando su altri livelli assistenziali ciò che non ha le stesse esigenze.

I pazienti che possono essere gestiti o con accessi limitati agli ospedali (cure ambulatoriali o giornaliere) o presso strutture non dotate di alte tecnologie e cure intensive (residenze sanitarie, strutture protette, assistenza domiciliare) devono trovare in tali sedi la risposta ai loro bisogni.

Questa impostazione deriva soprattutto dalla constatazione che mantenere una struttura ospedaliera ha dei costi elevatissimi, che devono essere rapportati all'effettivo vantaggio dell'utilizzo di questa forma di erogazione dell'assistenza.



Vi sono poi anche problemi di competenza, perché concentrare l'esperienza dei professionisti sui casi complessi, significa qualificarne ed aggiornarne continuamente il repertorio di conoscenze (clinical competence), e quindi garantire i migliori risultati nei casi più critici.

Occorre, quindi, da un lato concentrare nell'ospedale le terapie complesse e le alte tecnologie e, dall'altro, potenziare le strutture territoriali dedicate alla diagnosi, alla prevenzione, ai controlli ed alla presa in carico delle cronicità.

Ciò significa sviluppare ulteriormente la rete dei servizi territoriali, differenziandoli a loro volta per complessità e tipologia di assistenza, per assistere tutti i pazienti che non sono più assegnati in carico all'ospedale.

IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA DELL'ASP DI VIBO VALENTIA

La rete ospedaliera dell'ASP di Vibo Valentia, è oggi costituita dagli Ospedali di Vibo Valentia, Serra S. Bruno, Soriano Calabro e Tropea.

Si aggiunge una Casa di Cura privata accreditata.

Gli interventi di riordino della rete ospedaliera locale prevedono la riconversione dell'Ospedale di Soriano Calabro in Centro di Assistenza Primaria Territoriale (C.A.P.T.), e dell'Ospedale di Serra S. Bruno in Ospedale di Zona Montana, mentre l'Ospedale di Vibo Valentia funzionerà da centro SPOKE e l'Ospedale di Tropea da Ospedale Generale.

Si realizza così una riduzione dei posti letto ospedalieri concentrata nelle strutture minori, affinché la riorganizzazione si accompagni, da una parte a miglioramenti dell'efficienza e a riduzioni della spesa e dall'altra l'incremento dell'offerta appropriata dell'erogazione di prestazioni sanitarie territoriali a fronte della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera.

Si immesca quindi un circolo virtuoso che, togliendo ricoveri inappropriati agli ospedali, libera presso gli stessi una capacità produttiva che può essere utilizzata per ristrutturare la rete ospedaliera, che sarà composta dai presidi classificati come SPOKE e Ospedale Generale, in grado di garantire la sicurezza e la qualità delle cure nonché una riconversione delle altre strutture per l'attività territoriale, di cui la Provincia di Vibo Valentia ha un fabbisogno notevole.

E' pertanto necessario provvedere a quanto riportato sinteticamente nella seguente tabella.



Posti Letto attuali

TERRITORIALE			OSPEDALIERA				TOTALE
ADI	Residenzialità extraospedaliera pubbl.+priv.	Totale	Acuzie Pubblico	Acuzie Privato	Postacuzie pubbl.+priv.	Totale	
0	152	152	263	36	20	319	471

Posti Letto DPGR 18/2010

TERRITORIALE			OSPEDALIERA				TOTALE
ADI	Residenzialità extraospedaliera pubbl.+priv.	Totale	Acuzie Pubblico	Acuzie Privato	Postacuzie pubbl.+priv.	Totale	
3	177	180	222	22	125	369	549

Differenza Posti Letto

TERRITORIALE			OSPEDALIERA				TOTALE
ADI	Residenzialità extraospedaliera pubbl.+priv.	Totale	Acuzie Pubblico	Acuzie Privato	Postacuzie pubbl.+priv.	Totale	
3	25	28	-41	-14	105	50	78



- Incremento complessivo dei posti letto ospedalieri e territoriali, pubblici e privati accreditati, ricadenti nel comprensorio dell'ASP di Vibo Valentia **da n. 471 a n. 549**, (per un totale di n. 78 posti letto, di cui n. 50 ospedalieri e n.28 territoriali) ed in particolare:
 - incremento dell'attuale numero di posti letto ospedalieri, per acuzie e post acuzie, **da n. 319** (ovvero 1,91 ogni 1000 abitanti a fronte di un fabbisogno standard di 3.2 per 1000) **a n. 369** (per un totale di n. 50 posti letto), come di seguito specificato.
 - riduzione dei posti letto per acuzie: **da n. 299** di cui n. 263 pubblici e n. 36 privati convenzionati **a n. 244** (per un totale di n. 55 posti letto), di cui n. 222 pubblici e n. 22 privati convenzionati, con i seguenti effetti: 41 p.l. pubblici in meno e 14 p.l. privati convenzionati in meno.
 - incremento dei posti letto postacuzie, pubblici e privati convenzionati, **da n. 20 a n. 125** (per un totale di n. 105 posti letto)
- incremento dei posti letto pubblici territoriali: **da n. 152** tra pubblici e privati convenzionati **a n. 180**, procedendo all'attivazione di n. 25 posti letto di residenzialità extra ospedaliera e di n. 3 posti letto equivalenti ADI.
- riduzione dell'eccessivo tasso di ospedalizzazione che denota una significativa percentuale di inappropriatazza delle prestazioni di ricovero oggi rese.
- incremento dell'offerta appropriata dell'erogazione di prestazioni sanitarie territoriali a fronte della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera.

In riferimento al previsto incremento di n. 105 posti letto post acuzie di cui al DPGR 18/2010, si fa presente che l'ASP di Vibo Valentia, per carenza di risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative, non potrà attivare in tempi brevi i posti letto aggiuntivi.

Occorre inoltre evidenziare che si rendono necessari interventi di adeguamento e ammodernamento strutturale e tecnologico delle strutture aziendali in relazione al nuovo ruolo che le stesse assumono nel disegno delle nuove reti, ospedaliera, emergenza urgenza e territoriale, con particolare riferimento all'attivazione delle nuove unità operative e dei servizi previsti dal piano di riordino regionale, nonché al riassetto e alla ricollocazione organizzativa e logistica di quelle già esistenti in una logica di ospedale per intensità di cura che l'azienda intende dare al presidio ospedaliero unico aziendale.

L'obiettivo più generale per il riassetto del Presidio Unico Ospedaliero di Vibo Valentia è quello di mettere al centro della struttura il paziente e organizzare l'assistenza per intensità di cura mediante un forte coordinamento e l'integrazione delle discipline dell'area dipartimentale: ciascun paziente indirizzato verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi (Medico /Infermiere referente), per favorire l'appropriatezza nell'uso delle strutture ed un'assistenza qualificata continua e personalizzata.



