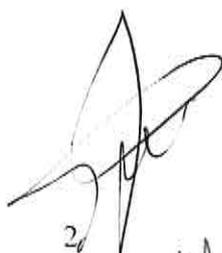




**Documento Programmatico delle Reti ospedaliera,
del' Emergenza
e delle Patologie Tempo Dipendenti nella Regione Molise**

INDICE

Premessa	1
1. Coordinamento della Rete di Emergenza	7
2. Rete Ospedaliera	10
3. Rete dell'Emergenza Ospedaliera	19
3.1 Dati di attività (fonte: Engeneering PS WEB- Molise Dati)	22
4. Rete territoriale del Soccorso: Sistema 118	33
4.1 Dati di attività (fonte: Engeneering PS WEB- Molise Dati)	37
4.2 Indicazioni funzionali e operative	42
5. Rete Trauma	46
5.1 Dati di attività (fonte Engennering- Molise Dati)	47
5.2 Indicazioni funzionali e operative	51
6. Rete Ictus	54
6.1 Dati di attività (fonte: Engeneering PS WEB- Molise Dati)	59
6.2 Indicazioni funzionali e operative	61
7. Rete per le Emergenze Cardiologiche	61
7.1 Dati di attività (fonte: Engeneering PS WEB- Molise Dati)	65
7.2 Indicazioni funzionali e operative	65
8. Rete neonatologica e punti nascita	67



Premessa

L'odierna fase di riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale si fonda sull'implementazione di nuovi modelli organizzativi assistenziali adeguati a fornire risposte alle esigenze di salute della popolazione.

In tale contesto, l'evoluzione della normativa in materia, pur partendo dai principi cardine fissati con l'istituzione del SSN di cui alla L. 833 del 1978 ed all'evoluzione dello stesso secondo il D.Lgs n. 502/92 e s.m.i, trova un riferimento peculiare, tra gli altri, nel Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2015 sugli Standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 che ha approvato la nuova definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

In particolare, il D.M. 70/2015 evidenzia come "I significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare in quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione del governo clinico e la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, [...] e la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate."

Al fine di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse risulta necessario assicurare forme alternative al ricovero in tutti i casi in cui queste ultime rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione.

Il raggiungimento di tali finalità richiede di implementare un sistema basato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, nonché sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali.

Come specificato dal D.M. n. 70/2015, all'art. 8, dell'allegato 1, nell'ambito della strutturazione della rete ospedaliera, è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale.

La gestione dei posti letto deve avvenire, pertanto, con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le

caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza. E' prevista anche l'informatizzazione delle disponibilità dei posti letto per aree geografiche.

L' ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l' adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDTA – Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali - per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Le Regioni, in questo quadro di riferimento, si avvalgono di programmi di telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche, ove ciò sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le bronco pneumopatie croniche, il diabete, secondo appositi PDTA.

Nell'ambito delle reti ospedaliere distinte per patologia e tenuto conto dell'impatto sanitario della patologie tempo-dipendenti, si distinguono quali priorità del sistema sanitario di ciascuna regione quelle riferite alla rete per le emergenze cardiologiche, alla rete per il trauma e alla rete per l'ictus.

Per quanto attiene al Sistema Sanitario della Regione Molise, si evidenzia che lo stesso non può prescindere dalla ridefinizione delle reti cliniche, declinate in un modello organizzativo adeguato a fornire una risposta ad una popolazione dispersa su un territorio impervio e scarsamente dotato da infrastrutture.

E' necessario, pertanto, definire un'offerta di assistenza caratterizzata da un potenziamento delle attività e dall'adeguamento del sistema dell'emergenza territoriale e della rete ospedaliera, indirizzata alla gestione delle patologie tempo dipendenti, al fine di garantire l'equità di accesso alle cure per tutto il territorio, mediante la condivisione di informazioni e *know-how*, ottimizzando le risorse disponibili.

Affinché la definizione della rete dell'emergenza e tempo dipendenti possa rispondere alle finalità su esposte, è necessario che si proceda ad una valutazione di elementi oggettivi quali i dati epidemiologici e le prestazioni erogate, che ne rappresentano il fabbisogno. A fronte di tali valutazioni, è possibile individuare risposte coerenti con i criteri di appropriatezza clinica secondo gli standard e le evidenze cliniche.

L'articolazione della rete dell'emergenza-urgenza e tempo dipendenti si basa sulle indicazioni del Programma Operativo Straordinario 2015-2018, approvato con l'Accordo

4



Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n.: 155/CSR del 03/08/2016) e recepito con DCA n. 52 del 12.09.2016.

Nella complessiva organizzazione delle reti, secondo quanto previsto dal POS ed in coerenza con le previsioni del DM n. 70/2015, è stato adottato il *modello di rete integrata "Hub & Spoke"* che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (*Hub*), fortemente integrati con i centri periferici (*Spoke*).

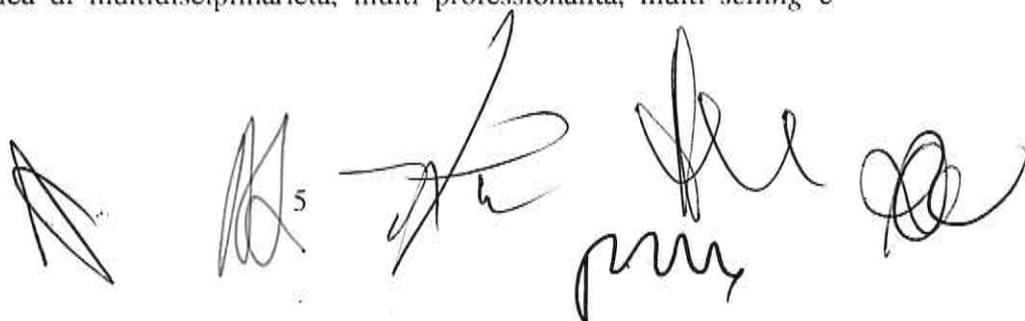
Il territorio e la popolazione della Regione Molise, infatti, richiedono di modulare le Reti attraverso un sistema 118 sviluppato in aree complesse, adattando la costituzione degli equipaggi di soccorso alla necessità di interventi tempestivi e di un trasporto rapido, integrato ad un sistema ospedaliero concentrato su quattro plessi ospedalieri, confluenti nell'Ospedale Unico regionale del Molise, in grado di offrire una risposta qualitativamente adeguata ai volumi di attività svolta.

Secondo tale modello viene riconosciuto al plesso ospedaliero di Campobasso, situato in area centrale e nell'ambito territoriale più popolato, il ruolo di *Hub* per le reti tempo-dipendenti, attribuendo ai due plessi ospedalieri di Termoli ed Isernia il ruolo di *Spoke*.

La definizione del sistema di rete deve necessariamente prevedere, da una parte un programma di formazione degli operatori, che dovranno dare vita al sistema e dall'altra individuare le modalità di verifica dell'efficienza del sistema stesso mediante un *set* di indicatori misurabili.

Uno degli elementi essenziali del sistema è rappresentato dal *network* dei professionisti che sono coinvolti nella gestione clinica delle reti. Risulta essenziale, pertanto, che gli stessi siano interessati oltre che nella fase programmatica, anche e soprattutto nei processi decisionali clinico organizzativi che saranno rappresentati nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le patologie considerate.

I PDTA, infatti, rappresentano gli strumenti che, nella rete, definiscono il ciclo di cura come un percorso clinico integrato tra i diversi livelli di assistenza e di presa in carico, al fine di uniformare le prestazioni e le procedure alle linee guida delle società scientifiche e alla letteratura internazionale, rapportandole al contempo, alla realtà territoriale in una logica di multidisciplinarietà, multi professionalità, multi *setting* e multi *level*.



Il modello organizzativo relativo alle Reti di Emergenza e Tempo-Dipendenti deve, dunque, essere esplicitato in un organico ed esaustivo “*Documento programmatico delle reti ospedaliera, dell'emergenza e delle patologie tempo dipendenti*”

Tale “*Documento programmatico delle reti ospedaliera, dell'emergenza e delle patologie tempo dipendenti*” si sviluppa, pertanto, intorno ai seguenti punti:

- Definizione funzionale e organizzativa della Rete ospedaliera nella regione Molise;
- Integrazione in un unico sistema di risposta sanitaria di urgenza tra il SET 118 e la Rete Ospedaliera e adozione di percorsi condivisi ed indicatori comuni;
- Revisione del sistema del SET 118 per rispondere alle caratteristiche della nuova rete ospedaliera che richiede maggiore centralizzazione nei presidi delle sedi di Pronto Soccorso;
- Rimodulazione del sistema dei trasporti tra ospedali e dei trasporti in continuità assistenziale per l'emergenza, secondo il documento successivo;
- Integrazione con la continuità assistenziale per il rapido *back transport* dall'*Hub* agli SPOKE o per la risoluzione dei casi di minore intensità nel *setting* assistenziale più appropriato;
- Concentrazione degli accessi al Sistema Ospedaliero di Emergenza rispetto ai tre Plessi ospedalieri (*Cardarelli* di Campobasso, *San Timoteo* di Termoli e *Veneziale* di Isernia) in grado di dare una risposta organica al proprio ambito territoriale ed individuando nella struttura “*Hub*”, *Cardarelli* di Campobasso, alcune competenze e specialità che per volume richiedono un bacino di popolazione più ampio;
- Centralizzazione della richiesta dei posti letto per post-acuzie e riabilitazione;
- Attivazione di un sistema di telemedicina e teleconsulto attivabile in tutte le fasi di cura;
- Attivazione di un sistema di monitoraggio delle Reti di Emergenza e tempo-dipendenti attraverso l'istituzione di un sistema informativo dedicato;
- Processo formativo finalizzato all'acquisizione di un portafoglio di competenze finalizzato ai percorsi clinico-assistenziali attivi nell'ambito della rete.

L' esplicitazione del modello si basa necessariamente sulla ridefinizione della rete ospedaliera e dell'emergenza territoriale, per poi passare a considerare i singoli progetti specifici delle reti per patologia.



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a small signature with the number '6' below it, and several other signatures on the right.

1. Coordinamento della Rete di Emergenza

Il modello organizzativo ospedaliero regionale è basato sull'Ospedale Unico Regionale articolato in Plessi ospedalieri presenti sul territorio. L'Ospedale Unico Regionale si articola anche attraverso i Dipartimenti interpresidio che includono UU.OO. appartenenti a più Plessi Ospedalieri, favorendo l'unitarietà del sistema erogativo aziendale, l'integrazione funzionale, il raggiungimento di elevati livelli di omogeneità nell'accesso e nella qualità dei servizi sanitari erogati attraverso la rete aziendale.

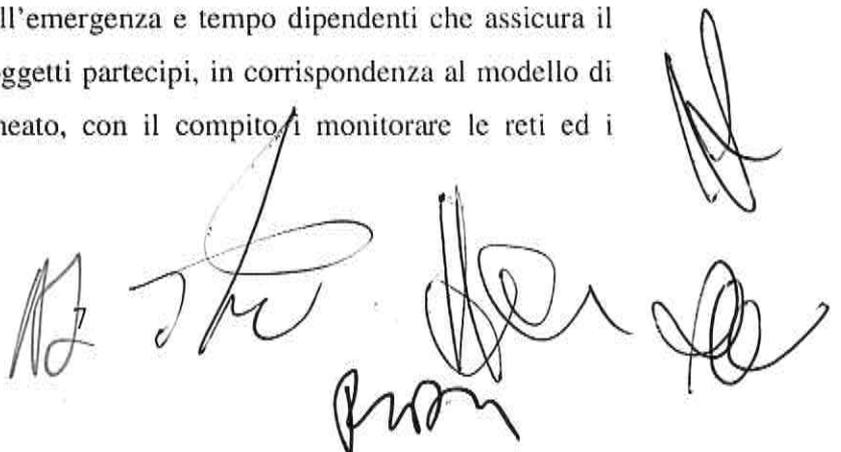
Il modello organizzativo di Plesso Ospedaliero che si intende promuovere e progressivamente implementare, converge verso il modello di riferimento cosiddetto "*patient-focused o care-focused*" (focalizzato sul paziente o sulla cura) e si basa su principi di: centralità del paziente, multidisciplinarietà clinica, appropriatezza dei regimi assistenziali in relazione alla gravità delle patologie ed all'intensità delle cure, integrazione delle risorse.

Il Plesso Ospedaliero orientato al "*patient-focused o care-focused*" è finalizzato a garantire, da un lato la migliore e più appropriata risposta assistenziale al paziente e, dall'altro, una gestione efficiente delle risorse produttive disponibili all'interno della rete ospedaliera.

La realizzazione di tale modello prevede tre principali linee di intervento/cambiamento organizzativo:

- L'organizzazione della rete ospedaliera secondo un approccio "*Hub & Spoke*";
- Lo sviluppo di soluzioni basate sul principio dell'intensità di cura;
- L'adozione di sistemi di programmazione e di integrazione funzionale per Linee di Produzione.

In tale quadro programmatico, la definizione e la gestione della rete è affidata ad un Coordinamento Regionale delle Reti dell'emergenza e tempo dipendenti che assicura il coinvolgimento istituzionale di tutti i soggetti partecipi, in corrispondenza al modello di Ospedale Unico Regionale, sopra delineato, con il compito di monitorare le reti ed i percorsi assistenziali dell'emergenza.



Il Coordinamento, istituito giusta determina del Direttore Generale per la Salute n. 13/2017 presso la Direzione Generale per la Salute della Regione Molise, è presieduto dal Direttore Generale per la Salute, e vede il coinvolgimento dei Dirigenti dei Servizi regionali interessati alla programmazione in ambito ospedaliero e territoriale, nonché alla gestione dei flussi informativi (area della Programmazione), dal Direttore Sanitario ASREM e dal Dirigente Responsabile del SET 118, dai Dirigenti medici responsabili dei Pronto Soccorso dei tre plessi ospedalieri nonché dal Direttore della UOC Terapia Intensiva del centro Hub (Area organizzativa).

Per ognuna delle reti delle patologie tempo dipendenti, inoltre, il Coordinamento Regionale è integrato da professionalità specifiche per disciplina.

Il gruppo di Coordinamento, costituito nella sua composizione da professionalità regionali, aziendali e cliniche, consente, quindi, di esprimere con chiarezza le interrelazioni tra il livello programmatico regionale (Coordinamento Regionale delle Reti), quello organizzativo-gestionale dell' Azienda Sanitaria Regionale e quello clinico dei professionisti.

Al Coordinamento è affidato, altresì, il ruolo di programmazione, organizzazione, attivazione e verifica del sistema della Rete dell'emergenza e delle Reti tempo dipendenti.

