

**IPOTESI DI**  
**REVISIONE DELL'ORGANIZZAZIONE INTERNA DEI PRESIDI**  
**OSPEDALIERI E**  
**DELLA RETE OSPEDALIERA DELL'AZIENDA USL DI**  
**RAVENNA**

maggio 2013

## PREMESSA

Coerentemente con il programma d'integrazione strutturale di area vasta e con le necessità di controllo della finanza pubblica, si ritiene necessario completare nel corso del 2013 l'attuazione del programma di azioni delineato nel PAL 2010-2012 con interventi di riorganizzazione mirati a:

- Ridefinire il ruolo delle strutture ospedaliere. Gli Ospedali devono essere la sede in cui sono eseguite le prestazioni diagnostiche e terapeutiche che per costo, organizzazione, tecnologie e competenze specialistiche non possono essere erogate nell'ambito dell'Assistenza Primaria.
- Rafforzare il ruolo dei tre presidi ospedalieri passando dal concetto di ospedali in rete gerarchica a quello di ospedale a rete. Definendo ciò che è necessario duplicare per rispondere alla giusta esigenza di prossimità e ciò che deve trovare la sua ragion d'essere nella specializzazione dell'equipe e nella complessità e dimensione della casistica in un quadro di generale sostenibilità economica.
- Organizzare e distribuire l'erogazione di prestazioni ospedaliere in base all'intensità di cure e al service mix, superando la tendenza alla autosufficienza di ciascun presidio a scapito della qualità determinata dalla esiguità della casistica trattata.

Si tratta quindi di completare il percorso di riorganizzazione già avviato, con l'obiettivo di garantire cure più qualificate, sicure e rispondenti alla continua e rapida evoluzione della tecnologia, dei percorsi di cura e della specializzazione dei professionisti così da rendere l'organizzazione sanitaria capace di rispondere ai nuovi bisogni (cronicità, fragilità, invecchiamento ...) e ai nuovi vincoli (sostenibilità economica) in essere.

Inscindibilmente connesso, al ridisegno della funzione ospedaliera è quello della medicina del territorio. E' necessario quindi progettare parallelamente, un percorso mirato a potenziare la capacità di risposta dell'Assistenza Primaria con un ulteriore sviluppo delle cure domiciliari e l'attivazione delle Case della Salute. Rendere sempre più efficace la presa in carico dei pazienti con patologie croniche da parte dei MMG elaborando le opportune forme di integrazione e supporto. Sviluppare le cure intermedie (nelle aree di lungodegenza, nelle strutture residenziali territoriali e al domicilio dei pazienti) e potenziare la rete delle cure palliative.

La riduzione dei posti letto, prevista dalla spending review e che si rifà a parametri di letteratura, si può realizzare in un quadro organico di programmazione d'interventi di riconversione e ottimizzazione delle risorse (da attuare con il contributo dei professionisti e della Comunità Locale), così da trasformare un vincolo in opportunità di miglioramento della qualità complessiva e dell'appropriatezza del servizio erogato e nello stesso tempo tutelare gli attuali livelli quantitativi. Il dover agire in tempi brevi pone l'Azienda nella necessità di accelerare il processo di revisione dell'organizzazione interna degli ospedali puntando in prima istanza sui processi di integrazione funzionale e strutturale delle risorse esistenti.

L'imminente processo di unificazione delle aziende dell'Area Vasta Romagna in un unico soggetto, rende irrinunciabile il completamento di questo processo come condizione tesa a salvaguardare il percorso, gli sforzi e i risultati fin qui raggiunti. Il superamento della parcellizzazione in un'ottica d'integrazione e complementarietà sarà un contributo decisivo per il successo della nuova azienda sanitaria della Romagna che con più di 1.100.000 abitanti e con un valore della produzione di ca. 2 miliardi e 200 milioni di euro, si qualificherà come la più grande del paese.

Il modello organizzativo e funzionale a rete è quello che meglio risponde alla realtà demografica e sociale della Romagna, di un territorio cioè con un notevole indice di dispersione della popolazione e policentrico. D'altra parte è anche quello che può garantire la sostenibilità economica, preservando gli attuali livelli di servizio e anzi creando le condizioni per proseguire nel miglioramento qualitativo. Da quest'ultimo punto di vista è elemento di grandissima rilevanza strategica il fatto che nella nuova dimensione la rete ospedaliera acquisirà, se si opererà nella direzione indicata, le caratteristiche necessarie, come casistica afferente, per sviluppare prestazioni di alta specializzazione (il così detto 3° livello) per le quali oggi si è tributari verso altri produttori.

L'implementazione del modello "a rete" tra gli attuali ospedali distrettuali (1° livello) e quelli provinciali (2° livello) creerà l'opportunità per lo sviluppo "a rete", tra questi ultimi, dell'ospedale specialistico (3° livello).

## **1. LE PIATTAFORME LOGISTICHE, FUNZIONALI E ASSISTENZIALI.**

Si tratta di superare l'attuale assetto costituito da reparti, blocchi operatori, ambulatori dedicati e distinti per ognuna delle discipline specialistiche, creando aree logistiche più ampie e flessibili (piattaforme) in cui le risorse sono messe in comune (posti letto, sale operatorie, ambulatori, aree amministrative). Si disconnette così la funzione di gestione della malattia da quella di gestione della struttura logistica (per le aree di degenza si passa "dai miei posti letto ai miei pazienti") e si realizzano modalità di utilizzo delle risorse che, peraltro a costi minori, possono permettere una maggiore efficienza operativa e salvaguardare così la qualità e la quantità della attività erogata. Nelle piattaforme di degenza i vantaggi per il paziente e per gli operatori sono rappresentati dagli effetti migliorativi dell'approccio multidisciplinare alle cure che può realizzarsi attraverso il "lavorare insieme" dei professionisti di diverse discipline portando a sistema la positiva esperienza del "medico e dell'infermiere di riferimento", avviata nell'autunno 2009 e ora divenuta parte integrante del modo di lavorare nelle aree mediche. L'organizzazione in piattaforme logistiche condivise rappresenta una prima tappa del processo di revisione dell'assetto della struttura ospedaliera nella direzione dell'organizzazione per intensità di cura (l'unica adeguata all'attuale livello di sviluppo delle tecnologie, delle procedure cliniche e dell'iper-specializzazione delle competenze), che richiederà un impegnativo lavoro di analisi, confronto e condivisione con i professionisti. In particolare le specialità si concentreranno in un'unica equipe aziendale (con sede su tutto il territorio) che agirà su una casistica ampia e tale da consentire il raggiungimento di standard qualitativi di alto livello. Le prestazioni invece potranno essere distribuite nei presidi dello "ospedale a rete" in base alla casistica afferente e al service mix presente (intensità di cure). I pazienti si sposteranno dal proprio territorio quando indispensabile e saranno le equipe specialistiche ad agire nei vari presidi. Il singolo professionista potrà accedere a una casistica completa e non più limitata al tipo di cura possibile nel singolo presidio di appartenenza, potendo in tal modo usufruire di grandi opportunità di qualificazione. Questo modello funzionale consente di mantenere l'erogazione di prestazioni specialistiche anche in strutture di 1° livello, con l'unico vincolo dettato dall'intensità delle cure e dal service mix necessario a garantirla.