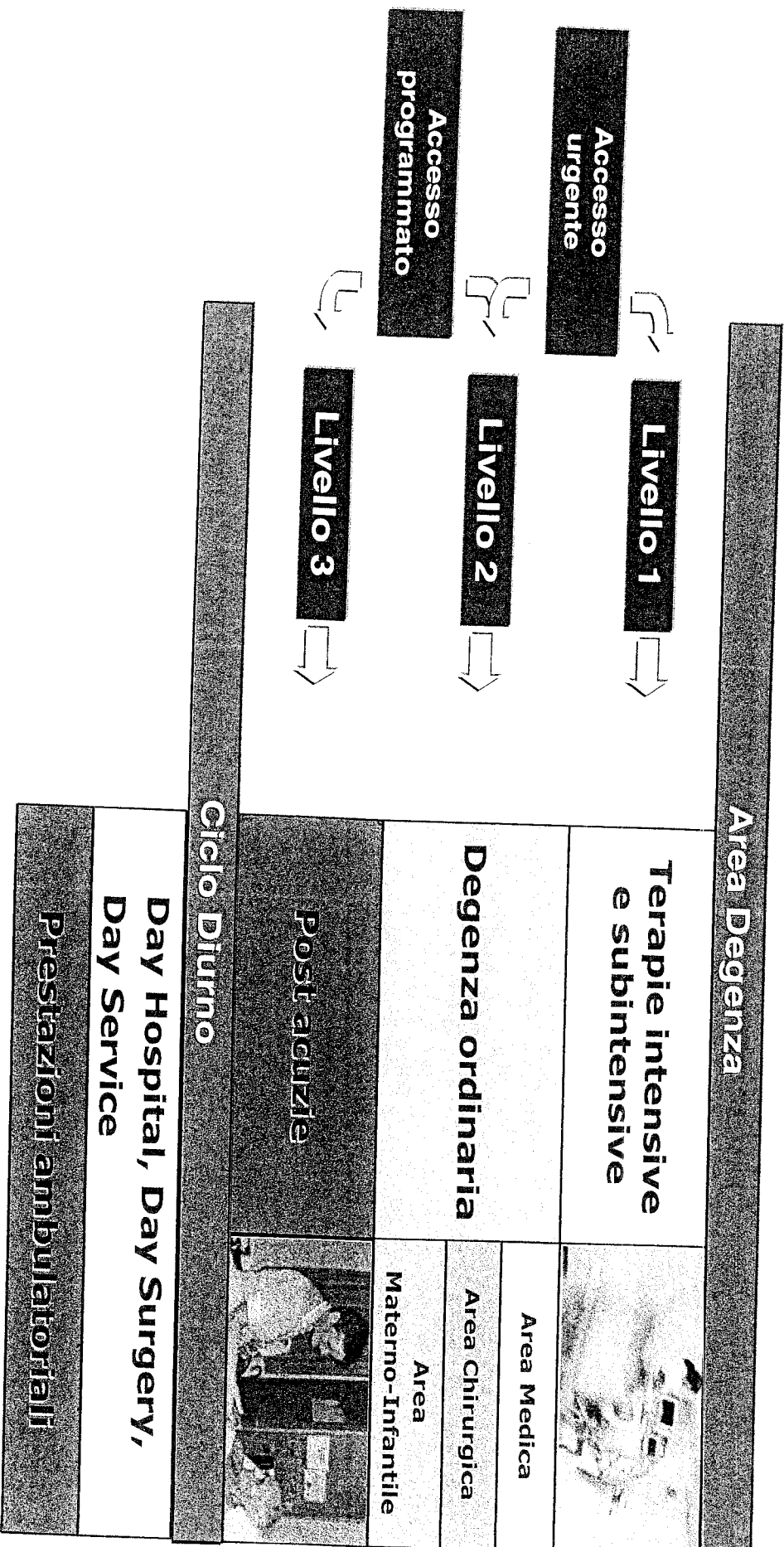
Occorre pertanto sviluppare nuovi ruoli che consentano il superamento dell'organigramma consolidato, la riorganizzazione e differenziazione delle responsabilità clinico-assistenziali-gestionali sia in ambito medico che infermieristico, l'integrazione intraprofessionale ed interprofessionale, l'introduzione di modelli di lavoro multidisciplinari, per processi ed obiettivi, con definizione di linee guida e protocolli condivisi e la focalizzazione sulle necessità del paziente secondo criteri di continuità di cura ed intensità assistenziale.

Inoltre la riorganizzazione dell'ospedale per intensità di cura, configurando sempre più il momento ospedaliero come il momento dell'acuzie, richiede una qualificazione dell'offerta territoriale che garantisca la qualità della presa in carico del paziente, rispondendo contemporaneamente alle esigenze di appropriatezza e di uso efficiente delle risorse.

Qui di seguito si riporta lo schema organizzativo di riferimento per il riassetto del P.U.O. di Vibo Valentia sul modello Ospedale per intensità di cura.



L'OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURE





IL RIASSETTO DEL PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO DI VIBO VALENTIA

Nella nuova rete ospedaliera regionale basata sul modello Hub e Spoke, il Presidio Unico Ospedaliero dell'ASP di Vibo Valentia comprende il centro SPOKE di Vibo Valentia, l'ospedale generale di Tropea e l'ospedale di zona montana di Serra S. Bruno.

Il Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia, centro SPOKE, è dotato di Dipartimento di Emergenza Urgenza di primo livello (DEA) e Servizi di diagnosi e cura e servizi di supporto e generali.

Relativamente alla diffusione, sono presenti specialità ad alta e altissima diffusione dell'area dell'emergenza, dell'area medica, dell'area chirurgica, dell'area materno infantile, dell'area psichiatrica, dell'area di supporto e dell'area dei servizi. Le Strutture Operative sono organizzate in Aree Funzionali Omogenee, dipartimentali.

I dipartimenti sono costituiti da unità operative omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale e/o gestionale.

Le strutture che afferiscono ai dipartimenti sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale volta al processo assistenziale, nonché a garantire risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati.

1) *Il Dipartimento di emergenza urgenza ed Accettazione* assicura l'erogazione dei servizi, delle prestazioni e delle attività sanitarie correlate a situazioni di urgenza ed emergenza medica, con l'obiettivo di costruire un sistema a rete che integri territorio ed ospedale, compie 24 ore su 24, interventi diagnostico terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento al centro Hub o ad altri centri di riferimento, secondo protocolli definiti per le patologie di maggiore complessità. Il dipartimento di emergenza assicura, nell'arco delle 24 ore ed anche attraverso le unità operative specialistiche di cui è dotato l'ospedale:

- funzioni di pronto soccorso;
- interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici, pediatrici e psichiatrici;
- osservazione breve intensiva, assistenza cardiologica e rianimatoria;

Al Dipartimento afferisce la Centrale Operativa SUEM 118, ove affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria e gestisce il sistema di *allarme sanitario*, previa valutazione del grado di complessità della richiesta. Garantisce il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito del territorio aziendale, dispone l'invio di mezzi di soccorso, attiva le postazioni territoriali, la continuità assistenziale ed i presidi ospedalieri.



Afferiscono al DEA le Unità Operative di:

- Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza dotata di posti letto tecnici di osservazione breve intensiva (OBI) e di tecniche di triage infermieristico,
- Anestesia e Rianimazione dotata di posti letto di Terapia Intensiva,
- SUEM 118.