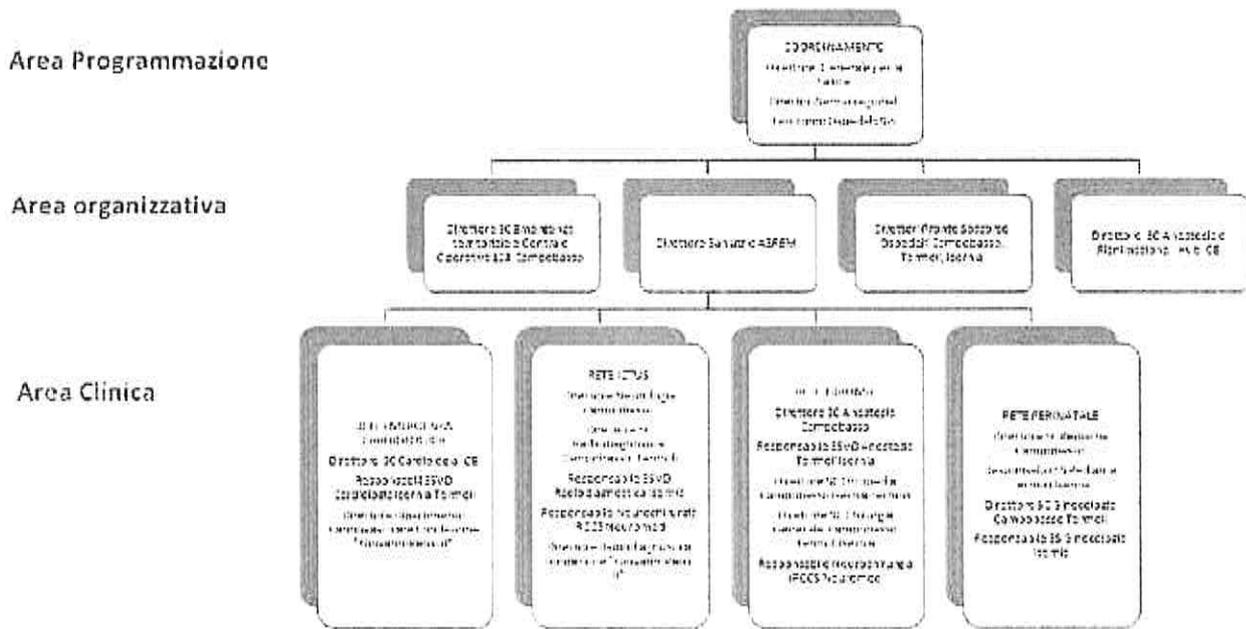
Tale organismo dovrà garantire, nel rispetto dei ruoli rappresentati, il governo del sistema e l'integrazione organizzativa e clinica dei professionisti coinvolti.

Le competenze attribuite al Coordinamento Regionale delle Reti sono così sintetizzate:

- Affidare la stesura dei i protocolli e le procedure relative alle principali patologie di riferimento ai professionisti coinvolti;
- Monitorare i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), nonché la loro corretta applicazione;
- Implementare la gestione organizzativa e delle raccomandazioni cliniche, definendo e monitorando per ogni Rete, le indicazioni, le modalità e il timing del cambio di setting assistenziale;
- Diffondere *report* periodici sul funzionamento delle Reti;
- Definire degli obiettivi formativi professionali per gli operatori finalizzati alla definizione delle competenze richieste agli operatori coinvolti.



Di seguito si rappresenta graficamente la composizione del Comitato di Coordinamento Regionale delle Reti Tempo-dipendenti



La Direzione Aziendale ASREM provvederà a coinvolgere i professionisti che riterrà utili per la *governance* delle singole Reti Tempo Dipendenti.

[Handwritten signatures and initials]

2. Rete Ospedaliera

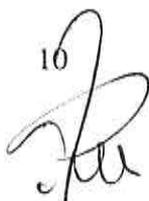
Il Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n. 70 prevede, all'articolo 1 comma 2, che le Regioni provvedono “[...] ad adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, nonché i relativi provvedimenti attuativi [...]”. Il successivo comma 3, lett. “b”, punto 4, con riferimento ai posti letto, afferma, ancora, che “l’allineamento alla dotazione attesa, nelle Regioni in Piano di rientro avverrà progressivamente entro il triennio di attuazione del Patto per la Salute 2014-2016, nei tempi e con le modalità definite nei vigenti Programmi Operativi 2013-2015 ovvero nei Piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del Servizio sanitario regionale, così come ridefiniti ai sensi dell’articolo 12 del nuovo patto per la salute 2014-2016”;

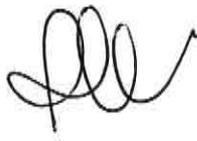
Ai sensi del punto 2.5 dell’Allegato 1 del DM 70/2015 “Il provvedimento regionale generale di cui all’articolo 1, comma 2, del presente decreto, stabilisce che, fermo restando che l’attività assistenziale esercitata per conto del Servizio sanitario nazionale viene annualmente programmata dalla regione con la fissazione dei volumi di attività ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale, considerando la presenza delle specialità previste per i tre livelli a complessità crescente”.

Il provvedimento ministeriale dispone, inoltre, che:

- il medesimo provvedimento regionale di programmazione generale di riduzione della dotazione di posti letto “[...] può prevedere, altresì, strutture con compiti complementari e di integrazione all’interno della rete ospedaliera stabilendo altresì che, a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti [...]”.



10




- “[...] per le strutture accreditate già esistenti alla data del 1 gennaio 2014, che non raggiungono la soglia dei 60 posti accreditati per acuti, anche se dislocate in siti diversi all’ interno della stessa regione, sono favoriti i processi di riconversione e/o di fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico [...]”;

Su tale ultimo aspetto si è in attesa dell’adozione della specifica Intesa in Conferenza Stato-regioni, con la quale dovranno essere individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, che dovranno ricomprendere le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché le attività affini e complementari relative all’assistenza sanitaria ospedaliera per acuti.

In questa ottica la Regione Molise intende promuovere la qualità dell’ assistenza, la sicurezza delle cure, l’uso appropriato delle risorse, migliorando in particolare l’appropriatezza organizzativa, orientando l’ attività di ricovero verso le forme che rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione assistita, al fine anche di incidere maggiormente sulla qualità dell’assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza.

In particolare la programmazione regionale, con riferimento al riassetto della rete ospedaliera e specificatamente ai fini della rimodulazione complessiva (posti letto e discipline), ha individuato un percorso metodologico che ha tenuto conto del contesto demografico e socio-economico regionale, basandosi su:

- Verifica della corrispondenza dell’attuale assetto regionale rispetto agli standard normativi relativi ai posti letto (acuti/post-acuti; pubblico/privato);
- Applicazione degli standard per disciplina previsti dal DM 70/2015;
- Verifica dell’appropriatezza delle prestazioni erogate e da erogare nel futuro assetto in relazione ai reali fabbisogni regionali (pur considerando la componente della mobilità attiva), in applicazione della metodologia proposta nel documento del Ministero della Salute “Analisi di supporto per la redazione del Programma Operativo Straordinario del Molise – Giugno 2015”;
- Adeguamento agli standard della rete emergenza-urgenza e ospedaliera;



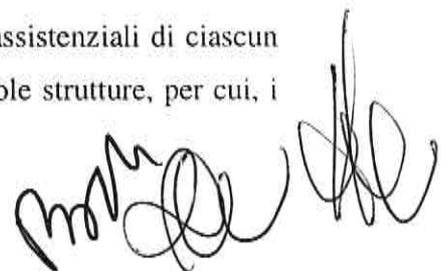
The bottom of the page features several handwritten signatures and initials. From left to right, there is a large 'M', a signature that appears to be 'F. J. J.', a signature that appears to be 'M. J.', and a signature that appears to be 'R. J.'. There is also a large, stylized signature on the right side of the page, possibly 'L. J.'.

Nel processo di riassetto della rete ospedaliera e della relativa riorganizzazione dei posti letto e delle discipline si è tenuto conto:

- della popolazione molisana residente al 1 gennaio 2015 e pari a 314.725 abitanti (fonte ISTAT aggiornata al 1° gennaio 2015),
- dell'offerta di posti letto per 1.000 abitanti che alla stessa data che risultava pari a 4,03 contro i 3,7 previsti dagli standard nazionali. Di questi 3,29 (per 1.000 abitanti) sono posti letto per acuti e 0,74 posti letto (per 1.000 abitanti) per post acuti;
- della dotazione di posti letto (RO e DH/DS) di acuzie e post acuzie al 31 dicembre 2015, che risultava pari a n. 1.269, di cui n. 1.110 destinati al regime ordinario e n. 159 al regime diurno;
- del fabbisogno di posti letto (RO e DH/DS) di acuzie e post acuzie conforme allo standard ministeriale del 3,7 x 1.000 abitanti (calcolati rispetto alla popolazione ISTAT al 1° gennaio 2015) è pari a n. 1.164 posti letto, di cui n. 944, secondo lo standard di 3,0 x 1000 abitanti per acuti, e n. 220, secondo lo standard ministeriale dello 0,7 x 1000 abitanti per post acuti.

Le valutazioni operate sui dati sopra indicati hanno messo in evidenza che la Regione Molise, al pari di altre Regioni in Piano di Rientro, ha registrato un eccesso di prestazioni in ambito ospedaliero non coerente con le esigenze della popolazione molisana e, pertanto, si è ritenuto fondamentale programmare interventi volti alla rimodulazione e riqualificazione dell'attività di assistenza regionale riducendo il ricorso all'ospedale e procedendo alla riorganizzazione e al potenziamento (dove necessario) delle attività di assistenza territoriale. Sulla base della metodologia proposta dal documento *"Analisi di supporto per la redazione del Programma Operativo Straordinario del Molise – Giugno 2015"*, redatto dal Ministero della Salute, e dalla conseguente identificazione dei margini di inappropriata e di inadeguatezza dell'offerta assistenziale rispetto alla domanda soddisfatta nel 2013, è stato, pertanto, determinato il fabbisogno regionale di posti letto a carico del SSR e la dotazione complessiva è stata oggetto di una profonda revisione che ha permesso di determinare con esattezza il fabbisogno assistenziale per singola disciplina;

La nuova dotazione di posti letto della Regione Molise è stata determinata entro i limiti fissati dal DM 70/2015, pur tenendo conto delle necessità assistenziali di ciascun bacino regionale nonché delle peculiarità ed eccellenze delle singole strutture, per cui, i



posti letto programmati, per singola struttura e singolo reparto, per la componente sia pubblica che privata, risultano essere in piena coerenza con le disposizioni vigenti.

Il Programma Operativo Straordinario 2015-2018, utilizzando criteri che permettano di ridurre l'inappropriatezza sanitaria e l'inadeguatezza organizzativa, ha rimodulato la dotazione complessiva di posti letto per l'assistenza ospedaliera in n. 980 posti letto (n.3,11 posti letto per 1.000 abitanti) determinando una configurazione tale da risultare perfettamente equilibrata tra le esigenze della popolazione regionale, inclusa la mobilità attiva, e le necessità di recuperare efficienza ed efficacia.

La Regione Molise ha inteso, dunque, adottare una strutturazione in base alla quale si prevede che l'attività ospedaliera si concretizzi in un'offerta unitaria governata attraverso un sistema integrato secondo il modello Hub and Spoke con l'implementazione dell'organizzazione ospedaliera per intensità di cura. L'offerta assistenziale di ciascuna struttura ospedaliera è stata regolata mediante aree di ricovero funzionali per discipline omogenee, superando in questo modo l'organizzazione statica del modello specialistico, nonché il sistema di allocazione e gestione delle risorse strutturali centrato sulle specialità cliniche e sulle unità organizzative a confini rigidi. Il ricorso a tali soluzioni organizzative consente un migliore utilizzo delle risorse e, soprattutto, attraverso la sovrapposizione multidimensionale di tali modelli, anche con le integrazioni clinico - professionali, rendendo più flessibile e dinamica la risposta di ciascuna struttura alle necessità dei pazienti, superando la valutazione dell'attività sanitaria basata esclusivamente sul numero dei posti letto.

In adempimento alle previsioni del Programma Operativo Straordinario 2015-2018 si è proceduto, altresì, alla riconversione dei Presidi di Larino e Venafro, prevedendo posti letto per acuti nell'ambito della sola offerta pubblica nei presidi di Campobasso, Isernia, Termoli ed Agnone, in modo da rispondere attraverso il modello Hub and Spoke al bisogno di ospedalizzazione espresso dalle popolazioni afferenti ai diversi territori della regione. A tal fine:

- il Presidio "Cardarelli" di Campobasso – DEA di I livello *'allargato'* a discipline già presenti e ritenute indispensabili in ragione delle caratteristiche peculiari della rete, costituisce HUB per la rete Ospedaliera e dell'Emergenza Urgenza e funzionalmente integrato con la Fondazione Giovanni Paolo II;

- i Presidi “Veneziale” di Isernia e “S. Timoteo” di Termoli sono strutturalmente e funzionalmente collegati con il Presidio Ospedaliero Cardarelli di Campobasso;

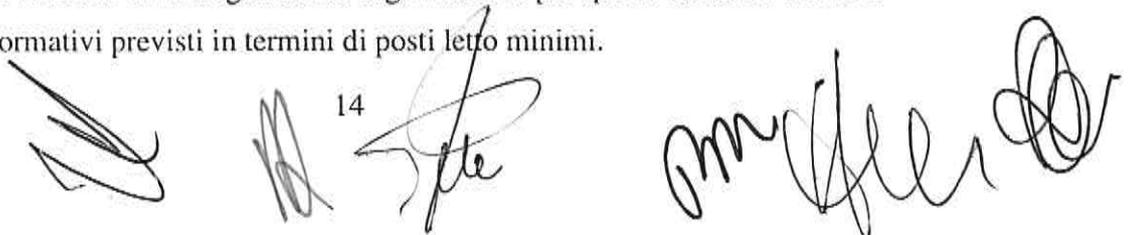
- l’Ospedale “S.F. Caracciolo” di Agnone, si configura come Ospedale di area disagiata, con funzioni di assistenza e di cura dei pazienti acuti con la possibilità di ricoverare ed osservare i pazienti che richiedono un periodo di cure più lungo, oltre che stabilizzare e provvedere al trasferimento all’ospedale di livello superiore.

La programmazione regionale nel prevedere una integrazione funzionale tra il Presidio ospedaliero “Cardarelli” di Campobasso e la Fondazione di Ricerca e Cura “Giovanni Paolo II” (cfr. invio SiVeAS n 111-A del 02/11/2016 - “Integrazione Ospedale “Cardarelli” e Fondazione “Giovanni Paolo II”- Studio di Fattibilità”), arricchisce la strutturazione della complessiva assistenza attraverso la creazione di un unico ospedale che renderà possibile l’erogazione di prestazioni sanitarie razionalizzando l’offerta ed evitando la duplicazione di servizi.

Il Protocollo d’Intesa tra la Regione Molise e Azienda Sanitaria del Molise - ASReM nonché Fondazione di Ricerca e Cura “Giovanni Paolo II”, in particolare, determina una ridefinizione della dotazione complessiva di posti letto per il SSR, con un incremento di n. 16 posti letto e conseguente redistribuzione funzionale delle discipline, comunque entro lo standard fissato dal D.M. n. 70/2015 nel rispetto dei criteri di riferimento del Programma Operativo Straordinario 2015-2018 volti alla riduzione dell’ inappropriatazza sanitaria e dell’ inadeguatezza organizzativa.