La creazione delle piattaforme logistiche assistenziali, di cui è stata verificata la macrofattibilità tecnico-organizzativa, può essere realizzata in tempi brevi in quanto non richiede significativi interventi di adeguamento delle strutture edilizie e/o della dotazione tecnologica.

### **1.1 Le piattaforme logistiche, funzionali e assistenziali nell'ospedale di Ravenna.**

Nella realtà di Ravenna vi sono oggi condizioni generali che favoriscono il cambiamento delle modalità di assistenza:

- L'attivazione del nuovo DEA, avviata nel maggio 2012 con il nuovo Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, e che sarà completata entro il 2013 (con il trasferimento della Rianimazione, del Blocco Operatorio Multidisciplinare, dell'Ortopedia e della Cardiologia con Emodinamica e UTIC), crea un'importante opportunità di riprogettazione dell'assetto logistico e organizzativo dell'intero ospedale. Poiché alcune funzioni ambulatoriali ospedaliere che sono oggi collocate al piano terra del CMP, saranno riportate all'interno dell'ospedale ci sarà la possibilità di una diversa organizzazione degli spazi lasciati liberi a favore di uno sviluppo in quella sede dell'Assistenza Primaria/Casa della Salute.
- L'attivazione dell'Hospice Territoriale di Ravenna presso la struttura di Borgo Montone, prevista nei primi mesi del 2013, che potrà garantire ai pazienti che hanno bisogno di cure palliative condizioni di assistenza più adeguate e dignitose di quelle che oggi, di necessità, sono loro offerte nell'ambito della struttura ospedaliera e delle Case di Cura private accreditate (in particolare in Oncologia e Medicina Interna).
- La definizione nel 2011 del "Piano Direttore dell'Ospedale" (approvato dal Collegio di Direzione nella seduta del 6.12.2011) che contiene un programma organico d'interventi per il riassetto edilizio-logistico-organizzativo da realizzare nel triennio 2012-2014. Il

Piano, discusso con i professionisti, prevede l'organizzazione del "nuovo ospedale" in piattaforme logistiche condivise tra le Unità Operative (piattaforma area medica, piattaforma area chirurgica, piattaforma operatoria, piattaforma area onco-ematologica, piattaforma area-materno infantile, piattaforma laboratori, piattaforme ambulatoriali-Day Service, piattaforma di Day Surgery, piattaforme amministrative).

#### Piattaforma Area Medica.

La riorganizzazione che si propone di attuare in una prima fase prevede la creazione di una piattaforma area medica nell'ambito della quale concentrare le attività di degenza delle U.O. di Medicina Interna, Neurologia, Nefrologia e Post Acuti. La piattaforma sarà dotata complessivamente di 144 p.l. (articolata in un'area per acuti dotata di 120 p.l. ed un'area a minore intensità di cura dotata di 24 p.l.).

Le degenze delle Unità Operative di Gastroenterologia e Malattie Infettive resteranno attive nelle attuali sedi, ma saranno anch'esse coinvolte nella riorganizzazione perché impegnate a migliorare l'efficienza operativa nell'accogliere sia i pazienti di competenza che necessitano di ricovero urgente sia assicurando la disponibilità di posti letto non occupati per la presa in carico di eventuali pazienti delle altre funzioni che operano nella piattaforma area medica. Per la gastroenterologia è possibile ipotizzare, in alternativa, una sua collocazione nella piattaforma chirurgica in considerazione della caratterizzazione interventistica che la disciplina va sempre più acquisendo. In tal senso si sono già espressi i Comitati di entrambi i Dipartimenti.

Nell'attività di degenza dell'Area Medica si crea l'opportunità di un lavoro multidisciplinare, facilitato dalla collaborazione di medici con competenze di Medicina Interna, Neurologia, Nefrologia, Pneumologia, Reumatologia, Gastroenterologia e Malattie Infettive.

Inoltre, nell'ottica di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, in applicazione della normativa regionale, si prevede di trasformare 20 p.l. DH di area medica di più specialità in pacchetti di prestazioni di Day Service.

Nel complesso la dotazione di posti letto dell'Area Medica può essere ridotta da 213 a 176 p.l. (-37 p.l. ordinari e -20 p.l. DH medico).

Gli elementi che concorrono a garantire la sostenibilità organizzativa di questa rimodulazione della dotazione di posti letto, senza incidere sulle prestazioni, sono:

- Il significativo rafforzamento della capacità di filtro dei ricoveri prodotto dalla nuova organizzazione e dal potenziamento del Pronto Soccorso (letti di Osservazione Breve Intensiva e di Medicina d'Urgenza);
- Il miglioramento dell'efficienza operativa, con riduzione dei tempi di degenza media, che sarà realizzato dalle Unità Operative dell'Area Medica con il potenziamento delle attività ambulatoriali, dei percorsi di day service (ora poco sviluppati in particolare in Medicina Interna) e con l'adozione dei percorsi di dimissione protetta;
- Pieno utilizzo della Lungodegenza di Cervia, ancora con potenzialità non sfruttate;
- L'attivazione dell'Hospice Territoriale di Ravenna;
- Attivazione del punto di assistenza alla dimissione;
- Maggior appropriatezza nell'uso dell'ospedale (a. e. ricoveri ripetuti) con l'incremento della presa in carico continuativa dei pazienti con patologie croniche (in particolare quelle neurologiche) e assicurando il follow up delle dimissioni dei pazienti a maggiore complessità, sulla base di specifici protocolli e utilizzando l'approccio proattivo del "chronic care model" sul territorio (case della salute).

#### Piattaforma operatoria area chirurgica.

La completa attivazione del nuovo DEA consegnerà alla fine del 2013 un assetto logistico e organizzativo ottimale per lo sviluppo delle attività chirurgiche. L'edificio del DEA, collegato in ogni piano con il Palazzetto Chirurgico, realizzerà un "Polo Chirurgico" con grandi potenzialità di qualificazione e sviluppo delle attività, che potranno disporre nella stessa area di un'ampia piattaforma di degenza, di una piattaforma operatoria di 12 sale dotata di una nuova "recovery room" (con l'aggiunta di 8 postazioni per l'immediata assistenza anestesiológica in fase post-operatoria) e della nuova Terapia Intensiva (dotata di 12 posti letto con un incremento di 4 rispetto all'attuale). Si creano perciò le condizioni per una revisione complessiva dell'organizzazione delle attività chirurgiche e per una

razionalizzazione dei blocchi operatori esistenti che permetteranno di ottenere i seguenti vantaggi:

- Sicurezza dei pazienti: le attività di maggiore complessità sono così svolte in posizione adiacente alle aree dedicate alla gestione dell'emergenza (PS, Medicina d'Urgenza, Cardiologia con UTIC-Emodinamica);
- Ottimizzazione delle risorse anestesiolgiche;
- Ottimizzazione dell'utilizzo degli infermieri di sala operatoria e del personale di supporto;
- Ottimizzazione dell'utilizzo delle attrezzature chirurgiche e anestesiolgiche.

Si creano, in tal modo, le condizioni per realizzare in tempi brevi e con minimi interventi di adeguamento dei locali, due piattaforme di degenza dell'area chirurgica nel blocco 2.