2) *Il Dipartimento di Medicina* si compone delle seguenti Strutture Operative con degenza:

- Cardiologia,
- UTIC,
- Medicina Generale,
- Malattie Infettive,
- Nefrologia,
- Neurologia,
- Oncologia,
- Pediatria
- Nido
- Neonatologia
- Recupero e Riabilitazione Funzionale.

3) *Il Dipartimento di Chirurgia* si compone delle seguenti Strutture Operative con degenza:

- Chirurgia Generale,
- Oculistica,
- Ortopedia,
- Otorinolaringoiatria,
- Urologia,
- Ostetricia e Ginecologia.



4) *Il Dipartimento dei Servizi* si compone delle seguenti Strutture Operative:

- Anatomia Patologica,
- Radiologia,
- Laboratorio,
- Servizio Immunematologia e Centro Trasfusionale,
- Servizio di Endoscopia,
- Farmacia.

5) *Il Dipartimento di Salute Mentale* espleta la sua attività ospedaliera nella Struttura Operativa Complessa Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

6) *Il Dipartimento funzionale Materno Infantile* cui afferiscono, funzionalmente, le Strutture Operative ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Nido e Neonatologia.

Per ogni Area Dipartimentale, al fine di poter assicurare correttamente i propri compiti e funzioni nonché le relative attività di assistenza ospedaliera (preospedalizzazione - ricovero ordinario - day hospital - day surgery - attività ambulatoriale e day service - dimissione protetta - ospedalizzazione a domicilio) sono attribuite specifiche risorse strutturali, tecnologiche e di personale. Il funzionamento e la delineaazione delle attività di ciascuna Area Dipartimentale del presidio saranno definiti con l'adozione di nuovo atto aziendale.

La struttura Operativa Complessa di Direzione Sanitaria del Presidio Unico Ospedaliero, è responsabile delle funzioni igienico-organizzative e dell'appropriato uso delle risorse dell'intero presidio. Tali funzioni sono esercitate mediante il coordinamento dei Direttori di Unità Operativa.

Il presidio ospedaliero di Vibo Valentia, così come ridefinito, oltre ad assicurare tutte le prestazioni oggi erogate, sia pure diversamente strutturate dal punto di vista organizzativo, assicurerà anche le prestazioni delle nuove strutture operative, di cui il piano regionale prevede l'attivazione quali: Neonatologia, Riabilitazione e Recupero Funzionale e Anatomia Patologica.



POSTI LETTO, DISCIPLINE E UNITÀ OPERATIVE

Le seguenti tabelle di sintesi riportano il quadro generale degli interventi di riordino della rete ospedaliera pubblica. I posti letto, le discipline e le unità operative complesse e semplici del Presidio Unico Ospedaliero dell'ASP di Vibo Valentia sono

quelle stabilite dall'allegato 1 del DPGR n. 18/2010, aggregate in quattro aree funzionali omogenee dipartimentali e risultano definiti per come indicato nella **Tabella 1**.

Nella **Tabella 2** è riportato il quadro complessivo dei posti letto e delle discipline del presidio dopo il riassetto a confronto con la situazione preesistente.

cod. spec.	Denominazione	204 ASP Vibo Valentia Totale P.O.				DIP. AREA MEDICA				DIP. AREA CHIRURGICA				DIP. AREA MATERNO INFANTILE				DIP. AREA SERVIZI DI SUPPORTO				DIP. AREA URGENZA E ACCETT.			
		posti letto		1 deg	2 deg	3 ser	4 serv	posti letto		1 deg	2 deg	3 ser	4 serv	posti letto		1 deg	2 deg	3 ser	4 serv	posti letto		1 deg	2 deg	3 ser	4 serv
		SC	SS	SS	SS	SC	SS	SS	SS	SC	SS	SS	SS	SC	SS	SS	SS	SS	SS	SC	SS	SS	SS	SS	SS
8	Cardiologia	9	1					9	1																
24	Malattie infettive	11	1	1				11	1	1															
26	Medicina generale	14	1	1				14	1	1															
29	Neftologia	6	1	1				6	1	1															
32	Neftologia	17	1	1				17	1	1															
9	Chirurgia generale	22	1	1				22	1																
34	Oculistica	4	1	1				4	1																
36	Ortopedia e traumatologia	22	1	1				22	1																
38	Otomoiaringoiatria	4	1	1				4	1	1															
43	Urologia	8	1	1				8	1	1															
37	Ostetricia e ginecologia	18	1	1				18	1	1															
39	Pediatria	8	1	1				8	1	1															
62	Neonatalogia	4	1	1				4	1	1															
49	Anestesia e Rianimazione (Terapia Intensiva)	6	1	1				6	1	1															
50	Unità coronarica	8	1	1				8	1	1															
40	SPDC (**)	6	1	1				6	1	1															
Totale acuti		163	12	5	0	0	83	5	5	0	74	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	Nido (letti tecnici)	18					18																		
54	Emodialisi (letti tecnici)	12					12																		
51	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza con OBI (letti tecnici)	6	1				6	1		1															
3	Anatomia patologica																								
61	Servizio Endoscopia																								
89	Radiologia																								
9901	Laboratorio analisi																								
9903	Servizio trasfusione																								
DS	Direzione sanitaria di presidio																								
F	Farmacia																								
Totale Servizi		36	1	0	6	4	30	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
56	Ricupero e riabilitaz. funzionale																								
56	Riabilitazione cardiologica																								
56	Riabilitazione neuromotoria																								
60	Lungodegenza																								
Totale non acuti		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Totale generale		199	13	5	6	4	113	5	5	1	74	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	12	2	

(**) I posti letto e la struttura complessiva di SPDC, pur conteggiati nell'Area Medica, afferiscono funzionalmente al Dipartimento di Salute Mentale.

cod. spec.	Denominazione	Riassetto P.O. di Serra S Bruno - POSTI LETTO E CORRELATE STRUTTURE ORGANIZZATIVE																							
		204 ASP Vibo Valentia				DIP. AREA MEDICA				DIP. AREA CHIRURGICA				DIP. AREA MATERNO INFANTILE				DIP. AREA SERVIZI DI SUPPORTO				DIP. AREA EMERGENZA URGENZA E ACCET.			
		post letto			post letto			post letto			post letto			post letto			post letto			post letto			post letto		
			1 deg	2 deg	3 ser	4 ser	1 deg	2 deg	3 ser	4 ser	1 deg	2 deg	3 ser	4 ser	1 deg	2 deg	3 ser	4 ser	1 deg	2 deg	3 ser	4 ser			
26	Medicina generale	20					20																		
	Totale acuti	20	0	1	0	0	20	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
54	Emodialisi (Letti tecnici)																								
89	Radiologia																								
87	Anestesia e rianimazione																								
51	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza																								
9901	Laboratorio analisi																								
DS	Direzione sanitaria di presidio																								
F	Farmacia																								
	Totale Servizi	9	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
60	Lungodegenza	10					10																		
	Totale non acuti	10	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Totale generale	39	0	1	0	0	39	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