Lo stesso Protocollo d’Intesa, in ragione del ruolo dell’ Hub regionale attribuito al Presidio “Cardarelli”, attribuisce allo stesso la *governance* della rete oncologica regionale.

Nel complessivo ambito di riferimento relativo alle strutture private accreditate, in base alla programmazione regionale dovranno svolgere compiti complementari e di integrazione all’interno del Sistema Sanitario regionale, e, pertanto, devono contribuire , con le rispettive dotazioni di posti letto accreditati, all’attività delle reti dell’emergenza, all’abbattimento delle liste di attesa e alla riduzione della mobilità passiva. Con la nuova dotazione di posti letto si renderà necessario modificare gli attuali accreditamenti a carico del SSR molisano e rivedere la configurazione organizzativa per quelle strutture che non rispettano i limiti normativi previsti in termini di posti letto minimi.

 14

La necessità di attuare la riorganizzazione della rete ospedaliera, coerentemente con l'evoluzione del quadro normativo in materia, nonché con la corrispondente programmazione regionale, anche con riferimento ai livelli essenziali di assistenza e agli obiettivi economico-finanziari fissati, la programmazione rende la rete ospedaliera regionale in grado di rispondere in maniera adeguata ai nuovi bisogni e modalità assistenziali, in un'ottica finalizzata alla promozione della qualità, della sicurezza delle cure, dell'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero.

La complessiva riorganizzazione delle discipline e dei relativi posti letto è rappresentato di seguito.



REGIONE MOLISE

Rete Ospedaliera - Programma Operativo Straordinario 2015/2018

Posti letto SSR Molise

Disciplina	"Cardarelli" Campobasso		"Veneziale" Isernia		"S. Timoteo" Termoli		"Caracciolo" Agnone (IS)		"Fondazione GPII"		"Neuroned"		"Villa Maria"		"Villa Esther"		"Gesa"		TOTALE		
	Ora	DHYDS	Ora	DHYDS	Ora	DHYDS	Ora	DHYDS	Ora	DHYDS	Ora	DHYDS	Ora	DHYDS	Ora	DHYDS	Ora	DHYDS	Ora	DHYDS	Tot
02 - Day Hospital																					9
07 - Cardiocirurgia									20												20
08 - Cardiologia	9	10	5	10	9	10			18	20										45	50
09 - Chirurgia Generale	21	27	20	21	12	21			28						25	30				111	127
14 - Chirurgia Vascolare	3	7																		12	13
19 - Malattie Endocrine, del Ricambio																					3
21 - Ginecologia																					20
24 - Malattie Infettive e Tropicali	2	3																			3
36 - Medicina Generale	38	40	25	27	25	27	14							20	20					128	148
39 - Neurologia	3	10																		8	10
39 - Neurochirurgia																					35
32 - Neurologia	5	8																			35
34 - Ostetricia																					52
36 - Ortopedia e Riabilitazione	2	22	15	16	15	16														52	54
37 - Ostetricia e Ginecologia	21	24	1	9	14	16									10	10				60	64
35 - Ortopedia e Riabilitazione	3	4																		44	49
39 - Pediatria	5	7	5	5	5	5														3	6
40 - Fisiologia	3	6	5	6	6	7														16	17
43 - Urologia	10	11																		16	19
45 - Terapia intensiva																				19	21
50 - Unità Coronaria - UIC																				31	31
51 - Medicina Chirurgia Accettazione U	10	10	5	5	5	5														15	15
52 - Recupero e Riabilitazione	17	19	20	20	20	20									10	10				20	20
52 - Lungologia			18	18	15	18															36
52 - Neonatologia	7	8																			7
54 - Oncologia			4	6	4	6															16
55 - Oncematologia																					8
70 - Radioterapia																					16
73 - Terapia Intensiva Neonatale	5	5																			8
75 - Neuroriabilitazione																					2
88 - Day Surgery																					5
Terapia del Dolore																					45
Chirurgia Senologica e Breast Unit																					3
IVG																					2
Stroke Unit																					2
Totale	218	258	145	161	157	177	34	20	95	105	145	36	40	55	70	20	20	389	107	996	

P.L. Tecnici

37 - Dietisti

31 - Nido

I Plessi Ospedalieri che concorrono alla rete dell'emergenza nella Regione Molise sono:

- **Ospedale di Campobasso** identificabile nei documenti di programmazione quale DEA I livello.

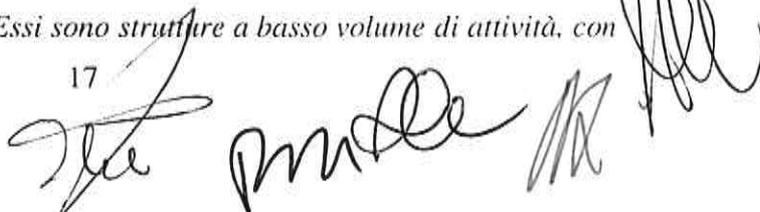
Secondo la normativa, la struttura ospedaliera sede di DEA di I livello *“esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di Pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza, al DEA di II Livello”*.

Il Plesso Ospedaliero di Campobasso assume il ruolo di *“Hub”* regionale come DEA di I livello per la centralizzazione delle competenze e, in ragione dello specifico ruolo, mantiene, in deroga al DM n. 70/2015 specialità già attive, quali la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica e la funzione di neurochirurgia nell'emergenza

- **Ospedali di Isernia e Termoli**, qualificati, secondo le indicazioni del POS 2015-18 quali Ospedali sede di Pronto Soccorso sono definiti dal DM70/2015: *“è la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità). Devono essere presenti le discipline di Medicina interna, Chirurgia generale, Anestesia, Ortopedia e Servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H/24 di Radiologia, Laboratori” - Emoteca.”*

I Plessi Ospedalieri di Isernia e Termoli rappresentano, quindi, gli *“Spoke”* per le reti tempo dipendenti e, per la dotazione di U.O. di cui sono forniti, caratteristico di un Ospedale sede di Pronto Soccorso, come previsto dal D.M. n. 70/2015, sono in grado di svolgere un ruolo autonomo per il proprio bacino di popolazione;

Alla rete concorre, altresì, il Plesso Ospedaliero *“Caracciolo”* di Agnone in quanto ospedale di area particolarmente disagiata. Sono tali per la normativa in materia gli ospedali *“... distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. In tali presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta. Essi sono strutture a basso volume di attività, con*



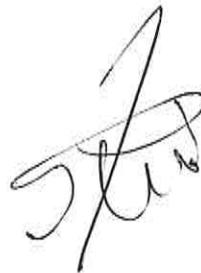
funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza e con un numero di casi insufficiente per garantire la sicurezza delle prestazioni, il mantenimento delle competenze professionali e gli investimenti richiesti da una sanità moderna.”

L'Ospedale di Zona Disagiata di Agnone è, in quanto tale, provvisto di Pronto Soccorso con servizio di Emergenza-Urgenza, presidiato da un organico medico dedicato a tale attività (personale in turnazione dal *Spoke* di Isernia), che svolga attività di primo intervento (cfr. DCA n. 15 del 28.02.2017). A tale presidio afferiscono i livelli inferiori di complessità dell'assistenza.

Gli ex Ospedali di Venafro e Larino, riconvertiti in Case della Salute includenti Ospedali di Comunità (cfr. DCA nn. 26, 27,68 e 69 del 2016.), svolgono un ruolo nella rete, in quanto sede di strutture deputate alle *cure intermedie* necessarie alla fase successiva al ricovero.

Nelle rispettive sedi sono attivi Punti di Primo Intervento atti a gestire le “*urgenze minori*”, al fine di “decomprimere” l'attività dei P.S. degli Ospedali per acuti. I Punti di Primo Intervento verranno sostituiti da postazioni avanzate della Rete di Emergenza Territoriale

Rispetto all'offerta assistenziale regionale, si deve tenere conto, altresì, che accanto ai presidi pubblici sono presenti anche due Erogatori privati accreditati i cui rapporti con la Rete sono regolamentati, come da direttiva del POS 2015-18, da appositi accordi.



3. Rete dell'Emergenza Ospedaliera

L'evoluzione della rete ospedaliera resa necessaria dal rispetto degli standard e dalla congruità tra capacità delle strutture e volumi di attività per la Regione, è definita nel capitolo precedente.

Tale scelta, evidentemente, è funzionale alla necessità di razionalizzare l'offerta e concentrare attività e competenze. La stessa, pertanto, non costituisce una riduzione dell'offerta sanitaria, ma al contrario rappresenta, attraverso la razionalizzazione e l'integrazione delle modalità assistenziali disponibili, una risposta efficace al bisogno di salute regionale, superando la frammentazione delle Unità Operative esistenti.

L'accentramento delle aree assistenziali ospedaliere comporta, infatti, il trasferimento presso strutture territoriali di prossimità, di parte delle attività assistenziali, determinando, quindi, la concentrazione dell'attività ospedaliera alla sola acuzie e liberando, in tal modo, risorse da dedicare all'emergenza.

La centralizzazione delle patologie più complesse permette di assicurare, dunque, la riduzione del tempo necessario per raggiungere la sede idonea al trattamento definitivo, garantendo la presenza di professionalità con maggiore esperienza nella gestione, attivando, eventualmente, solo per le competenze non disponibili, centri extraregionali attraverso accordi e protocolli assistenziali.

Il Decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 prevede che *“La rete ospedaliera dell'emergenza è costituita da strutture di diversa complessità assistenziale che si relazionano secondo il modello hub and spoke [...]. Tali strutture sono in grado di rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla loro complessità, alle competenze del personale nonché alle risorse disponibili”*.

Il Pronto Soccorso è una funzione inclusiva della capacità assistenziale dell'intero ospedale e quindi le sue problematiche gestionali di *“sovraffollamento”* e *“attesa prolungata”* del ricovero devono necessariamente essere integrate con l'organizzazione funzionale dell'Ospedale di cui fa parte.

La tabella successiva mostra la distribuzione delle U.O. tra i Plessi Ospedalieri pubblici che concorrono alla Rete dell'emergenza

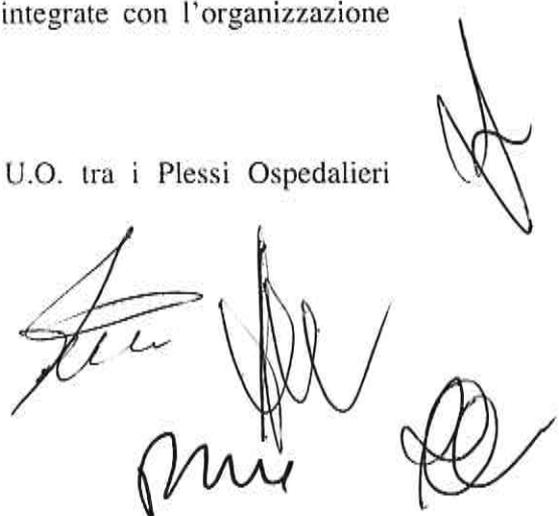
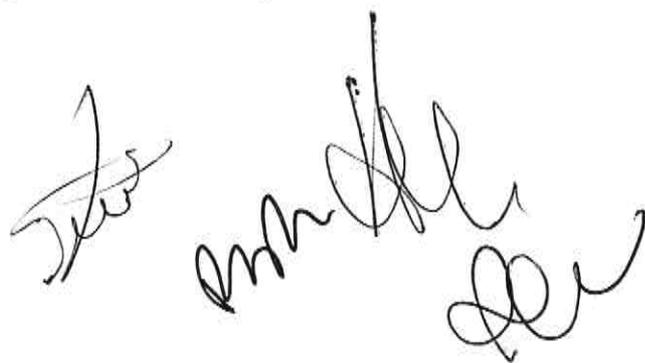


Tabella 1 - Distribuzione delle U.O. tra gli ospedali pubblici che concorrono alla Rete

Agnone	Termoli	Isernia	Campobasso	Afferenze Specialistiche
X	X	X	X	Radiologia
	X	X	X	Laboratorio Analisi
X	X	X	X	Pronto Soccorso con OBI/med. Urg.
X	X	X	X	Medicina Generale
	X	X	X	Chirurgia Generale
	X	X	X	Anestesia/ Terapia Intensiva Adulti
	X	X	X	Centro Trasfusionale
	X	X	X	Cardiologia con UTIC e Lab.
				Cardiochirurgia
	X	X		Emodinamica interventistica
			X	Neurologia/ Stroke Unit
				Neurochirurgia
	X	X	X	Ortopedia e Traumatologia
	X	X	X	Ostericia e Ginecologia
	X	X	X	Pediatria
	X	X	X	Psichiatria
	X	X	X	Endoscopia Digestiva/Gastroenterologia
			X	Chirurgia vascolare
			X	Diabetologia/Endocrinologia
				Geriatria
			X	Malattie Infettive
			X	Neonatalogia/STIN/STEN
			X	Nutrizione Clinica
	X	X	X	Oculistica
	X	X	X	Oncologia
	X		X	Otorino
	X		X	Urologia

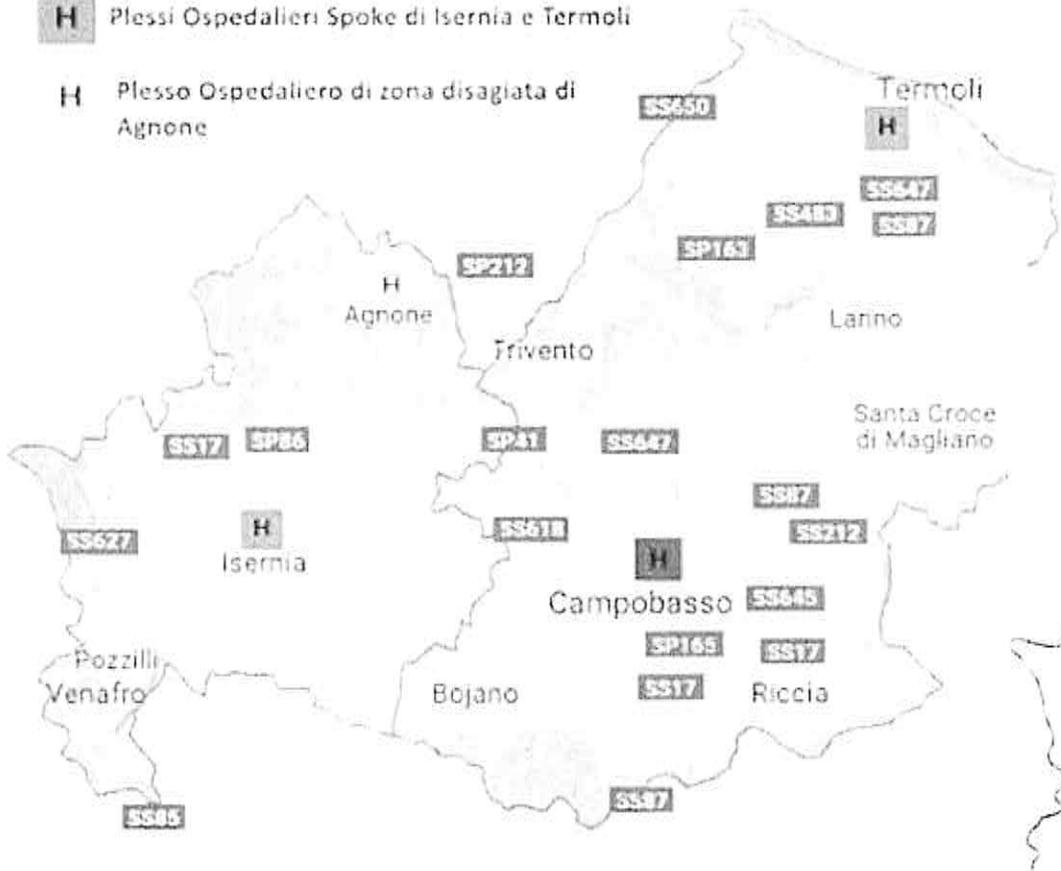
- La Fondazione *Giovanni Paolo II* entra nella rete per le emergenze cardiologiche per la competenza Cardiochirurgica;
- L'IRCCS *Neuromed* entra nella rete per la competenza Neurochirurgica.