**Piattaforma di degenza chirurgica multidisciplinare.**

Alle degenze chirurgiche oggi sono dedicati 3 piani (3°, 4° e 5°) del Palazzetto Chirurgico. Avendo trasferito gli studi dei chirurghi dalle aree di degenza, nei nuovi spazi al 6° piano del DEA, si ha a disposizione un maggiore numero di posti letto per la piattaforma dell'area chirurgica. La riorganizzazione prevede di concentrare in questa sede le degenze delle UUOO di Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Urologia, Ginecologia. La chirurgia generale rafforza l'attuale funzione aziendale unica per la chirurgia addominale maggiore. La piattaforma di degenza chirurgica multidisciplinare sarà complessivamente dotata di 90 posti letto e verrà messa a disposizione delle suddette Unità Operative con un'area comune di Day Surgery Multidisciplinare.

**Piattaforma di degenza chirurgica Oculistica-ORL.**

Si prevede di trasferire in un'unica piattaforma di degenza chirurgica, al secondo piano del blocco 2 (nell'area di degenza ora occupata dalla Nefrologia) la degenza dell'U.O. di Otorinolaringoiatria e Oculistica (formula già sperimentata in molte realtà ospedaliere). La piattaforma di degenza condivisa dotata di 18 posti letto, permetterà di liberare gli spazi attualmente in uso alla degenza ORL destinandoli ad area ambulatoriale comune di queste due specialità. Gli ambulatori dell'Oculistica, oggi collocati in spazi strutturalmente inadeguati al piano interrato, potranno così essere trasferiti in un'area con caratteristiche strutturali e impiantistiche adeguate.

Nel complesso la dotazione di posti letto di degenza ordinaria/DS delle piattaforme dell'Area Chirurgica sarà ridotta di 5 posti letto (da 122 a 117 p.l.).

**Piattaforma Onco-ematologica.**

La piattaforma onco-ematologica prevede di considerare l'insieme dei posti letto oggi destinati a Ematologia (11) e oncologia (14) come una disponibilità di posti letto destinate ai pazienti con problematiche onco-ematologiche. In ottica d'intensità di cura decrescente in questa piattaforma s'identifica un'area a più alta intensità di cura, corrispondente alle camere di degenza a bassa carica microbica (oggi utilizzate dall'Ematologia), e un livello intermedio e di base nelle altre postazioni. L'uso non esclusivo dei letti delimitati dagli attuali contenitori, ematologia e oncologia, è favorito anche dalla recente attivazione dell'Hospice nell'ambito territoriale di Ravenna che permette di collocare pazienti cronici che diversamente hanno trovato assistenza in ambito oncologico acuto e di rispondere alla necessità di aumento di offerta di ricovero in Ematologia.

## **1.2 Le piattaforme logistiche, funzionali e assistenziali nell'ospedale di Lugo.**

L'Ospedale di Lugo ha intrapreso già da alcuni anni un processo di riorganizzazione delle Unità Operative e dei Servizi ispirato a una logica di omogeneizzazione e razionalizzazione dei percorsi assistenziali. Un lavoro che tiene conto sia dei presupposti strutturali (l'ospedale ha, un'architettura a padiglioni) sia di ottimali soluzioni organizzative in una logica di efficienza, efficacia e appropriatezza delle prestazioni. Il nuovo contesto di integrazione strutturale di area vasta e di utilizzo al massimo di efficienza delle risorse disponibili, pone l'esigenza di completare in tempi rapidi quanto già in atto e di intraprendere ulteriori misure mirate all'utilizzo efficiente delle strutture. Ci si propone, in particolare, di completare e meglio caratterizzare le piattaforme di degenza multispecialistica creandone una di Area Medica e

una di Area chirurgica (quest'ultima già parzialmente realizzata). Creando, in tal modo, un assetto organizzativo funzionale ad una futura gestione dei percorsi clinico assistenziali per intensità di cura.

Piattaforma area medica.

Le azioni che s'intendono intraprendere porteranno alla realizzazione di una piattaforma di degenza medica di 110 p.l. in cui opereranno, inizialmente, le funzioni di Medicina, Pneumologia, Lungodegenza, Post Acuti. In una seconda fase si prevede il trasferimento all'interno della piattaforma anche dei letti di Cardiologia e la creazione di una unità ad elevata intensità di cura multidisciplinare all'interno dell'attuale UTIC, trasferendo nella stessa anche i letti della Rianimazione (attualmente ospitati in un reparto dai requisiti al limite delle condizioni di Accredimento). In totale quindi si realizza una sezione della piattaforma, dotata di 8 p.l. ad intensità di cura elevata ed intermedia, distribuiti negli attuali spazi della Utic (4 p.l. di Rianimazione) e della Cardiologia (4 p.l. di terapia ad intensità intermedia multidisciplinare). Nell'ambito dell'area medica sarà riorganizzata anche l'assistenza ora in ricovero breve trasformando i 14 p.l. DH restanti in pacchetti ambulatoriali di Day Service.

Gli elementi che concorrono a garantire la sostenibilità organizzativa di questa rimodulazione della dotazione di posti letto sono:

- I margini di miglioramento dell'efficienza operativa, con riduzione dei tempi di degenza complessivi, che possono essere realizzati dalle Unità Operative dell'Area Medica, anche attraverso il potenziamento delle attività ambulatoriali e dei percorsi di day Service (ora poco sviluppati in particolare in Medicina Interna);
- Miglioramento dell'appropriatezza nei ricoveri di medicina interna e pneumologia (riduzione del numero dei Ricoveri potenzialmente inappropriati), al fine di ottenere una maggiore disponibilità di posti letto dedicati all'urgenza;
- Aumento dell'occupazione media dei p.l. di post acuti rispetto all'attuale;
- Attivazione del punto di assistenza alla dimissione (PAD).

Nel loro complesso le azioni nell'ambito dell'Area Medica porteranno a una riduzione nella prima fase di complessivi 32 p.l. (18 p.l. di degenza ordinaria e 14 di DH).

Piattaforma area chirurgica.

Negli ultimi anni all'interno del presidio ospedaliero di Lugo si è già provveduto a realizzare una piattaforma chirurgica con accorpamento delle funzioni di Ginecologia a quelle di Chirurgia Generale e Urologia. Il nuovo assetto organizzativo porta alla realizzazione di una nuova Piattaforma chirurgica con l'aggiunta della funzione di Ortopedia. Gli altri interventi che si potranno realizzare nell'area Chirurgica dovranno tener conto della revisione delle attività chirurgiche differenzianti le vocazioni distintive delle tre sedi ospedaliere. Si aggiunge, cioè, all'attuale assetto delle unità operative di Chirurgia Generale a vocazione indistinta, la definizione per ciascuno dei tre ospedali di una funzione specialistica di rilievo aziendale.