cod. spec.	Denominazione	Riassetto P.O. di Tropea - POSTI LETTO E CORRELATE STRUTTURE ORGANIZZATIVE																							
		204 ASP Vibo Valentia				DIP. AREA MEDICA				DIP. AREA CHIRURGICA				DIP. AREA MATERNO INFANTILE				DIP. AREA SERVIZI DI SUPPORTO				DIP. AREA EMERGENZA URGENZA E ACCET.			
		post letto			post letto			post letto			post letto			post letto			post letto			post letto			post letto		
			1 deg	2 deg	3 ser	4 ser	1 deg	2 deg	3 ser	4 ser	1 deg	2 deg	3 ser	4 ser	1 deg	2 deg	3 ser	4 ser	1 deg	2 deg	3 ser	4 ser			
26	Medicina generale	22					22																		
29	Neurologia																								
9	Chirurgia generale	2					2																		
	Totale acuti	15	1	1	1	1	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
54	Emodialisi (letti tecnici)																								
64	Oncologia (Letti tecnici)																								
89	Radiologia																								
87	Anestesia e rianimazione																								
51	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza																								
9901	Laboratorio analisi																								
DS	Direzione sanitaria di presidio																								
F	Farmacia																								
	Totale Servizi	21	0	0	0	5	21	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
56	Ricupero e riabilitaz. funzionale																								
56	Riabilitazione cardiologica																								
56	Riabilitazione neuromotola																								
60	Lungodegenza																								
	Totale non acuti	10	1	0	0	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Totale generale	70	1	3	0	5	55	1	2	1	15	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		

Riordino rete ospedaliera Articolazione di strutture organizzative per specialità ASP di Vibo Valentia



IL RIASSETTO DELLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA

Nel complessivo riordino della rete ospedaliera locale sono interessati dal processo di riordino anche i posti letto e le discipline della struttura privata accreditata per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera.

Nell'ambito della rete ospedaliera dell'ASP di Vibo Valentia opera la Casa di Cura privata accreditata "Villa dei Gerani" complessivamente dotata di 36 posti letto per acuti, di cui 32 posti letto ordinari e 4 posti letto diurni.

codice	Struttura erogatrice	Unità Operativa			Posti letto ordinari	Posti letto diurni	totale
180047	VILLA DEI GERANI	09	01	Chirurgia generale	18	1	19
		34	01	Oculistica	1	2	3
		37	01	Ostetricia e ginecologia	13	1	14
Totale struttura					32	4	36

Nella seguente **Tabella 4** è riportato il quadro dei posti letto e delle discipline della struttura privata accreditata dopo gli interventi di riassetto, confrontato con la situazione preesistente.

Nella seguente **Tabella 5** è riportato il quadro complessivo dei posti letto e delle discipline della nuova rete ospedaliera aziendale comprensiva della struttura privata accreditata per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera.



Tabella 4

VILLA DEI GERANI		Posti letto e discipline dopo riassetto			DIFFERENZA	totale privati
		programmati	presistenti			
9	Chirurgia generale	13	19	-6	13	
34	Oculistica	3	3	0	3	
37	Ostetricia e ginecologia	6	14	-8	6	
Totale		22	36	-14	22	



Tabella 5

Riordino rete ospedaliera Articolazione di strutture organizzative per specialità ASP di Vibo Valentia		Strutture Pubbliche – ASP Vibo Valentia	Struttura Privata
cod. spec.	Denominazione	posti letto	Posti letto
8	Cardiologia	9	
26	Medicina generale	56	
29	Nefrologia	8	
24	Malattie Infettive	11	
32	Neurologia	17	
9	Chirurgia generale	37	13
34	Oculistica	4	3
36	Ortopedia e traumatologia	22	
38	Otorinolaringoiatria	8	
43	Urologia	18	6
37	Ostetricia e ginecologia	8	
39	Pediatria	8	
62	Neonatologia	4	
49	Anestesia e Rianimazione(Terapia Intensiva)	6	
50	Unità coronarica	8	
40	Psichiatria	6	
Totale acuzie		222	22
56	Recupero e riabilitaz. funzionale	10	
56	Riabilitazione neuromotoria		
56	Riabilitazione cardiologica	10	
60	Lungodegenti		
Totale post acuzie		20	
Totale generale		242	



Sezione 2

Rordino Rete Assistenziale Emergenza - Urgenza



URGENZA-URGENZA.

2010 definisce gli aspetti più significativi per il riordino delle rete di emergenza-urgenza sia nella sua ospedaliera.

La ASP di Vibo Valentia, attiva 24 ore al giorno, risulta allo stato già articolata secondo il decreto 18 ovvero nelle due grosse aree che caratterizzano il sistema locale dell'emergenza territoriale e quella della rete dell'emergenza ospedaliera.

territoriale

La ASP di Vibo Valentia è operativo su tutto il territorio dell'Azienda, è gestito e organizzato UEM 118 che governa tutte le risorse, tecnico-sanitarie e di personale, afferenti al sistema sul territorio.

La ASP è quella prevista dal DM 27 marzo 1992, dalla legislazione regionale e dall'atto aziendale. È sostanzialmente distinta in due fasi principali:

1) in cui la Centrale Operativa del 118 riceve le richieste di soccorso, valuta il grado di complessità e inoltra gli interventi di soccorso appropriati, nell'ambito territoriale di riferimento.

2) nella quale, la Centrale Operativa, classificati gli eventi utilizzando codici noti e definiti, attiva le risorse e l'invio di mezzi di soccorso .

La C.O. del 118 deve essere a conoscenza, in tempo reale della dislocazione e tipologia dei mezzi di soccorso relative alla emergenza territoriale rappresentata dal personale e dai mezzi di soccorso delle varie assistenziali, la cui attività deve essere di collaborazione attiva all'interno del servizio "118", per le attività di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta devono essere coinvolti nella gestione delle collaborazioni con la Centrale Operativa.

La gestione nella gestione del soccorso trattandosi, spesso, di interventi terapeutici risolutivi, di modesta complessità noti ai medici di base e può essere assicurato dai medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta consentendo di affrontare le situazioni di emergenza nei periodi di tempo non "coperti" dal servizio di dislocare i pazienti.



L'intervento del medico di assistenza primaria o del pediatra di libera scelta, attivati dalla Centrale Operativa, contribuisce all'abbattimento dei tempi di attesa per i soccorsi, consente di stabilire e programmare, di concerto con il personale di Centrale, l'eventuale ospedalizzazione nella struttura più idonea e di limitare il numero dei soggetti che chiedono di essere visitati in Pronto Soccorso ed ai quali potrebbe essere assegnato un codice a bassa priorità, limitando quindi le prestazioni improprie degli ospedali. La fase territoriale è inoltre assicurata omogeneamente su tutto il territorio aziendale da cinque punti di primo intervento (PET), coordinati dalla Centrale Operativa del 118 e collocati in ciascuno dei tre distretti in cui è articolato, attualmente, il territorio dell'azienda.

Ciascuno dei Punti di Emergenza Territoriale, attivo 24 ore su 24 è dotato di personale medico dell'emergenza territoriale, di infermieri professionali e di autisti - soccorritori di ambulanza, oltre che delle attrezzature indispensabili per il soccorso, ed effettua interventi di soccorso, stabilizzazione dei pazienti e trasporto presso il presidio ospedaliero dell'azienda o altro presidio ospedaliero idoneo.