La configurazione adottata ha tenuto conto dei bacini di popolazione di riferimento e delle condizioni orogeografiche della regione, e quindi della viabilità e dei relativi tempi di percorrenza

I Plessi Ospedalieri della Rete dell'emergenza

- H** Plesso Ospedaliero Hub di Campobasso
- H** Plessi Ospedalieri Spoke di Isernia e Termoli
- H** Plesso Ospedaliero di zona disagiata di Agnone



21

Handwritten signatures and initials are present at the bottom of the page, including a large signature on the left, a signature in the middle, and several initials on the right.

3.1 Dati di attività (fonte: Engineering PS WEB- Molise Dati)

Per programmare l'assetto delle reti è necessario far riferimento ai volumi di attività svolti per l'emergenza. Si sono considerati gli anni 2014 e 2015.

L'attività del Sistema Ospedaliero di Emergenza in termini di accessi ai P.S. della regione è sintetizzata dalle tabelle successive.

Tabella 2 - Accessi totali comprensivi di accessi diretti al P.S più attività di accettazione svolta dai pronto soccorsi:

	Campobasso		Termoli		Isernia		Larino		Venafro	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Accessi PS	32.843	33.949	28.275	28.973	22.255	22.355	13.289	11.208	6.404	6.186
Accettazione	4.240	3.755	3.245	2.909	2.945	3.008	1.346	1.090	1.058	695
Accessi Totali	37.083	37.704	31.520	31.882	25.200	25.363	14.635	12.298	7.462	6.881

Tabella 3 - Accessi in P.S. distinti per modalità di arrivo - 2014 e 2015:

	Campobasso		Termoli		Isernia		Larino		Venafro	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
TOT	32.843	33.949	28.275	28.973	22.255	22.355	13.289	11.208	6.404	6.186
118	4.658	4.691	3.543	3.820	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
ALTRO	2.288	1.976	215	210	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Elicot.	40	27	41	46	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
AUTON	25.857	27.255	24.476	24.897	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Tabella 4 - Volume di accessi ed esito della prestazione di P.S. per priorità di triage - 2014 e 2015:

	Esito	Campobasso		Termoli		Isernia		Larino		Venafro	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Accessi		32.843	33.949	28.275	28.973	22.255	22.355	13.289	11.208	6.404	6.186
Bianchi	accessi	237	425	3.803	2.915	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	ricoveri	2	7	46	28	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	trasferiti	0	0	1	1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Verdi	accessi	23.121	22.872	19.256	20.880	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	ricoveri	3.193	3.194	2.594	2.797	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	trasferiti	8	9	42	34	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Gialli	accessi	9.107	10.175	5.066	5.067	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	ricoveri	3.971	4.001	2.238	2.235	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	trasferiti	22	12	68	52	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Rossi	accessi	361	467	148	108	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	ricoveri	300	356	98	71	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	trasferiti	5	4	12	21	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Neri	accessi	17	10	2	3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Incidenza ricovero in rapporto n. accessi tot.		22,73	22,26	17,60	17,71	12,06	13,73	2,30	1,64	6,37	4,67
% Pazienti in ps > 24 h		2,99	4,11	0,02	0,08	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
% cartelle chiuse < 12 h		97,16	96,24	99,55	99,36	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

23

Appare evidente la non uniformità nelle varie strutture sulla raccolta e trasmissione dei dati acquisiti mediante i sistemi informatici a disposizione dei presidi, che risultano completi solo nei Plessi Ospedalieri di Campobasso e Termoli.

Con riferimento a questi ultimi, i tempi di attesa medi di permanenza del paziente in P.S. entro le 12 o oltre le 24 ore sono superiori agli indicatori AGENAS, rispettivamente del 94,9% e dell'1,8% .

Per quanto attiene alla percentuale di ricoveri tra i pazienti portati in P.S., emerge che nei P.S. soppressi di Larino e Venafro, solo un numero ridotto di questi ha avuto effettivamente necessità di un ricovero successivo alla prestazione in P.S. (solo il 10% rilevato rispetto al numero totale dei ricoveri) ad indicare l'inappropriato accesso al Pronto Soccorso delle due strutture attualmente riconvertite. L'attivazione degli Ospedali di Comunità alle sedi di Larino e Venafro consente, pertanto, di rispondere più efficacemente alle esigenze della popolazione che ha avuto, secondo i dati sopra richiamati, accesso al Pronto Soccorso per situazioni cliniche di minore gravità, che possono essere affrontate, quindi, in altro *setting* assistenziale.

I tempi medi di permanenza, dall'arrivo in P.S. al ricovero presso il reparto di competenza o la dimissione a domicilio, negli anni 2014 e 2015 sono stati analizzati in funzione dei criteri di priorità rispetto al *triage*.

Tabella 5- Tempi di permanenza del paziente all'interno del P.S. negli anni 2014 e 2015

	Campobasso		Termoli		Isernia		Larino		Venafro	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Bianchi	137'	135'	161'	163'	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Verdi	165'	160'	157'	162'	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Gialli	297'	330'	178'	183'	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Rossi	211'	256'	119'	119'	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

L'attività, anche in questo caso, è stata registrata esclusivamente in due ospedali in cui i tempi di attività sui codici a maggiore gravità sono conseguenti alla necessità di applicare procedure atte alla stabilizzazione del paziente, e procedure di diagnostica, effettuate in P.S., prima di ricoverare nel reparto di competenza.

L'incidenza di accesso al P.S. per fascia oraria, negli anni 2014 e 2015, rappresentata nella tabella successiva, rileva come il maggiore afflusso sia concentrato nelle ore diurne, in particolare in quelle mattutine, e diminuisce significativamente durante la notte.

Tabella 6 - % Accessi per fascia oraria ai Pronto Soccorso.

% Accessi per fascia oraria						
	8-14		14-20		20-8	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Campobasso	41	42	32	32	27	26
Termoli	40	40	32	32	28	28
Isernia	51	49	37	38	12	13
Larino	61	61	34	35	5	4
Venafro	44	45	33	32	23	23

L'efficienza del sistema è condizionata significativamente dalla organizzazione complessiva interna degli ospedali che determina le capacità di accettazione e gestione dei pazienti in accesso.

A tal fine è prevista l'istituzione del ruolo del "Bed manager" per efficientare l'uso dei Posti Letto nei diversi Plessi Ospedalieri dell'Ospedale Unico Regionale.






Tabella 7 - Degenze medie dei ricoveri nelle UU.OO. di riferimento (Anno 2015)

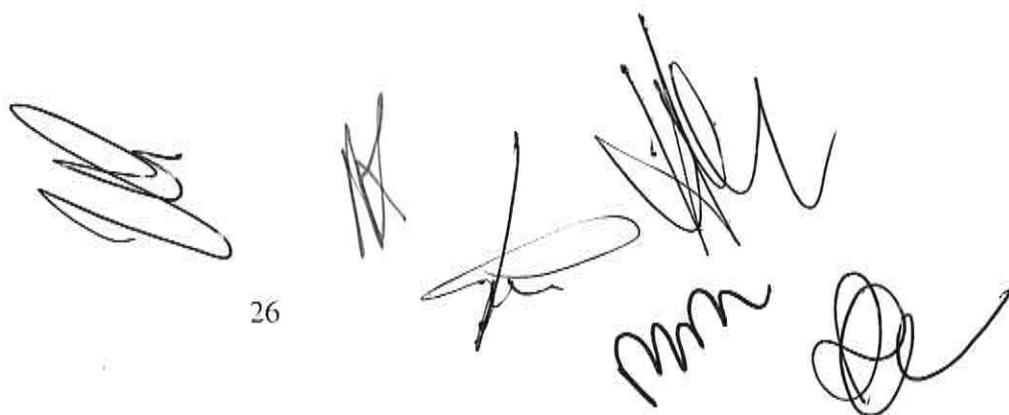
Cod.	Unità Operativa	Campobasso		Termoli		Isernia		Larino		Venafro		Agnone	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
09	Chirurgia generale	9,79	10,40	9,17	8,47	8,07	8,05	5,51	4,83	n.a.	n.a.	6,81	7,71
26	Medicina generale	9,48	10,56	8,11	8,03	12,70	12,56	n.a.	n.a.	6,38	6,42	8,79	10,55
36	Ortopedia e traumatologia	10,16	10,29	7,90	9,13	n.a.	7,28	n.a.	n.a.	7,14	7,06	n.a.	n.a.
49	Terapia intensiva	14,19	14,49	13,10	15,26	13,80	10,03	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
51	Astanteria	11,43	9,78	3,54	3,56	n.a.	n.a.	7,29	4,00	n.a.	n.a.	1,05	1,40
Degenza media preoperatoria		3,58	3,12	1,82	1,97	2,21	2,60	2,24	1,77	3,77	4,13	1,69	2,48

Le degenze medie risultano più alte presso l'Ospedale di Campobasso che costituisce riferimento anche per gli altri presidi della Regione e, pertanto, tratta pazienti a maggiore complessità clinica, come si evince dall'analisi delle SDO.

Le degenze pre-operatorie sono spesso lontane dall'1,71 giorni, previsti dalla media nazionale.

Nel sistema in rete assume fondamentale importanza la movimentazione dei pazienti, sia per i trasporti secondari dallo "Spoke" all'"Hub", sia per i trasferimenti alla dimissione verso le strutture residenziali intermedie.

Dalla dotazione attuale si rileva che ognuno dei Plessi Ospedalieri, compresi quelli in riconversione, è dotato di ambulanze per il trasferimento dei pazienti nelle varie strutture come rappresentato nella tabella seguente.



26

Tabella 8 – Dotazione di ambulanze da parte dei plessi ospedalieri del Molise.

Codice Azienda	Codice struttura	Sub codice	Denominazione	Ambulanze tipo A stab.	Ambulanze tipo A con medico stab.	Ambulanze tipo B stab.	Ambulanze pediatriche stab.	Ambulanze trasp. emergenza neonato	Unità mobili rianimazione stab.
201	140001	01	Presidio ospedaliero 'A.Cardarelli'	4	0	1	0	2	0
201	140002	01	Ospedale S. Timoteo-Termoli	3	0	1	0	0	2
201	140002	02	Ospedale g. Vietri-Larino	0	0	1	0	0	1
201	140003	01	Ospedale Venezia-Isernia	1	0	2	0	0	0
201	140003	02	Ospedale Caracciolo Agnone	0	0	0	0	0	0
201	140003	03	Ospedale SS. Rosario - Venafro	0	0	0	0	0	0

Ogni Plesso Ospedaliero deve essere dotato di un parco mezzi utilizzabile dal 118 o dall'equipe ospedaliera per il trasferimento dei pazienti tra gli ospedali e dagli ospedali verso le strutture intermedie secondo quanto previsto dal regolamento dei trasferimenti che presuppone almeno una Unità di Rianimazione Mobile in ognuno dei tre Plessi Ospedalieri.

L'Osservazione Breve Intensiva e la Medicina d'Urgenza presentano diversa organizzazione nei vari Plessi Ospedalieri osservati.

Tabella 9 – Organizzazione dell'OBI nei Plessi Ospedalieri del Molise.

Medicina d'Urgenza/Astanteria	posti letto n.	ricoveri	Degenza media	Personale dedicato o integrato con il PS	altro
Campobasso	4 Ord. + 1 D.H.	- 117 R.O. - 301 R.O. afferenti ad altra U.O. - 23 D.H.	11,4	Dedicato	
Termoli	7 Ord +1DH	914 R.O.	3,3	7 inf. di cui 3 a T.D. – 43% Medici ed Ausiliari del PS	
Isernia	Non deliberato	8,4 %	8/24 h	Non dedicato	
Larino	4 posti tecnici + 1DH	728		Non dedicato	

Secondo i dati riportati nella tabella precedente, mentre Campobasso l'Osservazione Breve è attualmente gestita da personale dedicato, dipendente funzionalmente dal Direttore del P.S., a Termoli, dove esiste una Medicina d'Urgenza che gestisce i pazienti prima del ricovero presso i reparti di competenza, solo gli infermieri sono dedicati, medici ed ausiliari lavorano su P.S ed OBI.

Ad Isernia il personale del P.S. gestisce posti letto di appoggio al Pronto Soccorso.

Con riferimento ai tempi della Degenza Media, di cui alla tabella seguente rispetto ai posti letto di OBI si evidenzia il diverso utilizzo che nei vari Plessi Ospedalieri viene fatto dell'Astanteria.

Tabella 10 - Degenze medie ricoveri in Astanteria 2015

	Degenza media	Ricoveri	Ricoveri totali	%
Campobasso	9,78	241	15.394	1,57%
Termoli	3,56	690	10.144	6,80%
Isernia	n.a.	n.a.	7.459	n.a.
Larino	4,00	206	2.974	6,93%
Venafro	n.a.	n.a.	1.387	n.a.
Agnone	1,40	191	1.608	11,88%

Il riassetto della rete ospedaliera (DCA n. 14/2017) prevede per ognuno dei Pressi Ospedalieri un reparto di Medicina d'Urgenza (n. 10 posti letto a Campobasso, n. 5 a Termoli ed Isernia) con annessi posti letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI), come specificato nell'Atto Aziendale (Provvedimento Direttore Generale ASReM n 124/2017, recepito con DCA 16/2017).

L' OBI è prevista quale specifico Livello Essenziale di Assistenza dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (nuovi LEA) in funzione, tra l'altro, di garanzia di appropriatezza dei percorsi assistenziali complessi.