Partendo da questi presupposti il processo di riordino organizzativo comporterà le seguenti azioni:

- La Chirurgia Generale assumerà la funzione Aziendale per la Chirurgia Senologica ed Endocrinologica, con attività di ricovero ordinario e Day Surgery. La chirurgia addominale maggiore dovrà essere concentrata a Ravenna. L'Urologia (già oggi unità operativa unica aziendale) concentrerà nel presidio di Ravenna la patologia urologica maggiore con casistica rarefatta (tumori prostatici, vescicali e nefrologici), e manterrà il trattamento della patologia a casistica diffusa che può essere eseguita prevalentemente in regime di Day Surgery. La Chirurgia Colon rettale e Chirurgia delle malattie croniche intestinali (Mici) farà capo alla chirurgia di Faenza.
- Aumento dell'occupazione media dei letti destinati all'attività chirurgica in elezione che deve essere programmata durante tutto l'anno senza variazioni che determinino importanti riduzioni o picchi di occupazione dei letti.
- Realizzazione del prericovero centralizzato.
- Revisione del sistema di programmazione e gestione delle sedute chirurgiche.

- Composizione delle note operatorie in capo ad un unico referente individuato nel coordinatore infermieristico responsabile dell'assetto organizzativo della piattaforma di degenza.

Quest'assetto consente di ridurre i p.l. di area chirurgica di 26 unità passando dagli attuali 78 a 52.

### **1.3 Le piattaforme logistiche, funzionali e assistenziali nell'ospedale di Faenza.**

Nell'ospedale di Faenza vi sono già oggi condizioni che favoriscono il passaggio a modalità di assistenza più adeguate all'evoluzione dei modelli organizzativi e alla ricerca dell'appropriatezza nell'uso delle risorse. Condizioni che riceveranno un altro impulso con l'attivazione del Nuovo Pronto Soccorso (prevista per il 2015 al termine dei lavori in atto). Il potenziamento della funzione di filtro da parte della funzione di Osservazione Breve Intensiva favorirà l'avvio a percorsi di Day Service ambulatoriale alternativi alla degenza già a partire dal Pronto Soccorso.

La recente internalizzazione dell'Hospice Territoriale di Faenza e le sue prospettive di ampliamento quali-quantitativo d'intervento assistenziale (recettività per pazienti con gravi cerebro lesioni codice 2068) permettono di fornire contributo e supporto alla gestione dei pazienti affetti da patologie cronic-degenerative, in alternativa a posti di lungodegenza ospedaliera. L'implementazione della rete aziendale delle cure palliative sul territorio (assistenza domiciliare avanzata) contribuisce anch'essa, a riportare nel più idoneo setting assistenziale la patologia cronica oncologica.

Piattaforma area medica.

Si prevede di realizzare una piattaforma di degenza medica in cui operano le funzioni di Medicina, Geriatria, Neurologia, Cardiologia, Lungodegenza, Post Acuti. All'interno della piattaforma medica è attrezzata un'area di assistenza intermedia, destinata ai pazienti SLA, tracheostomizzati e in insufficienza respiratoria sfruttando una competenza medica che la Medicina di Faenza ha strutturato negli anni e che serve una tipologia di pazienti destinata ad aumentare progressivamente ed esponenzialmente nel tempo. Si prevede inoltre di realizzare una sezione della piattaforma multidisciplinare, dedicata all'assistenza a elevata intensità cura dotata di 8 pl. e collocata nell'attuale sede della Terapia intensiva. Questa struttura è destinata a ospitare pazienti con necessità di assistenza Rianimatoria Ventilatoria e di Terapia intensiva cardiologica. Il contenitore che si realizza può, secondo le necessità assistenziali utilizzare i suoi 8 p.l. per pazienti con diverse insufficienze d'organo superando la rigidità degli attuali separati moduli assistenziali.

Con questo intervento la dotazione dell'area medica si riduce di 24 p.l., ma nel contempo crea l'opportunità di un lavoro multidisciplinare ed integrato di medici con competenze di Medicina, Geriatria, Neurologia, Cardiologia, Lungodegenza, Post Acuti.

Le azioni a sostegno di questa riorganizzazione sono:

- Miglioramento dell'efficienza operativa, con riduzione dei tempi di degenza complessivi, che possono essere realizzati dalle Unità Operative dell'Area Medica, anche attraverso il potenziamento delle attività ambulatoriali e dei percorsi di day Service.
- Trasformazione dell'attività di DH in Day Service, secondo le indicazioni programmatiche della regione.
- Negli spazi resi disponibili dalla riorganizzazione, si potranno attivare soluzioni organizzative nuove come il punto di assistenza alla dimissione (PAD), già avviato sperimentalmente presso altre realtà ospedaliere italiane, dove vengono inviati tutti i pazienti in dimissione in quel giorno. Ciò garantisce una più tempestiva disponibilità dei posti letto della piattaforma per l'accoglimento dei ricoveri urgenti.

Nel complesso la dotazione di posti letto dell'area medica, della sezione ad alta intensità e del DH si riduce di 31 posti letto.

Piattaforma area chirurgica.

La piattaforma chirurgica sarà costituita da una degenza ordinaria di 21 posti letto e da una Day-Surgery Polispecialistica di 12 posti letto; tale piattaforma verrà dedicata allo svolgimento delle attività chirurgiche assistenziali di Chirurgia Generale, Oculistica, ORL,

Urologia. Gli interventi che si potranno realizzare nell'area Chirurgica dovranno tener conto della revisione delle attività chirurgiche differenzianti le vocazioni distintive delle tre sedi ospedaliere. Si aggiunge, cioè, all'attuale assetto delle unità operative di Chirurgia Generale a vocazione indistinta, la definizione per ciascuno dei tre ospedali di una funzione specialistica di rilievo aziendale.

Partendo da questi presupposti il processo di riordino organizzativo comporterà le seguenti azioni:

- La Chirurgia Generale assumerà la funzione Aziendale per la Chirurgia Colon rettale e Chirurgia delle malattie croniche intestinali (Mici), con attività di ricovero ordinario e Day Surgery. La chirurgia addominale maggiore dovrà essere concentrata a Ravenna. L'Urologia (già oggi unità operativa unica aziendale) concentrerà nel presidio di Ravenna la patologia urologica maggiore con casistica rarefatta (tumori prostatici, vescicali e nefrologici), e manterrà il trattamento della patologia a casistica diffusa che può essere eseguita prevalentemente in regime di Day Surgery. L'attività di senologia dovrà fare capo alla chirurgia di Lugo.
- Aumento dell'occupazione media dei letti destinati all'attività chirurgica in elezione che deve essere programmata durante tutto l'anno senza variazioni che determinino importanti riduzioni o picchi di occupazione dei letti.
- Realizzazione del prericovero centralizzato.
- Revisione del sistema di programmazione e gestione delle sedute chirurgiche.
- Composizione delle note operatorie in capo ad un unico referente individuato nel coordinatore infermieristico responsabile dell'assetto organizzativo della piattaforma di degenza.

L'U.O. Complessa di Ortopedia e Traumatologia (entro la quale verrà integrata la S.S. di Ortopedia Programmata) e l'U.O. Ostetricia/Ginecologia rimangono nella sede fisica attuale. La dotazione di posti letto dell'area chirurgica si riduce di 20 p.l. (19 Ord. e 1 DH.).

## **2. LA REVISIONE FUNZIONALE DELL'OSPEDALE A RETE.**

L'adozione di una logica di ospedale a rete, distribuito sul territorio, ma con una fortissima unità gestionale, consente attraverso le piattaforme multi-professionali di unificare la gestione della casistica e di mantenere l'erogazione di parte delle prestazioni specialistiche anche negli stabilimenti di 1° livello. Richiede e, nello stesso tempo offre l'occasione, per una revisione funzionale dei processi che caratterizzano molti percorsi assistenziali. In parte sono già stati accennati nel paragrafo precedente ma è utile approfondire e completare quest'analisi.