L'esito di una emergenza sanitaria che si verifica sul territorio viene significativamente influenzato dai tempi di soccorso sanitario. Ciò è vero in particolare per alcuni quadri clinici quali i traumi gravi e le emergenze cardiologiche.

Sulla base di queste considerazioni appare obiettivo specifico, per il miglioramento e la razionalizzazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza un ragionevole riferimento programmatico dei tempi standard di intervento del soccorso extraospedaliero, come indicato dalla normativa nazionale.

La programmazione operativa intende assumere tali standard come obiettivo, tenendo altresì conto delle caratteristiche territoriali e delle risorse disponibili.

I tempi di intervento sul territorio complessivi, dalla chiamata, sono fissati, ai fini della programmazione, come segue: entro 8 minuti nelle aree urbane, entro 15 minuti nelle aree extraurbane prossime, entro 20 minuti nelle aree extra urbane distali.

Tali parametri sono inoltre i riferimenti per la dislocazione quali-quantitativa delle postazioni sul territorio.

Le aree urbane sono identificate negli aggregati di popolazione non inferiore ai 25.000 abitanti: a queste possono essere aggiunte le aree poste in prossimità di una postazione di emergenza territoriale (PET) che siano di norma raggiungibili in tempi brevi dai mezzi di soccorso.

Sulla base di tali criteri è compito della centrale operativa 118 di provvedere a mappare il territorio in specifici settori, con i relativi tempi di intervento, individuando e descrivendo eventuali zone critiche che richiedano o tempi di intervento più lunghi o una diversa dislocazione dei mezzi.



Al di là della necessità di tenere sotto controllo ogni singolo superamento della soglia fissata mediante audit, si considera ottimale un livello di performance tendenziale che preveda il rispetto dei tempi per i codici rossi nel 95% degli interventi, con superamenti che non vadano oltre al 50% del tempo previsto.

Il bacino d'utenza dell'Azienda è contraddistinto dalla presenza di aree urbane, suburbane prossimali e rurali.

Vi è attualmente una distribuzione dei mezzi con tempi di intervento solo in alcuni casi "fuori" standard, ma compensati da una elevata percentuale di medicalizzazione degli interventi; in generale si riscontra una limitata presenza di aree con criticità nei tempi di intervento.

Sul territorio provinciale non si individua pertanto la necessità di effettuare interventi riorganizzativi di particolare rilevanza, sono esclusivamente ipotizzabili interventi di riequilibrio delle risorse all'interno dell'area e comunque limitati ad aspetti locali del sistema.

Sempre ai fini programmatori, oltre al rispetto degli standard temporali, occorrerà prendere in considerazione anche altri elementi (disponibilità di mezzi con infermiere professionale, con medico, con soccorritore, manovre eseguite, dati di mortalità) che consentano in qualche modo di valutare processo ed esito delle attività assistenziali.

L'esigenza di considerare l'apparato del SUEM 118 come un sistema in grado di erogare prestazioni assistenziali anche ad elevata complessità, richiede che si tenga conto, oltre che della variabile tempo di intervento, anche di altre variabili che consentano di valutare il sistema per quello che ha prodotto in termini di processo e per ciò che ha prodotto in termini di effettivo guadagno di salute.

Azioni prioritarie :

- Ulteriore miglioramento dell'appropriata gestione del paziente critico in fase extraospedaliera
- Ulteriore sviluppo dell'appropriatezza ed dell'efficacia con miglioramento della classificazione delle attività di soccorso.
- Ulteriore razionalizzazione dei costi di gestione ed organizzativi del servizio, con particolare riferimento all'incremento della dotazione di personale nelle PET e nella C.O.
- Formazione continua del personale.

Continuità Assistenziale

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale iniziando dalla centralizzazione delle chiamate presso le Centrali Operative 118, con apposito nucleo di gestione delle stesse.



Altri elementi di razionalizzazione previsti sono quelli relativi ad una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale, riorganizzando il servizio prevedendo, per come già programmato, un numero di 23 postazioni a fronte delle 40 oggi esistenti.

La rete ospedaliera dell'emergenza-urgenza

La rete ospedaliera dell'emergenza è governata dal dipartimento di emergenza urgenza e accettazione (DEA) di primo livello del presidio ospedaliero Spoke di Vibio Valentia, dotato di pronto soccorso in grado di compiere interventi diagnostico terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento al centro Hub o al polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità.

Il DEA svolge inoltre funzioni di formazione del personale, anche mediante corsi teorico-pratici, secondo linee guida delle principali società scientifiche rappresentative dell'emergenza – urgenza.

La struttura di pronto soccorso dispone di una dotazione di servizi ospedalieri di base e specialistici di complessità medio-alta e criteri adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

Il personale medico è costituito da medici d'urgenza, inquadrati nella struttura complessa di Pronto Soccorso e Medicina di urgenza operante in guardia attiva. La struttura è dotata di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI) ed è operativa la tecnica del triage infermieristico.

La struttura è collocata in un presidio dotato della U.O. di Medicina generale, Chirurgia generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Neonatologia, Cardiologia con Ufic, Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in urgenza, Psichiatria, Oculistica e Urologia, Otorinolaringoiatria, Malattie Infettive, con servizio medico di guardia attiva H24 o di pronta disponibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista.

Nello stesso presidio ospedaliero di Vibio Valentia sede del DEA opera la struttura Operativa Complessa di Direzione Sanitaria del Presidio Unico Ospedaliero e sono presenti e/o disponibili H 24 i servizi di Radiologia con TAC Ecografia e RMN, di Laboratorio Analisi e Servizio Immunotrasfusionale.

Afferiscono alla struttura complessa di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza del centro SPOKE i pronto soccorso delle strutture ospedaliere ed il Punto di Primo Intervento del C.A.P.T..

Nella seguente tabella è riportato lo schema della struttura organizzativa della rete aziendale di emergenza- urgenza.



IL DISEGNO DELLA RETE EMERGENZA URGENZA

SPOKE	OSPEDALE GENERALE	OSPEDALE DI ZONA	CENTRO ASSISTENZA PRIMARIA TERRITORIALE
VIBO VALENTIA	TROPEA	SERRA S. BRUNO MONTANA	SORIANO CALABRO PPT H 12 DIURNO



FUNZIONI EMERGENZA URGENZA CENTRO SPOKE

Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia

OPERATIVITA'	24 ore su 24 per 365 giorni all'anno	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
Responsabilità clinica ed organizzativa	Osservazione Breve Intensiva (OBI)	6 (p.l. tecnici)
<i>Risorse Specialistiche</i>		
Anestesia e Rianimazione	SC	
Cardiologia	SC	
UTIC	SS	
Chirurgia Generale	SC	
Nefrologia e Dialisi	SS	
Malattie Infettive (non prevista)	SS	
Endoscopia (non prevista)	SS	
Medicina Generale	SC	
Neurologia	SC	
Otorinolaringoiatria	SC	
Oculistica	SC	
Ortopedia e Traumatologia	SC	
Ostetricia e Ginecologia	SC	
Pediatria	SC	
Neonatologia	SS	
Psichiatria (SPDC)	SC	
Urologia	SC	
Servizio di Radiologia con TAC e servizio ecografia	SC	
Servizio di laboratorio analisi	SC	
Servizio Immunotrasfusionale	SC	
Servizio Farmacia	SC	
Direzione Sanitaria PUO	SC	
Servizio Anatomia Patologica	SC	
SUEM 118	SC	