I punti chiave nell'analisi dell'attività dei Plessi Ospedalieri sono così sintetizzabili:

- L'accesso al P.S. avviene ad oggi in modo autonomo in una percentuale intorno al 78%.
- La gran parte degli accessi si è concentra già nei tre Plessi Ospedalieri maggiori (anche prima della riconversione degli ex Ospedali i Larino e Venafro).
- L'incidenza dei codici di triage giallo/rosso, indici di condizioni più gravi del malato assistito, e quindi a maggiore impatto di risorse, è maggiore nel Plesso Ospedaliero di Campobasso;
- L'impatto temporale degli accessi è concentrato nelle ore diurne, prevalentemente mattutine entro le 14, mentre si riduce in modo significativo nelle ore notturne.
- La percentuale di chiusura delle schede entro 12 ore e di permanenza in PS oltre le 24 ore sono superiori alle medie nazionali determinando la necessità di predisporre

29

- procedure operative condivise e comuni per ridurre i tempi di attesa;
- L'incidenza dei ricoveri da PS sul totale, dimostra come la disponibilità di posti letto sarebbe sufficiente a consentire un equilibrio tra i due canali di ricovero di urgenza e di elezione. L'indicatore di degenza pre-operatoria segnala, però, la necessita di ridurre tali tempi al fine di razionalizzare l'utilizzo dei posti letto. Nell'organizzazione ASREM al *Bed Manager* è affidato il ruolo di gestione dei trasferimenti tra Plessi Ospedalieri e del rapporto col territorio per la collocazione del paziente nel *setting* più appropriato in rapporto alle condizioni cliniche alla dimissione che ottimizzi l'utilizzo dei posti letto dei Plessi Ospedalieri;
 - I documenti per la presa in carico dei pazienti da parte delle strutture e/o del MMG vengono prodotti e gestiti tramite un software che condivide la documentazione clinica tra Plessi Ospedalieri, strutture territoriali e medici di assistenza primaria. Il Sistema informativo permette la condivisione dei dati ai fini della valutazione multidimensionale e multi specialistica delle UVM prevista per i pazienti che abbiano necessità di continuità assistenziale alla dimissione (dimissione protetta)

In merito si fa riferimento al Provvedimento del Direttore Generale ASREM n.727 del 02.09.2016 recante: *'Ridefinizione organizzativa e funzionale del Sistema Cure Domiciliari e della Rete Cure Palliative'*

Da quanto sopra esposto si rilevano le indicazioni per l'implementazione della rete dell'emergenza ospedaliera:

- Sono affidate all'ASReM e al Coordinamento Regionale per le reti dell'emergenza la produzione di protocolli operativi e linee guida interni necessari a ridurre i tempi di attesa e il sovraffollamento del Pronto Soccorso, al fine di limitare i tempi di degenza pre operatori e uniformare la gestione delle degenze nelle aree di Osservazione Breve.
- I sistemi informativi disponibili richiedono la loro implementazione affinché il flusso dei dati sia uniforme e fruibile da parte degli operatori.
- E' necessario fornire il centro "Hub" delle competenze di radiodiagnostica interventistica e di endoscopia d'urgenza indispensabili alla gestione di Patologie Tempo Dipendenti.
- E' necessario predisporre un sistema di governo dei posti letto la cui disponibilità sia conoscibile in tempo reale, per consentire agli operatori di gestire gli accessi, con particolare riferimento nelle Terapie intensive e semi intensive, nelle UTIC, e

nell'unica *Stroke Unit* prevista (*Bed Manager*). Tale funzione è affidata al SET 118 con la possibilità di utilizzare all'uopo anche il personale dirigente sanitario convenzionato con il sistema dell'emergenza territoriale, sotto la direzione del responsabile del 118.

Tenuto conto che la gran parte dei pazienti raggiunge in maniera autonoma i Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri, è necessario predisporre una campagna informativa sulla capacità delle strutture e su alcuni criteri di gravità, per raggiungere la struttura idonea nel minore tempo possibile. A tal proposito si predispongono opuscoli in cui si consiglia ai cittadini di rivolgersi al numero 118 per segnalare i propri sintomi.

L'Ospedale Caracciolo di Agnone, sede di Pronto Soccorso in quanto ospedale di area disagiata è in collegamento mediante telemedicina con il Pronto Soccorso del Plesso di Isernia, da cui dipende funzionalmente, per le decisioni cliniche da intraprendere in caso di pazienti affetti da patologie tempo dipendenti che raggiungono autonomamente il presidio

La centralizzazione primaria da parte del SET 118 per i pazienti dell'area di Agnone segue le indicazioni segnalate nelle procedure e nei Protocolli Diagnostico Terapeutici definiti per patologia

- il sistema viene governato dal Coordinamento Regionale della Rete di Emergenza che dovrà definire e monitorare gli indicatori di qualità organizzativa e di processo sulla base dei criteri richiesti dal Ministero competente e di quelli compresi tra gli indicatori nazionali e internazionali, su cui dovranno essere attivate rilevazioni e report periodici soggetti ad Audit annuale, compresa l'attività di rilievo di *customer satisfaction* concordate con le associazioni e le istituzioni.



4. Rete territoriale del Soccorso: Sistema 118

La revisione complessiva del sistema dell'emergenza non può prescindere dalla riorganizzazione della rete territoriale del soccorso, in un modello coerente con le mutate esigenze della rete ospedaliera e i mutati standard, per garantire una risposta appropriata e tempestiva in grado di gestire e trasportare il paziente nella sede definitiva di cura in sicurezza e in continuità con il percorso clinico.

Questi obiettivi devono convivere con le peculiarità territoriali.

La popolazione residente nel Molise è distribuita diffusamente in un ambiente orografico complesso per cui una parte della cittadinanza, con significativa incidenza di soggetti anziani, vive in piccole comunità, disperse sul territorio, come sotto specificato:

Popolazione residente (n. ab.)	In Comuni con meno di 500 ab.	In Comuni compresi tra 500 - 1.000 ab.	In Comuni compresi tra 1.000 e 2.000 ab.	In Comuni compresi tra 2.000 e 3.000 ab.	In Comuni compresi tra 3.000 - 4.000 ab.	In Comuni compresi tra 4.000 - 5.000 ab.	In Comuni Fino a 5.000	
							Totale	% residenti tot. totale
Prov. Isernia	3.226	14.434	17.004	9.478	3.185	-	47.327	15,1 %
Prov. Campobasso	3.503	17.688	35.597	14.849	17.229	14.057	102.923	32,8%
Totale	6.729	32.122	52.601	24.327	20.414	14.057	150.250	47,9%

In determinati periodi dell'anno, inoltre, è presente un incremento significativo della popolazione in alcune aree (durante la stagione invernale nelle aree di montagna e nelle stazioni sciistiche, in estate nelle aree costiere e in tutti i paesi dell'entroterra) che richiede un potenziamento dell'attività del sistema.

32

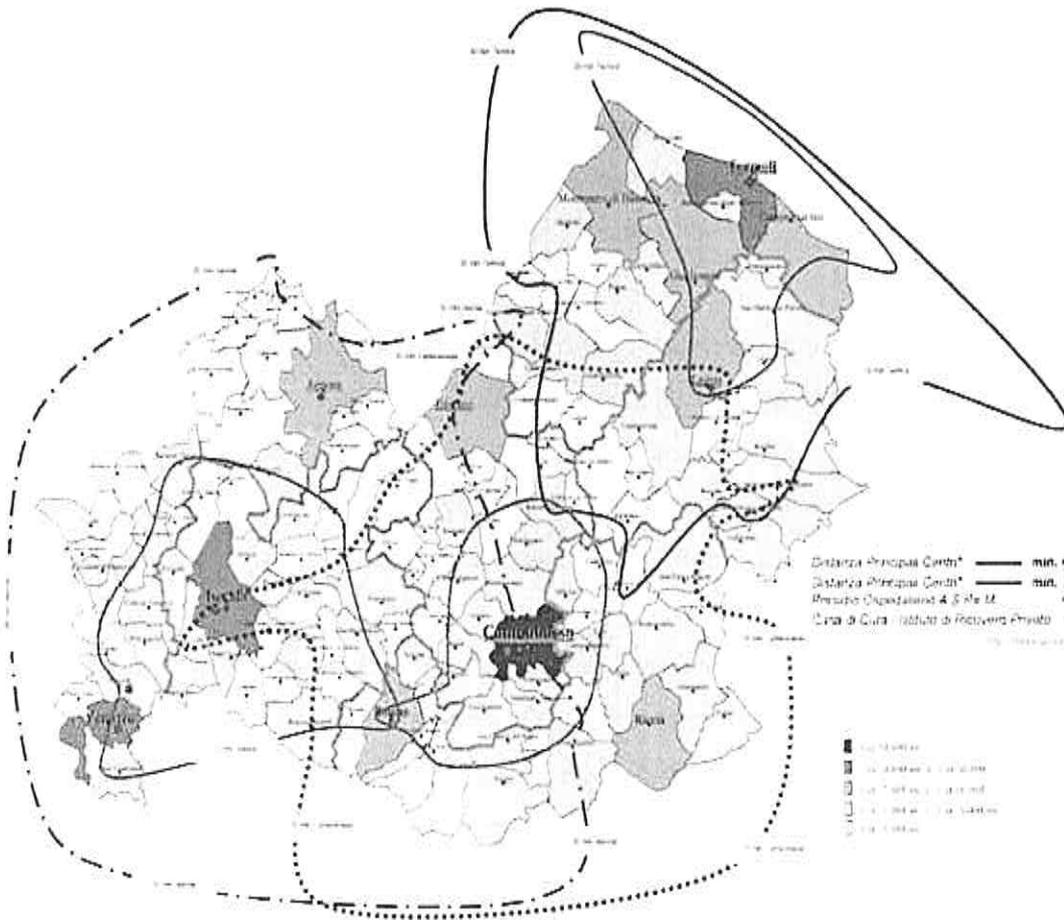
La situazione viaria è sviluppata a raggiera con molte aree che sono caratterizzate da percorsi terminali con vie di collegamento interno di percorribilità difficoltosa, da cui conseguono tempi di percorrenza superiori alle medie prevedibili in altre condizioni logistiche.

La riduzione dei presidi con accesso di pronto soccorso, intervenuta con la riconversione degli ex Ospedali di Larino e Venafro (DCA 26 e 27/2016), non ha alterato le condizioni di garanzia assistenziale in quanto non sono stati compromessi i tempi per il raggiungimento del Pronto Soccorso e, al contempo, le sedi oggetto di riconversione sono state adeguate con una idonea presenza sanitaria per capacità di intervento.

La centralizzazione delle U.O. funzionali alla gestione delle patologie tempo dipendenti, associata alle condizioni territoriali, ha richiesto una revisione della programmazione per consentire di governare i tempi di centralizzazione primaria e l'adeguata assistenza alla popolazione nella stessa area di residenza.

Le caratteristiche del Molise rappresentate da una popolazione diffusamente distribuita sul territorio, prevalentemente dispersa in piccoli paesi nella maggior parte dei casi situati in zona montana, mal servita dalle infrastrutture e l'accentramento delle strutture ospedaliere richiede un ripensamento della organizzazione. Le caratteristiche del territorio e quelle demografiche su esposte rappresentano variabili che influiscono significativamente sulla gestione dei soccorsi, determinandone un scostamento dagli standard richiesti.

Al fine della organizzazione del trasporto verso le sedi ospedaliere, sono state considerate le distanze delle zone territoriali rispetto ai Plessi Ospedalieri delle aree centrale (Plesso Ospedaliero di Campobasso), occidentale (Plesso Ospedaliero di Isernia), orientale (Plesso Ospedaliero di Termoli) raggiungibili in 30 min' (in rosso) o 60 min'.



- Posizione centrale relativamente alle 3 aree geografiche del Molise:
 - area centrale → osp. di Campobasso;
 - area occidentale → osp. di Isernia;
 - area orientale → osp. di Termoli.

- Estensione del territorio coperto: circa 1.500 kmq. per ognuno di essi.
- Distanza tra i tre presidi ospedalieri: circa 60 km Isernia-Campobasso, circa 75 km. Termoli-Campobasso e circa 130 km Isernia-Termoli, con tempi di percorrenza maggiori di 60 min'.

I dati relativi alle distanze di percorrenza tra i Plessi Ospedalieri rendono ragione della necessità di impostare percorsi che prevedano il passaggio negli ospedali *spoke* in collegamento con l'*hub*, anche mediante la trasmissione a distanza di informazioni ed immagini per poter procedere al trattamento delle patologie tempo dipendenti entro i limiti cronologici imposti in ambiente comunque protetto.

34

Il SET/118 della Regione Molise è attualmente così organizzato:

- Unica Centrale Operativa, situata a Campobasso, con 2 postazioni-operatori, più una terza postazione di supporto impiegata dal medico;
- Postazioni avanzate territoriali, N. 16, ciascuna delle quali provvista della stessa dotazione caratterizzata da mezzo di soccorso (ambulanza), medico, infermiere e n. 2 soccorritori h/24;
- Attività di elisoccorso è assicurata attraverso una convenzione con la Regione Abruzzo, che mette a disposizione le eliambulanze, con relativo personale tecnico e sanitario, dalle basi di Pescara e di L'Aquila.

The image shows five handwritten signatures in black ink, arranged in two columns. The left column contains three signatures, and the right column contains two. The signatures are stylized and cursive, typical of official documents.

4.1 Dati di attività (fonte: Engeneering PS WEB- Molise Dati)

Il numero complessivo di prestazioni effettuate nel corso degli anni 2014 e 2015 è rappresentato nella tabella seguente.

Tabella 11 – Numero prestazioni anni 2014-2015.

	Totale richieste	Consulto telefonico	Invio mezzo	Pazienti trattati	Lasciati a domicilio	Portati in ospedale
2014	26.953	3.906	23.047	23.291	11.468	11.823
2015	28.451	3.831	24.620	24.184	12.001	12.183

La metà circa dei malati soccorsi viene trattata in loco e non richiede trasporto successivo in ospedale per la prosecuzione delle cure.