### **2.1 Revisione della funzione post acuti.**

Il profilo socio-sanitario attuale è caratterizzato dal progressivo aumento delle patologie cronico-degenerative, favorite dall'allungamento della vita media. I progressi medici hanno permesso il miglioramento della prognosi *quod vitam* di molte patologie acute, trasformandole in croniche, con postumi più o meno invalidanti, e favorendo la comparsa di comorbidità sempre più complesse. Questa popolazione con patologie croniche va periodicamente, incontro a riacutizzazioni che richiedono ricoveri ospedalieri urgenti. La gestione clinico-assistenziale di questi pazienti è molto complessa e, se appare ovvio che è l'ospedale a doversi fare carico dell'assistenza nella fase acuta, è oggi da revisionare come soluzione per la fase cronica e di controllo delle poli-patologie. Un nuovo modello più rispondente ai bisogni del malato cronico polipatologico deve fondarsi su un riequilibrio tra ospedale e territorio mediante la parziale riduzione delle giornate di degenza ospedaliera (rispettati i criteri di efficienza e appropriatezza) e potenziamento dell'assistenza sul territorio:

- Istituzione delle Case della Salute a gestione MMG (sperimentazione in corso);
- integrazione sociale e sanitaria dell'assistenza domiciliare di base e avanzata;
- Aumento ove possibile dei ricoveri temporanei presso le strutture sanitarie extraospedaliere.

L'analisi quantitativa dei primi dieci ricoveri prodotti dagli attuali reparti PostAcuti nei primi 8 mesi 2012, mostra quadri clinici che più appropriatamente dovrebbero trovare risposta al di fuori dell'ospedale.



Codice DRG	N	Tipo	Descrizione
014	72	M	Emorragia Cerebrale o Infarto Cerebrale
127	39	M	Insufficienza Cardiaca e Shock
087	21	M	Edema Polmonare e Insufficienza Respiratoria
576	20	M	Setticemia senza Ventilazione Meccanica
089	14	M	Polmonite Semplice e Pleurite con CC
090	12	M	Polmonite Semplice e Pleurite senza CC
012	11	M	Malattie Degenerative del Sistema Nervoso
088	11	M	Malattia Polmonare Cronica Ostruttiva
316	9	M	Insufficienza Renale
429	9	M	Disturbi Organici e Ritardo Mentale

Il monitoraggio di condizioni croniche stabilizzate oppure la necessità di prosecuzione delle terapie (per esempio antibiotiche) sono attività erogabili anche in ambito distrettuale. Analizzando le modalità di dimissione dai PostAcuti emerge che la voce più rappresentata (40%) è la dimissione a domicilio “semplice”, seguita solo per un 25% dal ritorno “protetto” al proprio domicilio con l’attivazione dell’ADI. La terza modalità (18%) è invece la dimissione verso strutture residenziali extra-ospedaliere. I dati indicano come perseguibile l’obiettivo de-ospedalizzare il processo teso a migliorare l’autonomia del paziente con la possibilità di un ritorno protetto a domicilio, realizzabile con il potenziamento della medicina del territorio e con la valorizzazione del contributo del Medico di Medicina Generale, lo sviluppo e la revisione delle cure intermedie. Dunque un processo assistenziale orientato alla continuità dell’assistenza e al coinvolgimento della rete sociale, sanitaria e familiare al fine di creare anticipatamente le condizioni per una dimissione protetta al domicilio e/o ad una struttura sanitaria residenziale extra-ospedaliere.

Il raggiungimento di quest’altro livello di appropriatezza non è destinato a generare un’ulteriore riduzione di posti letto ma a rendere sempre più rapida e efficace la presa in carico delle acuzie. Con lo sviluppo delle case della salute si potrà valutare la fattibilità dello “spostamento” di parte del post-acuzie nel territorio, aumentando la prossimità di una cura a bassa intensità.

## 2.2 Revisione della funzione chirurgia generale.

Con riferimento al Piano Regionale che si riferisce alle azioni 2012, la variabilità riscontrata nelle strutture ospedaliere della regione riguardo a numerosità di casistica e risultati, impone la necessità di riorganizzare, secondo criteri di appropriatezza, i ricoveri ospedalieri di tipo chirurgico. Pertanto, si può pensare di procedere a una razionalizzazione dei processi di assistenza chirurgica:

- Concentrando le procedure a basso volume e/o alta complessità al fine di raggiungere garanzia di appropriata *clinical competence* e disponibilità di prestazioni specialistiche di supporto, per la sicurezza del paziente e dell’operatore;
- Favorendo la massima integrazione dell’atto chirurgico nel percorso assistenziale del paziente, attraverso la definizione di protocolli collaborativi con gli specialisti coinvolti;
- Garantendo coerenza tra effettiva complessità dell’atto chirurgico e caratteristiche dello specifico setting assistenziale (service mix) in cui è stato eseguito.

L’intento è quindi quello di ottenere un miglioramento degli esiti derivanti dalla correlazione volumi-efficacia, dimostrata da evidenze cliniche e recepita nell’Accordo Stato Regioni in attuazione del Decreto Balduzzi, che correla la riorganizzazione dei reparti di chirurgia a soglie numeriche di interventi che vi si devono effettuare. In coerenza con i risultati del Piano Nazionale Esiti elaborato annualmente dall’AGENAS nazionale.

Tenuto conto dei dati riguardanti gli esiti dell’attività chirurgica delle aziende della Regione, a completamento della organizzazione per piattaforme si è ipotizzato di concentrare secondo vocazioni distintive, le unità di chirurgia generale. Pur mantenendo, ovviamente, la caratteristica di chirurgia generale legata alla rete dei pronto soccorso, si aggiungono delle funzioni specialistiche di rilievo aziendale differenti:

- Chirurgia Generale con Indirizzo di senologia ed endocrinologia presso il presidio di Lugo.
- Chirurgia Generale con indirizzo Colon-rettale e delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (Mici) presso il presidio di Faenza.
- Chirurgia Generale con indirizzo Epato-bilio-pancreatica e chirurgia d'urgenza maggiore presso il presidio di Ravenna.

Questa revisione associata alla concentrazione delle chirurgie Urologica maggiore ed ORL a Ravenna, permette di ipotizzare una parziale riduzione della necessità di giornate di TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria) nelle sedi di Lugo e Faenza, in quanto la concentrazione della casistica a maggior impiego di Tipo si concentra sulla sede di Ravenna, e si creano i margini per la riorganizzazione delle aree a maggior intensità di cura delle stesse due sedi, con possibilità di accorpamenti fra Utic e Terapie intensive Generali, in ottica di aree ad alta intensità di cura.

Riguardo a quest'attribuzione di vocazioni distintive si struttureranno percorsi inclusivi di presenze di professionisti nelle varie sedi per mantenere il più possibile la prossimità in coerenza con la relazione efficacia esiti/volumi attraverso lo spostamento degli specialisti esperti in quella determinata chirurgia.