FUNZIONI EMERGENZA URGENZA OSPEDALE GENERALE TROPEA

OPERATIVITA'		24 ore su 24 per 365 giorni all'anno
Pronto Soccorso semplice		SS Pronto Soccorso
Responsabilità clinica ed organizzativa	<i>Risorse Specialistiche</i>	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza del centro SPOKE
<i>Risorse Specialistiche</i>		
Anestesia e Rianimazione		Servizio
Chirurgia Generale		SS
Nefrologia e Dialisi		SS
Endoscopia		SS
Oncologia		SS
Medicina Generale		SS
Ortopedia e Traumatologia		SS
Servizio Farmacia		Servizio
Direzione Sanitaria		SS
Servizio di laboratorio analisi		SS
Servizio di Radiologia con TAC e servizio ecografia		SS



FUNZIONI EMERGENZA URGENZA OSPEDALE DI ZONA MONTANA SERRA S. BRUNO

OPERATIVITA'	24 ore su 24 per 365 giorni all'anno
Pronto Soccorso di base	
Responsabilità clinica ed organizzativa	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza del centro SPOKE
<i>Risorse Specialistiche</i>	
Anestesia e Rianimazione	Servizio
Chirurgia Generale	Attività in Day Surgery afferente al centro SPOKE
Dialisi	Servizio
Medicina Generale (non prevista)	SS
Servizio Farmacia	SS
Direzione Sanitaria	Servizio
Servizio di Radiologia	Servizio afferente alla SC del centro SPOKE
Servizio di laboratorio analisi	Radiologia con trasmissione di immagine al DEA
Servizio Immunotrasfusionale	Laboratorio con apparati per analisi fast in PS emoteca

FUNZIONI EMERGENZA URGENZA C.A.P.T. SORIANO CALABRO

OPERATIVITA'	
Punto di Primo Intervento H 12 diurno	12 ore diurno
Responsabilità clinica ed organizzativa	
OPERATIVITA'	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza del centro SPOKE
PET	24 ore su 24 per 365 giorni all'anno
Responsabilità clinica ed organizzativa	
Direzione CAPT	SC SUEM 118 SS



Sezione 3

Riordino Rete Assistenziale Territoriale



IL RIORDINO DELLA RETTE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

In attuazione di quanto stabilito nell'allegato 3 del DPGR n.18/2010 gli interventi che verranno di seguito trattati nel dettaglio riguardano la riorganizzazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, la semiresidenzialità extraospedaliera e la residenzialità extraospedaliera e l'implementazione, del Centro di Assistenza Primaria Territoriale (C.A.P.T.), derivante dalla riconversione dell'ex Ospedale di Soriano Calabro.

L'attività di assistenza domiciliare integrata, in attesa dell'adozione del nuovo atto aziendale, è provvisoriamente definita da apposito regolamento di cui alle delibere n. 99 del 13/04/2006 e n. 205 del 16/02/2010.

Al riguardo, il citato DPGR n.18/2010, assegna all'ASP di Vibo Valentia n. 3 posti letto equivalenti ADI, che saranno allocati presso la struttura aziendale RSA di Vibo Valentia.

Il riordino delle prestazioni di specialistica

Relativamente alle prestazioni di specialistica, l'intervento prioritario da perseguire nell'attuazione degli indirizzi regionali al riguardo contenuti nel DPGR 18/2010, consiste nel riallineamento dell'offerta allo standard di 12 prestazioni/anno/abitante. Tale standard complessivo ripartito tra le tre principali categorie Laboratorio, Radiodiagnostica e Branche a visita compreso FKT, definisce per l'ASP di Vibo Valentia, con una popolazione di 167.334 abitanti, un fabbisogno di prestazioni specialistiche come indicato nella tabella seguente, comprensivo degli erogatori pubblici e degli erogatori privati operanti nell'ASP.

TIPOLOGIA	Prestazioni anno pro capite	Prestazioni anno complessive
Laboratorio Analisi	8.3	1.388.872
Radiodiagnostica	0.6	100.400
Branche a visita	3.1	518.735
TOTALI	12	2.008.008

Il confronto dei fabbisogni sopra indicati con l'effettiva produzione di prestazioni erogate riferita all'anno 2010 evidenzia, per come analiticamente indicato nella tabella che segue che nel complesso nell'ASP di Vibo Valentia, a fronte di un fabbisogno complessivo stabilito dal DPGR n.18/2010, di 2.008.008 prestazioni vengono erogate complessivamente **2.108.316** prestazioni.



TIPOLOGIA	Standard Prestazioni anno pro capite	Fabbisogno Prestazioni anno complessive	Totale prestazioni complessive erogate nell'anno 2010 (pubblico+privato)	
Laboratorio Analisi	8.3	1.438.971		1.610.589
Radiodiagnostica	0.6	104.022		49.380
Branche a visita	3.1	537.447		448.347
TOTALI	12	2.080.440		2.108.316

Occorre, tuttavia, rilevare che al fine di riallineare il fabbisogno delle singole branche con lo standard fissato è necessario incrementare la produzione di prestazioni di branche a visita e di radiodiagnostica e viceversa ridurre la produzione di prestazioni di laboratorio.

Pertanto il piano di riordino aziendale delle prestazioni di specialistica erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture private operanti nell'ASP è rideterminato per come stabilito nel seguente prospetto.

TIPOLOGIA	Fabbisogno Prestazioni anno complessive	Prestazioni complessive Anno 2010 erogate (pubblico+privato)	Previsione di piano %	Previsione di piano Valore assoluto
Laboratorio Analisi	1.438.971	1.610.589	+ 11.9% su produzione 2010	- 171.618
Radiodiagnostica	104.022	49.380	- 52.5% su produzione 2010	+ 54.642
Branche a visita	537.447	448.347	- 16.6% della produzione 2010	+89.100
TOTALI	2.080.440	2.108.316	-	-



Il riordino della semiresidenzialità extraospedaliera

Relativamente a tale categoria di prestazioni per la definizione del fabbisogno è stato adottato quale standard il valore medio della Regione Calabria ovvero 0,42 prestazioni/anno/abitante.

Nella tabella seguente è riportato il quadro della situazione esistente nell'ASP di Vibo Valentia.

TIPOLOGIA	Standard prestazioni/anno /abitante	Abitanti ASP Vibo Valentia	Fabbisogno (Prestazioni totali anno)	Prestazioni totali annue erogate presso strutture private accreditate	Differenza annua Fabbisogno programmato e prestazioni erogate
Riabilitazione est. Extraospedaliera ambulatoriale individuale	0,280	167.334	46.895	16.815	30.080
Riabilitazione est. Extraospedaliera domiciliare	0,074		12.341	0	12.341
Riabilitazione est. Extraospedaliera diurna	0,071		11.847	0	11.847
TOTALI	0,42	-	71.083	16.815	54.268



Si rileva che, al fine di riallineare il fabbisogno delle singole prestazioni allo standard fissato, è necessario incrementare la produzione delle stesse, rimodulando la produzione effettiva di ciascuna struttura erogatrice operante nell'ASP.