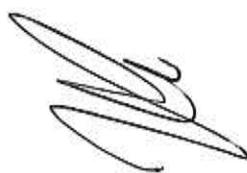
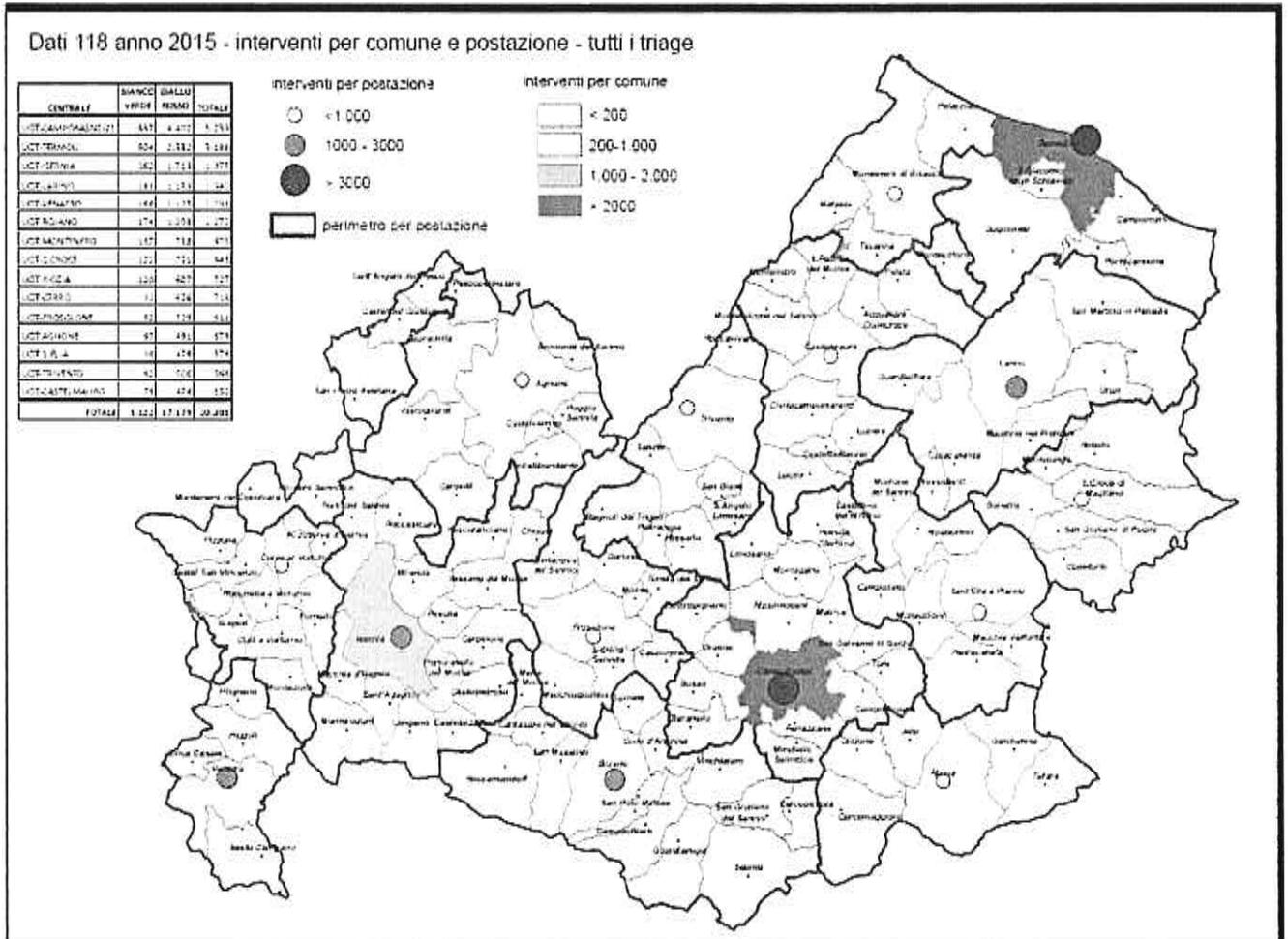


Tabella 12 – Dimensionamento delle Postazioni 118 del Molise

Postazione sede	Popolazione	Km. superficie	Numero interventi sul territorio	Numero interventi in sede UOT	Ore Totali di impegno per interventi sul territorio	Media tempo di impegno x interventi sul territorio	Media Minuti assistenza totale sul luogo evento	Km. Tot. per intervento sul territorio	Media km. per interventi sul territorio	Ore Totali di impegno per interventi cod. Giallo-Rossi	Media tempo di impegno x intervento cod. Giallo-Rossi
Agnone	12.554	414,59	659		986	01:30	21	30.496	46,28	860	01:32
Bojano	22.227	433,28	1.365	248	1509	01:06	24	56.665	41,51	1315	01:07
Castelmauro	9.216	294,89	589	22	839	01:25	30	36.829	62,53	729	01:27
Cb mcrappa	35.111	224,13	2.701	4	2124	00:47	21	43.216	16	1776	00:48
Cb toscana	39.030	177,36	2.791	13	2545	00:55	17	47.447	17	2174	00:56
Cerro	12.249	330,37	754	376	690	00:55	23	29.206	38,73	611	00:56
Frosolone	8.323	217,06	641	704	824	01:17	27	32.350	50,47	724	01:18
Isernia	37.050	390,43	2.066		1442	00:42	15	30.990	15	1266	00:42
Larino	19.843	398,94	1.437	1	1587	01:06	28	57.843	40,25	1387	01:07
Montenero	12.572	182,46	992	13	1055	01:04	21	37.696	38	883	01:06
Riccia	14.774	262,98	772	261	922	01:12	21	38.678	50,1	781	01:13
S. Croce	11.061	245,17	920	323	1040	01:08	29	41.460	45,07	904	01:09
S. Elia	6.586	204,97	613	106	642	01:03	22	27.192	44,36	546	01:05
Termoli	49.990	256,42	3.262		2410	00:44	17	35.882	11	1965	00:45
Trivento	9.596	226,02	627	14	810	01:17	20	44.090	70,32	721	01:17
Venafro	17.250	162,1	1.409		975	00:41	13	31.389	22,28	870	00:42
Tot.	310.449	4.421	21.598	2085	20400	00:57	20	621.429	38,06	17512	00:58

Nella cartina sono indicati con colori diversi i volumi di prestazioni per ogni postazione (anno 2015).

Tabella 13 – Dati 118 Anno 2015 su numero interventi per postazione su tutti i Triage.



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

Nella tabella successiva sono riportati i codici di priorità dei pazienti trasportati nei vari Plessi Ospedalieri della regione negli anni 2014 e 2015.

Tabella 14 – Codici di priorità per pazienti trasportati nei Plessi Ospedalieri Anni 2014-2015.

2014								
chiamata	invio	AGNONE	CB	IS	LARINO	TERMOLI	VENAFRO	ALTRO
Bianco	1					1		
Verde	952	23	452	107	31	280	56	3
Giallo	8.875	223	3.763	1.629	233	2.713	288	26
Rosso	1995	55	749	471	49	604	52	15
2015								
Bianco								
Verde	1.486	34	593	261	31	526	40	1
Giallo	7.998	169	3.080	1.745	165	2.660	171	8
Rosso	1.628	30	566	454	26	522	28	2

Gli interventi di elisoccorso sono ridotti e non assumono una condizione significativa per l'impegno di risorse utilizzate.

Tabella 15- Numero interventi di elisoccorso Anni 2014-2015 in Molise.

	2014	2015
Interventi elisoccorso	4	10

Il sistema di elisoccorso in convenzione ha tempi di intervento dalla chiamata compresi tra 27' e 33' minuti dall'attivazione.

I punti chiave nell'analisi dell'attività nei due anni presi in considerazione sono così sintetizzabili:

- Le postazioni a maggior carico di interventi sono situate nei centri più popolosi (Campobasso, Termoli) così come il maggior numero di richieste di intervento.
- Le postazioni situate nei centri a maggior densità abitativa superano i 2.000 interventi annui. La gran parte dell'attività viene svolta dalle postazioni situate nei centri maggiori che coprono un territorio più piccolo, ma più densamente abitato.
- Si rileva un alto numero di “*interventi in sede*” che per la postazione di Frosolone supera addirittura il numero degli interventi sul territorio. Gli “*interventi in sede*” non sono riportati nelle postazioni situate nelle stesse località in cui sono presenti sedi dei Plessi Ospedalieri;
- La media dei chilometri percorsi per ogni intervento è consistente e raggiunge i massimi nelle aree interne (Trivento, Castelmauro, Frosolone);
- il tempo medio di intervento sul territorio per i codici giallo/rossi è superiore a 60' nella maggioranza delle postazioni, risultando inferiore all'ora solo in n. 6 postazioni su 16.

La distribuzione sul territorio, pertanto, e le caratteristiche demografiche della popolazione, implicano bisogni diversificati e il sistema 118, in alcune aree, ha adattato la strategia alle necessità della popolazione effettuando tipologie di intervento diversificate:

- Intervento di emergenza con attività cliniche e trasporto tempestivo nella sede idonea per la gestione diagnostica e terapeutica in caso di approccio alla patologia complessa;
- Intervento sanitario domiciliare o sulla scena, atto a garantire la sicurezza clinica e il contemporaneo mantenimento dell'autonomia della persona nel proprio ambiente sociale mediante il coinvolgimento del medico di medicina generale nel rispetto, peraltro, delle attuali Linee Guida;
- Attività ambulatoriale, con carattere eccezionale, nelle zone particolarmente disagiate dove l'unico presidio notturno è rappresentato dalla postazione del 118.

Il ruolo attuale e i tempi di intervento con l'elisoccorso appaiono limitati all'utilizzo in eccezionali condizioni logistiche o per incidenti che richiedono la centralizzazione rapida o, soprattutto, per il trasporto verso centri extraregionali.



4.2 Indicazioni funzionali e operative

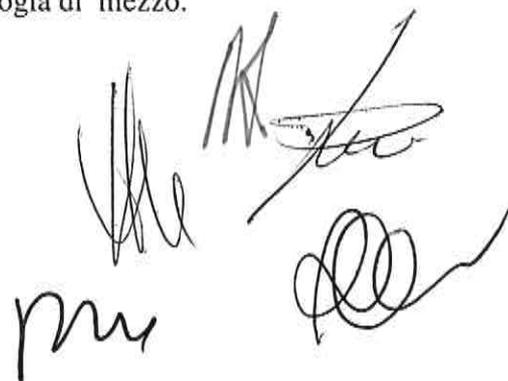
L'obiettivo della Rete di Emergenza prevede "la centralizzazione del paziente giusto nel posto giusto nel momento giusto", cioè il trasporto nella struttura in grado di offrire una risposta maggiormente appropriata alle esigenze cliniche entro i tempi previsti dalle evidenze scientifiche ad assicurare l'*outcome* per il maggior numero possibile di utenti. In tale ottica, viene riconfigurata l'organizzazione del sistema SET 118, anche in funzione del ruolo che il sistema di emergenza territoriale assume nella nuova configurazione della rete ospedaliera nel modello Hub e Spoke. Alla centrale operativa viene affidata la gestione dei trasporti secondari *intra* ospedalieri in un sistema integrato che prevede due ambiti di attività, il soccorso ed i trasporti, distinti, ma necessariamente coordinati.

La localizzazione e l'organizzazione delle postazioni risponde ad un progetto esecutivo degli anni '90, che pur mantenendo la propria logica in virtù di condizioni oggettive che non si sono modificate nel corso del tempo, deve, tuttavia, essere attualizzato al fine di garantire sicurezza e tempestività nell'ambito della nuova organizzazione della rete.

Tale valutazione, se da una parte conferma l'equa distribuzione delle postazioni sul territorio in rapporto alla particolare conformazione oro-geografica della regione Molise ed alla densità abitativa (70 abitanti/kmq su un'estensione di 4.500 kmq), altresì condizionata da una rete viaria di complessa percorribilità in diverse aree della regione, dall'altra parte dimostra che l'organizzazione finora adottata deve essere modulata in rapporto alle diverse caratteristiche delle sedi in cui sono dislocate le postazioni del 118.

Il sistema dell'emergenza territoriale, quindi, deve essere revisionato sia rispetto alle nuove funzioni che il SET 118 assume nell'ambito della rete, sia per razionalizzare l'attività che già attualmente viene svolta, uniformando tempi e modalità di intervento.

Attualmente, infatti, pur svolgendo volumi di attività molto diversi, le postazioni sono dotate di un equipaggio uguale per tutti e di un' unica tipologia di mezzo.



Gli elementi oggettivi del confronto tra situazione attuale e *standard* viene riassunta nella tabella successiva.

Tabella 16 – Situazione attuale della dotazione dei mezzi di soccorso rapportata agli standard Agenas e DM 70/2015.

Situazione attuale		Standard Agenas		DM 70/2015	
MSA	MSB	MSA	MSB	MSA	MSB
16	-	12,5	15	13	15

Risulta evidente come la stratificazione dei mezzi deve essere adeguata alla funzione che il SET 118 assume all' interno della nuova rete.

In merito, dall'analisi dei dati di attività del SET-118, si osserva che le postazioni dell'entroterra effettuano meno prestazioni, con tempistiche più lunghe. Le postazioni localizzate nelle aree afferenti agli ospedali effettuano, invece, un numero di prestazioni superiori alla media. La necessità di diversificare gli interventi, inoltre, rispetto alla nuova configurazione della rete ospedaliera secondo il modello *Hub & Spoke*, insieme alla razionalizzazione dell'offerta dell'emergenza territoriale, impone quindi una redistribuzione di personale e mezzi .

Vengono, pertanto, mantenute le 16 postazioni attuali, con, tuttavia, una ridefinizione dinamica e qualitativa finalizzata al rispetto degli indicatori di tempo in rapporto alla situazione viaria ed in relazione al fabbisogno di interventi.

Criteri di riferimento in base ai quali ridefinire le dotazioni di mezzi e personale delle postazioni SET 118 sono:

- Numero annuale interventi effettuati;
- Distanza dagli ospedali;
- Tempistica d' intervento;
- Necessità di consentire alla Centrale Operativa di poter disporre di mezzi ed equipaggi per sopperire ai lunghi tempi di assistenza legati alle distanze dai Plessi Ospedalieri.



42

In ragione dei criteri esposti la distribuzione di mezzi e personale viene così rideterminata.

Tabella 17 – Ridefinizione della dotazione dei mezzi e del personale del SET 118 Molise.

Postazioni	MSA	MSB	Auto Medica
Agnone	1	1	1
Bojano	1	-	-
Castelmauro	1	-	1
Cb mgrappa	1	1	1
Cb toscana	1	-	-
Cerro al Volturno	1	-	-
Frosolone	1	-	-
Isernia	1	1	1
Larino	1	-	-
Montenero di Bisaccia	1	-	-
Riccia	1	-	1
S. Croce di Magliano	1	-	-
S. Elia a Pianisi	1	-	-
Termoli	1	1	1
Trivento	1	-	1
Venafro	1	-	-
Tot.	16	4	7

Tabella 18 – Dotazione di personale per postazione.

Postazioni	Autista/Soccorritore	Infermiere	Medico
Agnone	3	2	1
Bojano	1	1	1
Castelmauro	2	1	1
Cb mgrappa	3	2	1
Cb toscana	1	1	1
Cerro al Volturno	1	1	1
Frosolone	1	1	1
Isernia	3	2	1
Larino	1	1	1
Montenero di Bisaccia	1	1	1
Riccia	2	1	1
S. Croce di Magliano	1	1	1
S. Elia a Pianisi	1	1	1
Termoli	3	2	1
Trivento	2	1	1
Venafro	1	1	1
Tot.	27	20	16

Tabella 19 – Dotazione di personale per mezzi di soccorso.

Mezzo soccorso	MSA	MSB	Auto Medica
Autista Soccorritore	1	1	1
Infermiere	1	1	-
Medico	1	-	1

Nel caso di contemporanea presenza nella postazione del MSA e Auto medica, è previsto comunque n. 1 medico per turno.

L'attività delle postazioni situate nelle sedi ospedaliere, in cui sono maggiori il numero di prestazioni, può essere, pertanto, rimodulata da parte della Centrale Operativa anche in funzione del supporto ad altre aree in difficoltà e al trasporto secondario. Le sedi più disagiate vengono dotate di auto medica finalizzata al *rendez vous* consentendo la diversificazione degli interventi in base al triage.

La dotazione di mezzi e personale sopra delineata consente una diversificazione dinamica e qualitativa degli interventi con l'attivazione, secondo il fabbisogno, di auto-medicalizzate e/o mezzi di soccorso avanzati o di base, per consentire gli interventi nei tempi previsti per le patologie tempo-dipendenti.