### **2.3 Revisione della funzione anestesia e rianimazione.**

La regione Emilia Romagna attraverso l'Agenzia sanitaria Regionale ha analizzato l'attività delle Utic Spoke delle Aziende evidenziando un'occupazione media (appropriata) piuttosto bassa (50%-65%) e un mix prestazionale del tutto assimilabile ai DRG di pazienti cronici che si ricoverano anche nell'area di cardiologia.

La revisione dell'attività chirurgica prevista nel modello a rete, specializzando le vocazioni distintive delle tre chirurgie generali, permette di ipotizzare una parziale riduzione della necessità di giornate di TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria) in quanto la concentrazione della casistica maggiore (con maggior impiego di Tipo) si concentra sulla sede di Ravenna, creando così le condizioni per la riorganizzazione delle aree per intensità di cura con la possibilità di accorpare Utic e Terapie intensive Generali.

L'ipotesi è finalizzata a perseguire, nella logica della massima integrazione e coordinamento delle risorse disponibili, i seguenti obiettivi:

- Anestesia: integrazione ed omogeneizzazione delle modalità di assistenza anestesiológica in ambito aziendale. L'obiettivo è sviluppare, in stretta collaborazione con i Referenti Aziendali della Direzione Infermieristica e della Direzione Medica specificamente dedicati e con i Direttori delle UU.OO. Chirurgiche, le condizioni di maggiore efficienza operativa nell'impiego delle risorse professionali assegnate nell'utilizzo dei blocchi operatori, nell'ottica della massima flessibilità organizzativa e definendo regole ed indicatori specifici. Il piano deve valorizzare le competenze professionali esistenti, promuovendone l'ulteriore qualificazione e deve prevedere lo sviluppo di programmi di miglioramento continuo, anche attraverso la sperimentazione di modalità organizzative innovative basate sulla revisione del ruolo e dei compiti degli anestesisti e degli infermieri professionali dei Blocchi Operatori.
- Rete Aziendale delle terapie intensive: promuovere l'integrazione delle risorse e delle competenze presenti nella rete aziendale delle Terapie Intensive Polivalenti per cogliere tutte le opportunità di miglioramento che possono derivarne sul piano assistenziale, a sostegno della qualificazione delle attività chirurgiche distintive svolte nei diversi Presidi e del sistema dell'Emergenza-Urgenza. In una logica funzionalmente unitaria, la rete delle terapie intensive polivalenti deve assicurare il reciproco trasferimento di pazienti, così come, quando necessario, la mobilità dei professionisti tra le strutture, in funzione delle competenze e/o per necessità organizzative specifiche.
- Terapia Antalgica: promuovere lo sviluppo e la formazione di un pool di anestesisti che garantisca in ambito aziendale l'esecuzione delle procedure di terapia antalgica, salvaguardando anche nel futuro la qualità e la gamma d'interventi oggi garantiti per il trattamento al dolore (rete degli hospice, assistenza domiciliare).

### **2.4 L'integrazione con l'IRCCS di Meldola e la rete onco-ematologica.**

Il recente riconoscimento dello status IRCCS all'istituto di Meldola, impone a tutto il sistema di Area Vasta un percorso di integrazione sovra-aziendale che deve necessariamente coinvolgere in un'unica rete oncologica della Romagna tutte le strutture attive (Oncologia, Ematologia, Radioterapia, Medicina Nucleare e Centro di Prevenzione Oncologica, Dermatologia Oncologica). Con la delibera 1449/2012 la Regione ha modificato gli obiettivi di mandato delle aziende dell'Area Vasta prevedendo l'unificazione strutturale di alcune funzioni fra cui quello dell'Onco-ematologia. A tale scopo è stato attivato un gruppo di lavoro di Area Vasta, coordinato dall'AUSL di Ravenna, con l'obiettivo di redigere un quadro analitico dell'offerta attuale e predisporre un progetto di riorganizzazione della rete oncologica della Romagna già a partire dall'anno in corso.

Nel mese di marzo 2013 le CTSS dell'Area Vasta e la Regione hanno convenuto sull'opportunità di dare corso a un processo di unificazione delle quattro aziende del territorio e di costituire l'Azienda Sanitaria della Romagna. Il progetto di Area Vasta allo studio proporrà, entro il mese di luglio, le tappe necessarie alla realizzazione di questa nuova dimensione organizzativa, dove l'integrazione professionale, l'ottimizzazione delle risorse e lo sviluppo della qualità delle prestazioni si lega, inscindibilmente all'attività di ricerca scientifica avanzata e diffusa. Su due aspetti però, l'azienda di Ravenna è già attiva:

- Radioterapia e fisica sanitaria. La sinergia fra l'Azienda Sanitaria di Ravenna e l'IRCCS ha portato a una partnership, consolidata con la recente assegnazione al Direttore dell'Unità Operativa complessa di Radioterapia dell'IRCCS della direzione dell'Unità Operativa di Radioterapia di Ravenna. La partnership è volta a rendere omogenee, nelle diverse unità, le procedure di trattamento, le dotazioni tecnologiche e le conoscenze mediche al fine di presentarsi come soggetto unitario in grado di consolidare la propria posizione nel settore, di rispondere appieno ai bisogni di salute della popolazione di riferimento e divenire, in prospettiva, un benchmark di riferimento nel panorama italiano ed internazionale della radioterapia. Questa sinergia, che assume ormai i contorni di una vera e propria unificazione, è anche intesa a impostare un piano unico degli investimenti, così da poter avere apparecchiature tecnologicamente all'avanguardia e più adatti a dare risposta ai bisogni di salute del paziente oncologico in campo radioterapico e nello stesso tempo garantire gli attuali livelli compatibili di prossimità.
- Ematologia. Si sono già realizzate importanti sinergie fra l'Azienda Sanitaria di Ravenna e l'IRCCS. Partendo, infatti, dall'esperienza del Gruppo Ematologico di Romagna (GER), si è configurato un modello organizzativo sovra-aziendale a rete con la finalità della promozione delle attività di Ricerca nel territorio, fondato sull'identificazione di linee guida e Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) condivisi e sull'erogazione di prestazioni sanitarie omogenee e di qualità costantemente adeguate allo stato delle conoscenze scientifiche e alle aspettative della popolazione. Il direttore dell'U.O. complessa di ematologia dell'Ausl di Ravenna, opera anche nell'IRCCS, coordinando le attività assistenziali e di ricerca.

Questa impostazione permetterà a tutti i cittadini di godere, nel rispetto del principio di prossimità, dei medesimi livelli di assistenza e cura d'eccellenza assicurati da un IRCCS oncologico quale "Hub". L'Azienda Sanitaria di Ravenna (e in seguito quella della Romagna) beneficerà di un effetto "brand" derivante dalla partnership con l'IRCCS e, contestualmente, esso potrà erogare prestazioni ad un territorio di riferimento molto ampio raggiungendo una massa critica di pazienti trattati che ne accrescerà il potenziale di ricerca. Come evidenziato dalle esperienze già maturate, sono evidenti anche i benefici di carattere economico, primario frutto della razionalizzazione della gestione delle risorse.

## **2.5 Revisione delle funzioni specialistiche a rete.**

La realizzazione dell'ospedale a rete si fonda sul completamento della riorganizzazione già in atto delle discipline specialistiche basata su una dimensione aziendale. Al di sopra quindi del singolo presidio, come la migliore (se non l'unica) possibilità di coniugare adeguatamente la qualità, garantita dalla casistica, e la prossimità in sicurezza.