Il riordino della residenzialità extraospedaliera

La situazione attuale dei posti letto esistenti nell'ASP di Vibo Valentia relativamente a tale categoria di prestazioni vede complessivamente attivi 164 posti letto su una popolazione di 167.334 abitanti.

Al riguardo si evidenzia che, non risultano esistenti n. 12 posti letto per la categoria RSA-M, SLA, Alzheimer, Hospice, riportati nel DPGR 18/2010.

L'articolazione degli attuali posti letto per categoria è quella riportata nella tabella seguente.

POSTI LETTO ATTUALI DISTINTI PER CATEGORIA

CATEGORIA	POSTI LETTO
RSA Anziani, Case Protette Anziani	101
RSA-M, SLA, Alzheimer, Hospice	0
Case Protette Disabili	0
RSA Disabili	0
Riabilitazione Estensiva Ciclo Continuativo	0
Riab. Est. Disturbi Alimentari Ciclo Continuativo	0
Autismo a Ciclo Continuativo	0
Tossicodipendenza	43
Salute Mentale	8
TOTALE	152



Lo standard individuato dal piano di riordino regionale di cui all'allegato 3 del DPGR n. 18/2010 per la definizione del fabbisogno di posti letto per 1000 abitanti è stabilito per come di seguito indicato.

**STANDARD POSTI LETTO
STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE**

CATEGORIA	POSTI LETTO X 1000 Abitanti
RSA Anziani	
Case Protette Anziani	
RSA Medicalizzate	1,30
RSA nucleo demenze (tipo Alzheimer)	
SLA	
Hospice	0,40
Case Protette Disabili	
RSA Disabili	0.20
Riabilitazione Estensiva Ciclo Continuativo	
Riab. Est. Disturbi Alimentari Ciclo Continuativo	
Autismo a Ciclo Continuativo	
Tossicodipendenza	0,86
Salute Mentale	

Tenuto conto dello standard di posti letto per 1000 abitanti il fabbisogno di posti letto stabilito per l'ASP di Vibo Valentia è quello riportato nella tabella seguente.



FABBISOGNO POSTI LETTO

CATEGORIA	POSTI LETTO
RSA Anziani, Case Protette Anziani	210
RSA-M, SLA, Alzheimer, Hospice	70
Case Protette Disabili	20
RSA Disabili	20
Riabilitazione Estensiva Ciclo Continuativo	70
Riab. Est. Disturbi Alimentari Ciclo Continuativo	10
Autismo a Ciclo Continuativo	10
Tossicodipendenza	40
Salute Mentale	30
TOTALE	480



Nella tabella seguente è riportato il raffronto tra i posti letto esistenti e quelli programmati in attuazione degli standard di p.l. sopra indicati.

CATEGORIA	Posti letto programmati	Posti letto esistenti	Differenza
RSA Anziani, Case Protette Anziani	101	101	0
RSA M, SLA, Alzheimer, Hospice	12	0	+12
Case Protette Disabili	6	0	+6
RSA Disabili	0	0	0
Riabilitazione Estensiva Ciclo Continuativo	10	0	+10
Riabil. Esten. Ciclo Continuativo Dist. Alimentari	0	0	0
Riabil. Esten. Autismo Ciclo Continuativo	0	0	0
Tossicodipendenza	40	43	-3
Salute Mentale	8	8	0
Totali	177	152	+25

Nella tabella seguente è riportato il piano complessivo di riorganizzazione della rete residenziale extraospedaliera dell'ASP di Vibo Valentia, distinto per categoria, posti letto e strutture erogatrici.

RIORGANIZZAZIONE RESIDENZIALITA' EXTRAOSPEDALIERA				RIORDINO PER STRUTTURA - IPOTESI RICOMVERSIONE																	
DESCRIZIONE	POSTI LETTO ASSEGNATI D.P.G.R. 18/2010	P.L. ESISTENTI	DIFFERENZA	RSA VIBO VALENTIA			RSA MADONNA DELLE GRAZIE			CASA PROTETTA VILLA DELLE ROSE			RES. PSICH. VILLA ARCOBALENO			CENTRO TOSSICODIP. MARANA THA'			CEN. TOSSIC. CASA DEGLI ALBERI		
				p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	differenza	p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	p.l. dopo differenza	p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	p.l. dopo differenza	p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	p.l. dopo differenza	p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	differenza			
STRUTTURA RES.SOCIO-SANITARIE (RSA, Case Protette Anziani)	101	101	0	40	40	0	32	32	0	29	29	0	8	8	0	25	22	-3	18	18	0
STRUTTURA RES.SANITARIE (RSA-M, SLA, ALZ, HOSPICE)	12	0	12																		
CASA PROTETTE DISABILI	6	0	6																		
RSA DISABILI	0	0	0																		
RIABILITAZ. ESTENSIVA C.CONT.	10	0	10				0	10	10												
RIABILITAZ. ESTENSIVA C.CONT. AUTISMO (*)	0	0	0																		
RIABILITAZ. ESTENSIVA C.CONT. DIST. ALIM.	0	0	0																		
SALUTE MENTALE	8	8	0										8	8	0						
TOSSICODIPENDENZA (la riduzione di 10 p.l. verrà percentualmente calcolata sulle strutture esistenti)	40	43	-3	40	40	0	32	42	10	29	29	0	8	8	0	25	22	-3	18	18	0
TOTALI	177	152	25	40	40	0	32	42	10	29	29	0	8	8	0	25	22	-3	18	18	0



CENTRO DI ASSISTENZA PRIMARIA TERRITORIALE (C.A.P.T.)

In attuazione di quanto stabilito nell'allegato 3 del DPGR n.18/2010, presso l'ASP di Vibo Valentia, l'Ospedale di Soriano Calabro viene riconvertito in C.A.P.T., struttura del distretto che garantisce la presa in carico dei problemi di salute con particolare riferimento alla cronicità.

Il C.A.P.T., che si integra con la locale rete dei servizi, assolve alle seguenti funzioni di base:

- Integrazione dei livelli assistenziali delle prestazioni socio sanitarie;
- Integrazione fra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione, con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche, inclusa l'erogazione dell'ADI;
- Presenza delle principali branche cliniche e quelle relative alla diagnostica di laboratorio, di ecografia e di radiologia di base;
- Presenza di un punto unico di accesso (PUA) all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio sanitaria;
- Presenza di un ambulatorio infermieristico.