Inoltre, dal momento che gran parte delle postazioni è chiamato a fornire prestazioni ambulatoriali in sede, o a portare soccorso in casi attribuiti dal triage a codice bianco o verde, si istituisce la Centrale della Continuità Assistenziale con un numero dedicato, in rete con le postazioni di continuità assistenziali distribuite nel territorio e in coordinamento con la Centrale Operativa del SET 118, verso cui indirizzare le richieste di prestazioni che, secondo i protocolli, non richiedano l'attivazione della rete dell'emergenza.

Il SET 118, munito di dotazione informatica per la trasmissione di informazioni cliniche e strumentali, è indispensabile per la centralizzazione primaria per le reti tempo dipendenti e per la condivisione dei dati per l'integrazione con l'attività di continuità territoriale.

Negli ex Ospedali di Larino e Venafrò i Punti di Primo Intervento saranno sostituiti da postazioni avanzate con presenza medica in grado di supportare l'attività degli Ospedali di Comunità.

L'attività del sistema territoriale dell'emergenza necessita di un monitoraggio specifico ed affiancato a quella dei flussi informativi.

In tal senso, il Coordinamento Regionale della Rete definirà gli indicatori di qualità organizzativa e di processo sulla base dei criteri previsti dalle società scientifiche e compresi nel documento "*Criteri e standard del servizio 118*" sviluppati dal SIS 118, su cui verrà attivata la rilevazione mediante report periodici soggetti ad *audit*.



5. Rete Trauma

Secondo il Programma Operativo Straordinario 2015-2018, *‘la Rete Trauma viene istituita in relazione ai criteri già utilizzati per la Rete Ospedaliera di Emergenza e prevede un rapporto epidemiologico secondo le indicazioni del Ministero della Salute di 450 traumi gravi per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 150 traumi gravi/anno all’interno di circa 2000 nuovi ricoveri/anno.’*

Nel luglio 2004, il Consiglio Superiore di Sanità, su indicazione del Ministero della Salute, ha prodotto il documento nel quale viene presentato un nuovo sistema SIAT basato sul riconoscimento *“sul campo”* dei pazienti più gravi e sul trasporto in ospedale con risorse e team multidisciplinari specializzati in assistenza ai traumi.

Secondo il modello SIAT, tutti i traumi con criteri di triage indicativi di trauma maggiore devono essere trasportati al Centro *Hub* in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità, al fine di rispettare il più possibile il principio di Centralizzazione primaria, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitiva. In caso di impossibilità di controllo e di trattamento in sede extraospedaliera dell’instabilità respiratoria e/o cardio-circolatoria, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino ospedale inserito nella rete per poi essere trasferito se necessario alla struttura di livello superiore (Centro *Hub*), una volta ottenuto il controllo delle funzioni vitali (Centralizzazione secondaria).

Nell’ambito della rete trauma il Plesso Ospedaliero di Campobasso assume il ruolo di *Hub* in quanto DEA di I livello e Centro Traumi di Zona (CTZ), che secondo il D.M. n. 70/2015, *“garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità”* ed è dotato di *“Personale addestrato alla gestione del trauma - Area attrezzata di accettazione per il trauma (Shock Room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie”*.

I Plessi Ospedalieri di Termoli e Isernia assumeranno il ruolo di *Spoke* in quanto Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST) collocati in un Plesso Ospedaliero con Pronto Soccorso Generale.


45

Tali Plessi garantiscono “prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria”.

I tre Plessi Ospedalieri pubblici, insieme all'IRCCS *Neuromed*, per la competenza neurochirurgica, costituiscono il Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma (SIAT), cioè la rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili.

5.1 Dati di attività (fonte Engennering- Molise Dati)

La Rete del Trauma fa riferimento alle tre strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso attivo: Campobasso, Termoli e Isernia in cui sono disponibili le Unità Operative necessarie per la gestione del trauma. Si precisa, con riferimento a Campobasso che per le discipline non presenti presso il presidio pubblico si rimanda agli appositi accordi con la Fondazione di Ricerca e cura “*Giovanni Paolo II*” e l'IRCCS *Neuromed*.

Tabella 20 – Afferenze specialistiche presenti nei Plessi ospedalieri del Molise per Rete Trauma.

Ospedale	Radiologia	Lab. Analisi	Pronto Soccorso con O.B./Med. Urg.	Chirurgia Generale	Anestesia/ Terapia Intensiva Adulti	Centro Trasfusionale/Emoteca	Cardiologia con LITIC e Lab. Emodinamica	Cardiologia	Neurochirurgia	Ortopedia e Traumatologia	Ocullistica	Chirurgia Vascolare	Otorinolaringoiatria	Urologia
Campobasso	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x
Isernia	x	x	x	x	x	x	x						x	
Termoli	x	x	x	x	x	x	x			x			x	x

L'attività del SET 118 rispetto al Trauma, identificato dai codici per patologia secondo le specifiche del flusso EMUR 118, è stata così caratterizzata negli anni 2014 e 2015 per i codici gialli e rossi identificati sulla scena del soccorso.

Tabella 21 – Attività del SET 118 rispetto al Trauma negli Anni 2014-2015.

	2014	2015
Numero di soccorsi	4.234	3.853
Pazienti trasportati in ospedale	3.348	3.222

Tabella 22 - Livello di centralizzazione dei soccorsi per trauma nei Plessi Ospedalieri sede di P.S negli anni 2014 e 2015.

	2014	2015
Campobasso	1.135	1.235
Isernia	402	705
Termoli	1.172	1.020
Venafro	289	151
Larino	69	48
Agnone	81	58

** P.S. ancora attivi presso Larino e Venafro, precedente l'attuazione del POS 2015-2018*

Tabella 23 - Ricoveri con diagnosi di traumatismo identificati con Diagnosi di dimissione principali o secondarie comprese tra 800.00 e 950.9 negli anni 2014 e 2015.

	2014		2015	
	Accessi PS	Ricoveri	Accessi PS	Ricoveri
Campobasso	7.418	1.295	7.548	1.268
Isernia	n.d.	929	n.d.	901
Termoli	6.484	121	6.108	440
Venafro	n.d.	213	n.d.	197
Larino	n.d.	532	n.d.	269
Agnone	n.d.	77	n.d.	77

Tabella 24 - Distribuzione dei ricoveri nelle U.O. dei pazienti con diagnosi di dimissione comprese tra 800.00 e 950:

	Cardarelli		San Timoteo		Veneziale	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Chirurgia	103	111	28	36	62	96
Neurochirurgia	142	159	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Ortopedia	877	844	637	598	n.a.	298
Trasferimento intraregionali	1	1	28	18	5	7

Al trattamento del trauma contribuiscono significativamente i reparti di Ortopedia e Chirurgia generale.

Tabella 25 - Pazienti ricoverati in terapia intensiva o trasferiti da altre UO per trauma (Diagnosi di dimissione comprese tra codice 800 e 950).

	Cardarelli		San Timoteo		Veneziale	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Ricovero in rianimazione	47	45	11	19	9	22
Trasferimenti da Rian. in ospedale regionale	1	0	0	1	1	0
Trasferimenti da Rian.Neuromed/Giovanni Paolo II	0	1	0	0	1	1

Tabella 26 - Esito dei ricoveri per Trauma.

	Cardarelli		San Timoteo		Veneziale	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Dimessi domicilio	1.180	1.145	763	737	86	382
Deceduti	35	41	18	12	6	7
Trasferiti in strutture di riabilitazione	15	5	6	22	1	2

Dall'analisi dei dati si rileva come fino ad ora si sia assistito alla frammentazione dei trasporti del 118, con una centralizzazione rispetto alle strutture riconvertite, quindi non adeguate al trattamento (14,6%, del totale). La situazione del numero di ricoveri per trauma prefigura due aree a maggiore impatto quali Termoli e Campobasso con ricoveri complessivi compresi tra n. 700 e n. 1000, mentre l'area di Isernia risulta essere a minore impatto, dal momento che nel periodo considerato era ancora attiva l'Ortopedia presso l'allora Ospedale di Venafro, oggi riclassificato come struttura territoriale.

I dati sulla complessità e la gravità specifica sono frammentari, ma analizzando le SDO per ricoveri in Terapia Intensiva, Neurochirurgia e Chirurgia ci si rende conto di un volume di circa 300 pazienti a maggiore impatto clinico con circa 80 pazienti per anno ricoverati in T.I., la maggior parte a Campobasso.

L'attività di traumatologia nei reparti di ortopedia impatta significativamente con volumi di interventi intorno a 600 a Termoli e di oltre 800 a Campobasso.

Benché non completi, i dati segnalano un limitato numero di trasferimenti presso le strutture accreditate specialistiche, ma soprattutto è evidente la mancanza di collegamento con le aree della riabilitazione e del recupero funzionale verso cui sono indirizzati alla dimissione solo una piccola percentuale di pazienti.

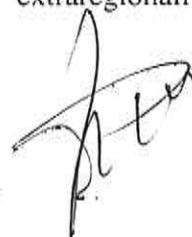
5.2 Indicazioni funzionali e operative

Sulla base di quanto esposto e ponendo attenzione ai dati ed alle criticità rilevabili si individuano di seguito le indicazioni operative atte la sintesi della rete per il trauma:

- I Plessi Ospedalieri di Isernia e Termoli sede di Pronto Soccorso per Traumi (PST) svolgono un ruolo autonomo per la gestione del trauma, e assumono per i traumi maggiori il ruolo di “*spoke*”;
- Il Plesso Ospedaliero di Campobasso sede di Centro Trauma di Zona (CTZ) che assume il ruolo “*hub*” con conservazione delle competenze di chirurgia vascolare, toracica e oculistica per i traumi maggiori
- Nel Centro *Hub* è prevista la figura del Radiologo interventista;
- La competenza neurochirurgica nell'ambito della Rete Trauma è stabilita sulla base dei tempi necessari per raggiungere il Centro *Hub* di competenza in rapporto alla gravità del quadro clinico:
 - in caso di pazienti soccorsi in aree che prevedano il raggiungimento del Centro *Hub*
 - in tempi superiori a quelli previsti dalle linee guida per il trattamento sono previste convenzioni con centri neurochirurgici extraregionali raggiungibili nei tempi previsti dagli standard nazionali;



50



- per i pazienti trasportabili entro i tempi previsti dalle linee guida al Centro *Hub* di Campobasso, le condizioni cliniche definiranno l'indifferibilità del trattamento neurochirurgico in sede o la possibilità di collaborazione con l'IRCCS *Neuromed*, secondo protocolli in continuità di soccorso condivisi, specifici per patologia.
- L'eliporto è individuato presso la struttura "*Hub*" per eventuale ricorso a trasferimento extraregionale;
- Per le discipline non presenti presso i plessi ospedalieri regionali sono previste convenzioni presso strutture extraregionali per Centro Grandi Ustionati, Rianimazione Pediatrica, Chirurgia della Mano, Chirurgia Maxillo-Facciale.
- La centralizzazione primaria verso la struttura "*Hub*" dovrà tenere conto, oltre ai criteri clinici, anatomici, di scenario e della persona definiti dai protocolli operativi dell'Azienda Sanitaria del Molise, delle seguenti condizioni:
 - Se è presente instabilità clinica, il paziente dovrà essere stabilizzato nello "*Spoke*" più vicino e centralizzato immediatamente raggiunte le condizioni necessarie;
 - Se un paziente grave, per il quale è necessaria la centralizzazione presso il Plesso Ospedaliero "*Hub*" riceve soccorso in una sede con tempi di percorrenza verso la struttura "*Hub*" superiori ai 30', sarà necessario attuare la presa in carico e la diagnostica di primo livello presso il Plesso Ospedaliero "*Spoke*" e poi valutare la centralizzazione secondaria;
 - Se è presente la stabilità clinica con trauma cranico isolato e GCS inferiore a 13, valutare se attuare la centralizzazione primaria verso il Centro Neurochirurgico.

Per l'attività traumatologica in emergenza, sono previste caratteristiche organizzative e strutturali mediate dalle linee guida e dalla normativa, ed in particolare:

- Diagnostica di I livello eseguibile in sala di emergenza;
- Disponibilità della radiologia interventistica nel centro "*Hub*";
- Pronta disponibilità di TC e raccomandazioni condivise sulla metodologia di esecuzione dell'esame;
- Disponibilità di protocollo di trasfusioni massive nelle strutture della rete;
- Strategia di *damage control* rianimativa, chirurgica e specialistica e di intervento definitivo entro i tempi indicati nelle Linee Guida assunte;
- Trauma *team* funzionale multidisciplinare, presso il CTZ, organizzato secondo quanto previsto dal DM 70/2015, per il mantenimento giornaliero della continuità assistenziale al trauma maggiore. La struttura funzionale svolge questo ruolo per i pazienti ricoverati nella struttura "*Hub*" e di riferimento per i Plessi Ospedalieri "*Spoke*".

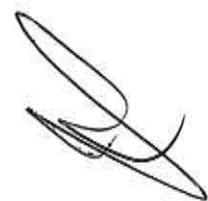


–Per ogni area sono previsti accordi con la struttura riabilitativa ospedaliera di riferimento per l'accesso precoce ai protocolli riabilitativi nell'ambito di percorsi diagnostico terapeutici preferenziali per i pazienti con trauma.

La rete deve essere supportata dall'utilizzo della Telemedicina, strumento tecnologico indispensabile di integrazione di servizi finalizzato a mettere in condivisione tra gli operatori competenze e informazioni clinico-diagnostiche a supporto dei percorsi di rete.

E' fondamentale la definizione dei bisogni formativi degli operatori e la programmazione dei corsi all'uopo.

Il Coordinamento Regionale della Rete di Emergenza e tempo dipendenti valida i percorsi clinici e formula gli indicatori di qualità organizzativa e di processo sulla base dei criteri previsti dalle linee guida e dalla normativa provvedendo alla rilevazione dell'attività della rete mediante *report* periodici soggetti ad *audit*.

A cluster of five handwritten signatures in black ink, arranged in a roughly circular pattern. The signatures are stylized and cursive, with varying lengths and flourishes.A single handwritten signature in black ink, located at the bottom right of the page. It is a stylized, cursive signature with a prominent loop at the end.

6. Rete Ictus

Secondo il Programma Operativo Straordinario 2015-2018, 'la Rete per l'Ictus viene istituita in relazione ai criteri già utilizzati per la Rete Ospedaliera di Emergenza e prevede un rapporto epidemiologico secondo le indicazioni del Ministero della Salute di 3.200 ictus per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 1.100 nuovi casi/anno di cui circa 350 passibili di trombolisi.'

Nella Rete per Ictus il Plesso Ospedaliero di Campobasso assume il ruolo di *Hub* con *Stroke Unit* di I livello, mentre i Plessi Ospedalieri di Termoli e Isernia assumono il ruolo di *Spoke*.

6.1 Dati di attività (fonte: Engeneering PS WEB- Molise Dati)

L'accesso delle emergenze neurologiche prevede la centralizzazione del paziente con ictus verso i tre Plessi Ospedalieri pubblici che entrano a far parte della Rete Ictus con le relative Unità Operative. Si precisa, con riferimento a Campobasso che per le discipline non presenti presso il presidio pubblico si rimanda agli appositi accordi con la Fondazione di Ricerca e cura "Giovanni Paolo II" e l'IRCCS *Neuromed*.