Urologia.

La struttura ha carattere unico aziendale con tre articolazioni nei presidi di Ravenna, Lugo e Faenza. L'attività chirurgica urologica maggiore è centralizzata nella piattaforma chirurgica del P.O. di Ravenna, mentre nei presidi di Faenza e Lugo è potenziata l'attività ambulatoriale, endoscopica e l'attività chirurgica compatibile con il service mix presente. Il progetto prevede la rimodulazione delle sedute operatorie nei tre ambiti, con incremento del numero di sedute operatorie nella sede di Ravenna e la gestione integrata dell'equipe medica per le attività chirurgiche (anche quelle per la chirurgia maggiore) e ambulatoriali. Ciò al fine di garantire la continuità assistenziale in tutte le sedi. Nel complesso, la riorganizzazione dell'urologia aziendale permette una migliore integrazione del personale medico che si organizza come un'unica struttura con la possibilità di far ruotare gli urologi dei tre presidi nella sede ove si eseguono gli interventi di maggiore complessità (neoplasie).

Neurologia.

La riorganizzazione della Neurologia, unità operativa aziendale già da diversi anni, prevede l'accorpamento dei posti letto ordinari all'interno delle piattaforme mediche così come definito negli interventi di revisione di cui al paragrafo 1.

Il P.O. di Faenza si caratterizza come il riferimento della SLA, delle Malattie del Motoneurone complessivamente intese, dell'Epilessia farmaco-resistente e a indirizzo chirurgico.

Il P.O. di Lugo si caratterizza come riferimento per la Sclerosi Multipla e il Dolore Neurofisiologico.

Il P.O. di Ravenna si caratterizza per la centralizzazione delle urgenze, per la cura dello Stroke e per i disordini del movimento attraverso la somministrazione della tossina botulinica sia per il trattamento della spasticità sia per il trattamento delle patologie dei movimenti involontari.

Per Ravenna oltre all'accorpamento dei p.l. di degenza in area medica, si prevede di trasferire 4 p.l. di stroke negli 8 p.l. di Medicina d'Urgenza a intensità intermedia monitorata.

Otorinolaringoiatria.

Il nuovo modello organizzativo della funzione unica aziendale di otorinolaringoiatria prevede una ridistribuzione dell'offerta ambulatoriale e una nuova struttura organizzativa dell'attività chirurgica. Si concentra l'attività ambulatoriale distrettuale, potenziandola, nei presidi di Ravenna, Lugo e Faenza. Ciò consente di realizzare alcuni importanti obiettivi di efficienza e di efficacia:

- Tutti gli ambulatori potranno essere dotati del medesimo livello di dotazione strumentale (come ad es. i fibroscopi);
- L'assetto organizzativo consente un più rapido e appropriato percorso di presa in carico per le patologie complesse garantendo la continuità assistenziale in prossimità nella fase post-acuzie;
- La maggior presenza dello specialista all'interno delle strutture ospedaliere consente una puntuale e tempestiva risposta alle richieste di prestazioni da P.S. e di consulenza dai reparti.

La revisione organizzativa prevede la concentrazione presso l'Ospedale di Ravenna di tutta l'attività chirurgica con la partecipazione di tutti gli operatori.

Oculistica.

Dal dicembre 2012 è stato attivato un progetto di riorganizzazione dell'area oculistica, che prevede la concentrazione dell'attività aziendale in due nuove unità operative aziendali: la struttura di Chirurgia Oculare complessa e traumatologica e quella di Oculistica generale.

La prima unità ha come mission la diagnosi e il trattamento delle patologie oculari vitreo-retiniche che richiedono chirurgia oculare complessa e dei traumi oculari. L'attività chirurgica è concentrata nel P.O. di Ravenna e garantisce il trattamento delle emergenze chirurgiche relative alla traumatologia oculare.

Quella di Oculistica generale ha come mission la diagnostica ambulatoriale di primo e secondo livello e la chirurgia oculare in elezione. Opera con una integrazione funzionale tra le attività svolte a Ravenna, Lugo e Faenza distribuite in base alla casistica afferente e al service mix. Sia per quanto riguarda le visite prioritarie, ordinarie e di controllo e per la diagnostica strumentale sia per quanto riguarda la chirurgia ambulatoriale e in elezione. Obiettivo fondamentale e comune alle due strutture è lo sviluppo delle competenze dei Medici e un efficace e continuativo utilizzo delle diverse apparecchiature diagnostiche.

Come si è mostrato nella scheda delle piattaforme chirurgiche dell'ospedale di Ravenna, l'Oculistica è interessata all'accentramento nell'unica piattaforma di degenza chirurgica, al secondo piano del blocco 2, condivisa con otorinolaringoiatria. Per i PP.OO. di Lugo e Faenza, le piattaforme chirurgiche e di Day Surgery poli-specialistiche assicurano l'effettuazione di attività di ricovero.

Il progetto, già in parte realizzato, ha aumentato la capacità produttiva in ambito chirurgico e ha permesso una totale integrazione degli specialisti di Lugo e Ravenna e includerà quelli di Faenza.

Ginecologia.

La piattaforma chirurgica del P.O. di Ravenna include la ginecologia con la sua attività di degenza ordinaria e di day surgery e l'attività operatoria. Nella riorganizzazione delle degenze dei tre piani della piattaforma e rimodulando le sedute di tutte le branche specialistiche afferenti al Blocco Operatorio Multidisciplinare c'è lo spazio operatorio per incrementare l'attività sia ordinaria sia in emergenza.

Presso il P.O. di Lugo l'integrazione Ginecologia/Chirurgia sia per quanto riguarda la degenza sia per l'utilizzo delle sale operatorie, è già avvenuta nel corso del 2012.

Per Faenza s'ipotizza la stessa integrazione di Lugo.

Geriatrics.

L'U.O. di Geriatrics opera già come struttura unica aziendale che con l'organizzazione per piattaforme clinico-assistenziali di area medica sposterà in queste aree l'attività di degenza. Continuerà a garantire l'attività negli ambulatori distribuiti nei tre distretti e il supporto alle attività territoriali (appropriatezza dei ricoveri in casa di cura, commissioni d'invalidità, dimissioni dall'ospedale alle strutture residenziali socio-assistenziali e interfaccia con il servizio anziani).

Lo sviluppo organizzativo di questa funzione vede lo spostamento di una parte dell'attività del geriatra dal livello clinico/ospedaliero (che comunque mantiene come ambulatori e consulenza nelle piattaforme multidisciplinari), al livello gestionale e di interfaccia tra l'ospedale e il territorio presidiando l'attività di dimissione protetta sia a domicilio sia verso la residenzialità extraospedaliera.

Tale funzione includerà il governo diretto delle cure intermedie (case della salute, ricoveri extra-ospedalieri) su cui deve poggiare l'integrazione ospedale-territorio per quei pazienti che ora trovano collocazione inappropriata in setting assistenziali ospedalieri come i PostAcuti.