In particolare:

- Area dell'Emergenza Urgenza - Punto di Primo Intervento H 12
- SUEM 118
- Mantenimento/potenziamento dell'attività dialitica preesistente
- Area delle cure primarie
- Area della continuità assistenziale
- Area delle Attività Sociosanitarie, integrate con i servizi sociali territoriali
- Area delle prestazioni specialistiche e della diagnostica
- Attività inerenti all'area della prevenzione (ambulatori vaccinali e consultori familiari)
- aree destinate ad attività di accoglienza, amministrative e di supporto
- Area della Residenzialità (moduli di posti letto di Residenzialità extra ospedaliera)



Azioni necessarie:

- trasferimento della Lungodegenza presso il P.O. di Serra S. Bruno;
- trasferimento dei ricoveri di Riabilitazione Cardiologica e Neuromotoria (Prestazioni ospedaliere post – acuzie) in altre strutture ospedaliere
- attivazione della Riabilitazione Estensiva H 12 (Residenzialità extra ospedaliera)
- Ricoversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento (H12)
- Avvio delle ristrutturazioni necessarie per l'adeguamento strutturale ed impiantistico
- Avvio delle procedure volte a garantire le attività dell'area delle cure primarie e delle attività sociosanitarie.

La tabella seguente riporta il quadro della situazione attuale della Struttura di Soriano Calabro confrontata con la situazione dopo il riassetto.



RIASSETTO DELLA STRUTTURA DI SORIANO CALABRO

Situazione attuale		Situazione post-riorganizzazione		
DISCIPLINA	TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	DISCIPLINA	TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	TIPOLOGIA DI ASSISTENZA
Ortopedia	Ambulatorio	Ortopedia		Ambulatorio
Endocrinologia	Ambulatorio	Endocrinologia		Ambulatorio
Radiologia	Ambulatorio	Radiologia		Ambulatorio
Medicina Generale	Ambulatorio	Medicina Generale		Ambulatorio
Ostetricia e Ginecologia - Consultorio	Ambulatorio	Ostetricia e Ginecologia-consultorio		Ambulatorio
Psichiatria	Ambulatorio	Psichiatria		Ambulatorio
ORL	Ambulatorio	ORL		Ambulatorio
Neurologia	Ambulatorio	Neurologia		Ambulatorio
Pediatria	Ambulatorio	Pediatria		Ambulatorio
Chirurgia	Ambulatorio	Chirurgia		Ambulatorio
Allergologia	Ambulatorio	Allergologia		Ambulatorio
Odontoiatria	Ambulatorio	Odontoiatria		Ambulatorio
Dermatologia	Ambulatorio	Dermatologia		Ambulatorio
Riabilitazione Cardiologica	Ricovero DH	Riabilitazione Cardiologica		Ambulatorio
Riabilitazione Neuromotoria	Ricovero DH	Riabilitazione Neuromotoria		Ambulatorio
Lundodegenza	Ricovero ordinario H 24			
Fisiatria	Ambulatorio	Fisiatria		Ambulatorio
Geriatra	Ambulatorio	Geriatra		Ambulatorio
Osteoporosi	Ambulatorio	Osteoporosi		Ambulatorio
Centro Prelievi	Ambulatorio	Riabilitazione Estensiva H 12		Ricovero H 12
Farmacia	Servizio	Centro Prelievi		Ambulatorio
Direzione Sanitaria	Servizio	Magazzino Farmaceutico		Ambulatorio
Emodialisi (letti bilancia)	Ambulatorio	Direzione C.A.P.T.		
Continuità Assistenziale	Ambulatorio	Emodialisi (letti bilancia)		Ambulatorio
Ambulatorio Prevenzione	Ambulatorio	Cure Primarie - Continuità Assistenziale		Ambulatorio
Pronto Soccorso	Servizio H 24	Ambulatorio Prevenzione		Ambulatorio
PET	Servizio H 24	Punto Primo Intervento H 12		Servizio H 12
		PET		Servizio H 24



RELAZIONE CRITICITA'

L'adozione del presente piano attuativo, predisposto dall'ASP di Vibo Valentia per come indicato dal DPGR n.18/2010, evidenzia le criticità, relative alla Rete Ospedaliera, di seguito riportate.

U.O. di Malattie Infettive P.O. di Vibo Valentia

Il piano prevede, così per come stabilito dal DPGR 18/2010, la soppressione, nell'ambito del riordino dei PP.OO. dell'ASP di Vibo Valentia, dell'Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive oggi esistente e dotata di 11 posti letto. La predetta struttura, annualmente eroga prestazioni che richiedono rilevanti risorse finanziarie per assicurare il corretto ed appropriato trattamento di pazienti affetti da patologie infettive, tra cui epatiti virali ed AIDS, con l'utilizzo di farmaci particolarmente costosi. Considerato che l'attuale unità operativa è già dotata di idonea struttura e del necessario personale medico ed infermieristico, e che i volumi e la tipologia delle prestazioni erogate, nonché la quantità di risorse annualmente gestite possono giustificare il mantenimento di una struttura organizzativa, si propone di confermare nel piano attuativo la struttura semplice di Malattie Infettive nel Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia. Quanto sopra, nel rispetto del novero dei posti letto previsti dal DPGR 18/2010 e delle strutture semplici dell'ASP di Vibo Valentia, previste dalle Linee Guida per la stesura degli atti aziendali.

U.O. di Medicina Generale P.O. di Serra S. Bruno

Il DPGR 18/2010, nell'Ospedale di zona montana di Serra S. Bruno, prevede n. 20 posti letto di Medicina Generale, a cui aggiungere posti letto di Lungodegenza, senza però prevedere una struttura di Medicina Generale. Considerato che il P.O. di Serra S. Bruno sarà dotato di n. 20 posti letto di Medicina Generale e di n.10 posti letto di Lungodegenza, si propone di confermare nel piano attuativo la struttura semplice di Medicina Generale. Quanto sopra, nel rispetto del novero dei posti letto previsti dal DPGR 18/2010 e delle strutture semplici dell'ASP di Vibo Valentia, previste dalle Linee Guida per la stesura degli atti aziendali.



Struttura di Endoscopia P.O. di Vibo Valentia

L'attuale servizio eroga un considerevole volume di prestazioni, tra cui quelle di endoscopia in urgenza che è espressamente prevista dal piano di riordino regionale della rete di emergenza-urgenza, tra le attività di cui deve essere dotato il presidio ospedaliero con funzioni Spoke quale quello di Vibo Valentia.

Per quanto sopra, si propone di confermare nel piano attuativo la struttura semplice di Endoscopia, nel rispetto del novero delle strutture semplici dell'ASP di Vibo Valentia, previste dalle Linee Guida per la stesura degli atti aziendali .

Struttura Semplice di Ortopedia P.O. di Tropea

Il DPGR 18/2010 prevede una struttura semplice con degenza di Ortopedia.

Al riguardo, si fa presente che i posti letto sono attualmente sospesi per carenza di personale medico e che, in futuro, se saranno reperite le risorse necessarie, si attiveranno tali posti letto, nel rispetto del novero dei posti letto totali previsti dal DPGR 18/2010.

Incremento n. 105 posti letto post acuzie

In riferimento al previsto incremento di n. 105 posti letto post acuzie di cui al DPGR 18/2010, si fa presente che l'ASP di Vibo Valentia, per carenza di risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative, non potrà attivare in tempi brevi i posti letto aggiuntivi. Quanto sopra, anche ai sensi della normativa nazionale e regionale di riferimento, che impone interventi di adeguamento strutturale, tecnologico ed organizzativo delle strutture aziendali esistenti.