## **2.6 Revisione della rete dei punti nascita.**

Attualmente nei 3 P.O. dell'AUSL sono attivi altrettanti punti nascita. Le previsioni normative e le valutazioni di letteratura sul rapporto efficace popolazione/struttura, indicano una popolazione compresa tra 150.000 e 300.000 abitanti come condizione che giustifichi la presenza di un punto nascita con garanzia di qualità (casistica) e sostenibilità economica. In condizioni di particolare conformazione del territorio e mancanza di comunicazioni adeguate, sono attivabili strutture riferite anche a comunità più piccole ma comunque tali da garantire non meno di 500/600 parti l'anno. Nel corso del 2011 i 3 punti nascita hanno seguito 1.513 parti a Ravenna, 928 a Lugo e 889 a Faenza, per un totale complessivo di 3330. Se si vuole considerare di particolare disagio, nel contesto del nostro paese, l'accessibilità alle strutture del territorio ravennate, riconsiderare la rete dei punti nascita può non rivestire priorità assoluta (prescindendo da valutazioni sulla sostenibilità economica e sul rapporto qualità/casistica) anche per quelli con uno standard inadeguato nel rapporto popolazione/struttura. Nella prospettiva attuale sia di finanziamento del sistema sia di profonda revisione organizzativa per il piano di fusione in un'unica azienda per la Romagna, si rende necessaria una attenta valutazione di alcuni fattori che possono suggerire l'ipotesi di fondere in un unico punto nascita quelli di Lugo e Faenza.

Le distanze tra i punti nascita della Romagna. La prossimità.

In realtà su un territorio ristretto sono attivi numerosi punti nascita che (con l'eccezione di Imola) confluiranno nella stessa azienda. La tabella seguente descrive in modo esauriente le distanze (è stata esclusa Rimini per la posizione).

Indicatori	punto nascita							media
	ravenna	faenza	lugo	cesena	forli	imola	totale	
popolazione	201.226	89.189	104.049	209.622	188.710	132.637	925.433	
n. parti	1.550	818	918	2.177	1.394	1.027	7.884	

km ravenna	-	38,00	27,00	36,00	33,00	47,30		36,26
km faenza	38,00	-	19,20	47,00	19,00	15,90		20,22
km lugo	27,00	19,20	-	62,00	36,00	26,30		28,70
km cesena	36,00	47,00	62,00	-	34,00	57,40		40,08
km forlì	33	19,00	36,00	35,00	-	32,40		24,48
km imola	47	15,90	26,30	57,40	32,40	-		26,40
min. ravenna	-	36	22	28	37	37		32,00
min. faenza	36	-	23	38	22	21		20,80
min. lugo	22	23	-	44	42	22		26,20
min. cesena	28	38	44	-	35	38		31,00
min. forlì	37	22	42	37	-	38		27,80
min. imola	37	21	22	38	38	-		23,80

I due presidi distano tra di loro ca. 20 minuti e nello stesso raggio hanno due altri punti nascita (in ospedali di 2° livello). Tali distanze sono ininfluenti per la stragrande maggioranza degli eventi e nell'esigua casistica in cui potrebbero essere influenti, è necessario il trasporto presso un punto nascita di 2° o 3° livello. La prossimità nell'assistenza al percorso nascita è indispensabile nel periodo della gestazione ma diviene scarsamente influente rispetto alla sicurezza e alla casistica nel momento del parto (in particolare se problematico).

#### La partoanalgesia.

L'introduzione della partoanalgesia è un elemento molto importante dello sviluppo qualitativo del percorso nascita. E' entrato a far parte (con alcune limitazioni) dei LEA. L'attuale programmazione sia nazionale sia regionale pone il limite dei 1.200/1.500 parti come soglia per adottare la partoanalgesia. Ancora una volta sia per garantire sicurezza e qualità in relazione alla casistica sia per la sostenibilità economica (equipe anestesiológica dedicata). I due punti nascita non potranno quindi avere questo servizio.

#### La complessità della casistica.

Ora quelli di Faenza e Lugo sono classificabili solo come punti nascita di Unità Operativa di Assistenza di Base. Sono abilitati a seguire parti di età gestazionale superiore alle 34 settimane e in assenza di patologie accertate che richiedano intervento intensivo e subintensivo per il neonato. Possono garantire solo l'attività di osservazione per neonati sani che non facciano il roaming-in o con piccoli problemi (ittero e ipoglicemia). A fronte di complicanze non previste, lo STEN garantisce il trasporto dei neonati patologici in altra sede, mentre nel caso di età gestazionale inferiore a 34 settimane, è previsto lo Stam con trasporto della mamma presso il punto Hub di Ravenna.

#### Il mantenimento dell'attuale casistica.

E' facilmente prevedibile che si verificherà una progressiva erosione della casistica afferente. I punti nascita più prossimi, con casistica adeguata e inseriti in ospedali di 2° livello, completeranno il percorso di adozione della partoanalgesia e, in caso di necessità, sempre più daranno garanzie di sicurezza nella gestione in terapia intensiva o per lo meno sub intensiva del neonato, senza dover usufruire di trasporti in emergenza. Anche l'organizzazione dell'assistenza nel percorso che precede la nascita supererà le attuali rigidità geografiche che tendono a vincolare la medicina del territorio e quella ospedaliera entro i confini dell'azienda

di appartenenza, e i cittadini si orienteranno più liberamente secondo i livelli di servizio disponibili.

Tutto questo ha effetti positivi sulla risposta assistenziale a un bisogno ed è indifferente il luogo geografico dove ciò avviene. L'elaborazione di ipotesi alternative mira a utilizzare in modo costruttivo le risorse. Non utilizzandole per sostenere tipologie di servizio progressivamente destinate a esaurirsi in entrambi i poli, ma utilizzarle per progettare e realizzare risposte diverse e più adeguate a ciò che si va configurando.

La concentrazione in un luogo da definirsi nel P.O. di Lugo o Faenza, di entrambi i punti nascita, potrebbe permettere di soddisfare i requisiti necessari a classificarlo come Unità Operativa di assistenza per lo meno subintensiva e di base facendo aumentare il livello di standard rispetto all'attuale. Il Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) rimarrebbe attivo solo in caso di trasporto in un centro di 3° livello.

In un tale contesto si giustificherebbe anche la previsione di un pool di anestesisti adeguati ad espletare le pratiche anestesilogiche di partoanalgesia, in quanto i volumi complessivi garantirebbero la acquisizione ed il mantenimento della competenza clinica nelle metodiche. Si potrebbero concentrare in un unico punto anche le attività ambulatoriali necessarie al percorso nascita per le gravidanze a rischio senza dover ricorrere all'attuale Hub provinciale. La collocazione del punto nascita unificato deve essere oggetto di un ulteriore approfondimento progettuale orientato nel concepire la funzione di ostetricia e ginecologia come un unico insieme. In un presidio si possono concentrare le attività legate al punto nascita e nell'altro le attività chirurgiche ginecologiche, nel rispetto del rapporto casistica/qualità. Le attività, invece, legate all'assistenza nel percorso nascita rimangono su tutto il territorio nel rispetto di un corretto criterio di prossimità. Nella logica dell'ospedale a rete i professionisti dell'equipe potranno accedere a entrambe le funzioni senza limitazioni di presidio e potrebbero garantire una presenza specialistica anche nei punti di assistenza territoriali.