Tabella 27 – Dotazioni specialistiche presso i Plessi Ospedalieri del Molise per Ictus.

Ospedale	Radiologia	Lab. Analisi	Pronto Soccorso con O.B./Med. Urg.	Medicina Generale	Anestesia/ Terapia Intensiva Adulti	Centro Trasfusionale	Cardiologia con UTIC e Lab. Emodinamica	Neurologia / Stroke Unit	Neurochirurgia	Chirurgia vascolare
Campobasso	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Isernia	x	x	x	x	x	x	x			
Termoli	x	x	x	x	x	x	x			
Neuromed					x			x	x	

L'attività del SET 118 rispetto alle Emergenze Neurologiche, identificato dai codici per patologia secondo specifico Flusso EMUR 118, è stata così caratterizzata negli anni 2014 e 2015 come da Tabella seguente.

Tabella 28 - Attività del SET 118 rispetto alle Emergenze Neurologiche negli anni 2014 e 2015.

	2014	2015
Numero di soccorsi	2.632	2.632
Numero di ricoveri	1.818	1.829

Tabella 29 - Livello di centralizzazione del 118 negli anni 2014 e 2015:*

	2014	2015
Campobasso	731	772
Isernia	549	436
Termoli	415	538
Venafro	10	18
Larino	60	38
Agnone	53	20

**ancora attivi i P.S. di Venafro e Larino, precedente l'attuazione dei DCA 26 e 27/2017*

Volumi di ricovero per i codici di diagnosi di dimissione 431, 433.00, 433.01, 433.10, 433.11, 433.20, 433.21, 434, 434,01 che identificano ricoveri per patologia neurologica vascolare anni 2014-2015. (fonte Molise Dati), come da Tabella seguente.

Tabella 30 – Volume ricoveri per codici di diagnosi di dimissione per patologia neurologica vascolare anni 2014-2015

	Campobasso		Termoli		Isernia		Larino		Venafro		Agnone		Neuromed	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Accessi PS per urgenze neurologiche	455	475	382	364	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Ricoveri per urgenze neurologiche codici Ictus	143	121	29	57	174	149	0	0	14	11	17	9	314	301
Con Ictus ischemico	96	80	15	41	147	126	0	0	14	9	11	6	269	270
Incidenza emorragici	47	41	14	16	27	23	0	0	0	2	6	3	45	31
Degenza Media ischemici	9,58	10,28	8,27	7,95	8,78	8,24	0	0	11,36	13,33	10,64	9,33	6,45	5,84
Degenza media emorragici	12,47	13,29	6,5	7,25	6,81	6,78	0	0	0	5	7,5	27	14,56	16,06

Tabella 31 - Esiti della degenza per patologia neuro vascolare anni 2014 e 2015

(fonte Molise Dati)

	Campobasso		Termoli		Isernia		Stroke unit Isernia	Neuromed	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015		2014	2015
Dimessi domicilio	62	37	10	21	0	2	52	207	202
Deceduti	27	21	6	8	14	8	1	20	15
Trasferimenti Neuromed	1	2	0	0	1	0	0	n.d.	n.d.
Trasferimenti extra regione	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trasf. Riabilitazione	3	3	0	3	0	0	57	3	1

Il Piano nazionale Esiti monitorizza, nell'ambito delle patologie cerebro-vascolare, i ricoveri per ictus ischemici (anno 2015).

Tabella 32 – Volume di ricoveri per Ictus Ischemico.

Ictus ischemico: volume di ricoveri			
Struttura	Provincia	Regione	Numero
Italia-		Italia	91.070
Osp. Veneziale-Isernia	IS	Molise	120
Osp. S.S. Rosario-Venafro	IS	Molise	7
Osp. G. Vietri-Larino	CB	Molise	5
Osp. Caracciolo-Agnone	IS	Molise	8
Osp. S. Timoteo-Termoli	CB	Molise	107
Osp. A. Cardarelli-Campobasso	CB	Molise	138
IRCCSpr Neuromed-Pozzilli	IS	Molise	181
CCA Villa Esther-Bojano	CB	Molise	1
CCA Gea Medica-Isernia	IS	Molise	1
CCA Villa Maria SRL-Campobasso	CB	Molise	2
E.R. Fondaz. Giovanni Paolo II-Campobasso	CB	Molise	25

[Protocollo: volume di ricoveri per ictus ischemico. - Fonti informative Sistema Informativo Ospedaliero (SIO); Selezione ricoveri: Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi principale di ictus ischemico (codici ICD-9-CM 433.x1, 434.x1, 436) esclusi i ricoveri con diagnosi di ictus emorragico (codici ICD-9-CM 430, 431, 432.X in qualsiasi campo diagnosi)].

Tabella 33 - Interventi di rivascolarizzazione carotidea in Molise (fonte PNE)

Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica			
Struttura	Provincia	Regione	Numeri
Italia		Italia	40.102
Osp. A. Cardarelli-Campobasso	CB	Molise	38
Osp. Veneziale-Isernia	IS	Molise	5
Osp. S. Timoteo-Teroli	CB	Molise	12
IRCCSpr Neuromed-Pozzilli	IS	Molise	431
E.R. Fondaz. Giovanni Paolo II-Campobasso	CB	Molise	84

Tabella 34 - Volumi di ricoveri e la mortalità per ictus (PNE 2015)

ASL	REGIONE	N	% GREZZA	% ADJ	RR	P
Italia		62.932	11,56	11,56	-	-
ASL Molise	Molise	230	16,09	15,06	1,3	0,119

Tabella 35 - Ricoveri per emorragia subaracnoidea (PNE 2015)

ASL	REGIONE	N
Italia		7.753
ASL Molise	Molise	36

Dall'analisi dei dati di attività emergono alcune valutazioni:

- Il SET 118 già svolge un'azione di centralizzazione verso gli ospedali della rete che accolgono il 94,7% delle emergenze neurologiche.
- Pur in presenza di un'attività di analisi, rispetto alle SDO e il PNE di AGENAS, basato su diverso filtro effettuato sui codici di diagnosi, si rileva che in entrambe le rilevazioni i ricoveri per ictus ischemico si aggirano intorno ai 600 in un anno. Il trasferimento verso le aree riabilitative è limitato a pochissimi casi.
- la criticità maggiore dell'attuale sistema è la mancanza di un percorso per la trombolisi.

Sulla base di quanto esposto e ponendo attenzione ai dati ed alle criticità rilevabili si individuano di seguito le indicazioni operative atte alla sintesi della rete per l'ictus:

- Il Plesso Ospedaliero Cardarelli di Campobasso con *Stroke Unit* assume il ruolo "Hub" in seguito al trasferimento della *Stroke Unit* attualmente allocata presso il Plesso Ospedaliero di Isernia;
- Il Plesso Ospedaliero San Timoteo di Termoli e il Plesso Ospedaliero Veneziale di Isernia svolgono ruolo di "spoke";

L'IRCCS *Neuromed* assume la competenza neurochirurgica per l'ictus emorragico con disponibilità al teleconsulto.

La centralizzazione primaria del 118 segue il seguente percorso:

- Il personale del 118 sulla scena seleziona, secondo criteri clinici definiti dalle linee guida, i pazienti passibili di trattamento trombolitico;
- Il paziente con sintomi neurologici acuti deve eseguire la TC entro 60' presso la struttura ospedaliera di riferimento;
- Eseguita la TC, il Medico di Emergenza allerta il centro "Hub" in teleconsulto, trasmette le immagini principali dell'esame tomografico a distanza secondo criteri definiti;
- I Centri condividono la decisione dell'eventuale trasferimento;
- Se il paziente non può essere trasferito presso l'Hub nei tempi previsti dalle linee guida per il trattamento trombolitico, viene stabilito il percorso della trombolisi nella sede periferica nei tempi previsti, e deciso l'eventuale contestuale trasferimento presso il centro "Hub".
- Nel centro *Hub* è prevista la radiologia interventistica;
- Nel caso che il paziente non sia candidabile a trombolisi, questo viene ricoverato presso l'ospedale di riferimento, trattato secondo le indicazioni delle linee guida e inviato rapidamente al programma riabilitativo.
- In caso di ictus emorragico il Paziente viene trasferito esclusivamente presso l'Hub.

L'attuazione del modello secondo i criteri descritti viene configurato in coerenza con la contestuale ridefinizione delle caratteristiche dei mezzi e degli equipaggi facenti capo alle postazioni dell'emergenza territoriale prevista nel presente documento e la formazione del personale addetto.

In particolare, il percorso formativo dovrà essere articolato secondo due livelli di intervento:

- Implementazione della selezione extra-ospedaliera da parte del personale 118;
- Implementazione delle competenze del personale della medicina e dell'emergenza dei centri "spoke" per acquisire capacità di valutazione diagnostica ai fini dell'indicazione e gestione della trombolisi secondo indicazioni fornite dal centro "hub".

La rete per l'ictus necessita di supporto tecnologico in ambito radiodiagnostico per la diagnosi puntuale delle condizioni anatomiche sottese all'evento e di una appropriata tecnologia per la trasmissione delle immagini, che deve rispondere a standard specifici.

Il Coordinamento Regionale della Rete di Emergenza e delle patologie tempo dipendenti valida i percorsi clinici e formula gli indicatori di qualità organizzativa e di processo sulla base dei criteri previsti dalle linee guida e dalla normativa provvedendo alla rilevazione dell'attività della rete mediante report periodici soggetti ad *audit*.

The page contains three handwritten signatures in black ink. One signature is located at the top right, another in the middle right, and a larger, more complex signature is at the bottom right.

7 Rete per le Emergenze Cardiologiche

Secondo il Programma Operativo Straordinario 2015-2018, *'la Rete per le Emergenze Cardiologiche è istituita in relazione ai criteri già utilizzati per la Rete Ospedaliera di Emergenza e prevede un rapporto epidemiologico secondo le indicazioni del Ministero della Salute di 3.000 sindromi coronariche acute per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 1.100 casi di cui 300 nuovi casi/anno di infarto miocardico STEMI'*.

La Rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con STEMI pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili e di garantire il ricovero in cardiologia di tutti gli STEMI.

The image shows five handwritten signatures in black ink, arranged vertically on the right side of the page. The signatures are stylized and cursive, typical of official documents. The top signature is the largest and most prominent, followed by a smaller one, then a signature that appears to be 'F. L.', then another smaller one, and finally a signature at the bottom left of the group.

7.1 Dati di attività (fonte: Engeneering PS WEB- Molise Dati)

Fanno parte della Rete per le Emergenze Cardiologiche i Plessi Ospedalieri pubblici di Campobasso, di Isernia e Termoli nonché la Fondazione di Ricerca e Cura “Giovanni Paolo II”.

Tabella 36 – Afferenze specialistiche presenti presso le struttura sanitarie coinvolte nella Rete per le Emergenze Cardiologiche

Ospedali	Radiologia	Lab. Analisi	Pronto Soccorso con O.B./Med. Urg.	Medicina Generale	Anestesia/ Terapia Intensiva Adulti	Centro Trasfusionale	Cardiologia con UTIC e Lab. Emodinamica	Cardiochirurgia	Emodinamica interventistica	Chirurgia Vascolare
Campobasso	x	x	x	x	x	x	x			x
Isernia	x	x	x	x	x	x	x		x	
Termoli	x	x	x	x	x	x	x		x	
Fondazione Giovanni Paolo II	x				x			x	x	

Il Plesso Ospedaliero “Cardarelli” di Campobasso, integrato con la Fondazione “Giovanni Paolo II”, assume il ruolo di *Hub* della rete. Nel complesso il sistema integrato, a regime, è dotato della Cardiologia, dell’UTIC, del Laboratorio di Emodinamica.

I Plessi Ospedalieri di Isernia e Termoli, dotati di Cardiologia ed UTIC, assumono il ruolo di *Spoke*.

La Fondazione *Giovanni Paolo II* fornisce la competenza cardiocirurgica alla rete secondo protocolli condivisi tra i professionisti

Tabella 36 - Attività del 118 rispetto alle Emergenze Cardiologiche, identificate dai codici per patologia secondo le specifiche del flusso EMUR 118, negli anni 2014 e 2015

	2014	2015
Numero di soccorsi	3.993	4.191
Numero di ricoveri	2.448	2388

Tabella 37 - Livello di centralizzazione del 118 negli anni 2014 e 2015 *

	2014	2015
Campobasso	1086	899
Isernia	551	594
Termoli	670	786
Venafro	18	15
Larino	57	39
Agnone	66	53

*Ancora attivi i P.S. presso gli ospedali di Venafro e Larino, precedente l'attuazione dei DCA 26 e 27/2016

Tabella 38 - Ricoveri per infarto miocardico acuto STEMI con codice di diagnosi 410 (per la procedura 3606- 3607) negli anni 2014 e 2015 (fonte Molise Dati).

	Campobasso	Termoli	Isernia
NSTEMI	174	60	156
STEMI con angioplastica	105	32	83
Degenza media	7,67	11,87	7,04
Ricoveri UTIC	132	230	187
Degenza media ricoveri UTIC	5,60	6,88	6,25

Tabella 39 - I dati di esito dei ricoveri per emergenze cardiologiche negli anni 2014 e 2015 (fonte Molise Dati).

	Cardarelli		San Timoteo		Veneziale	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Dimessi domicilio	770	756	1.081	1089	825	802
Deceduti	27	30	55	49	16	11
Trasferimento a Giovanni Paolo II	23	13	7	16	15	31
Trasferimento extraregionale	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trasferimento riabilitazione	0	0	0	0	0	1

Tabella 40 - I dati 2015 del PNE prodotti da AGENAS per il Molise

STEMI: volume di ricoveri			
Struttura	Provincia	Regione	Numeri
Italia-		Italia	57.811
Osp. A. Cardarelli-Campobasso	CB	Molise	105
Osp. Veneziale-Isernia	IS	Molise	58
Osp. S. Timoteo-Termoli	CB	Molise	73
Osp. Caracciolo-Agnone	IS	Molise	2
Osp. G. Vietri-Larino	CB	Molise	1
Osp. S.S. Rosario-Venafro	IS	Molise	1
E.R. Fondaz. Giovanni Paolo II-Campobasso	CB	Molise	12

[VOLUME DI RICOVERI PER STEMI (INFARTO MIocardico CON SOPRASLIVELLAMENTO DEL TRATTO ST). PROTOCOLLO OPERATIVO -: volume di ricovero ospedaliero per un episodio di STEMI. -la fonte dei dati è il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO). Tutti i ricoveri, in regime ordinario con diagnosi principale o secondaria di infarto miocardico acuto (ICD-9-CM 410.xx) Criteri consecutivi di esclusione 1. ricoveri di IMA in cui compaia una diagnosi principale o secondaria di 410.7x o 410.9.x]

Tabella 41 - Volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica.

PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica			
Struttura	Provincia	Regione	Numero
Italia-		Italia	129.222
Osp. A. Cardarelli-Campobasso	CB	Molise	225
Osp. S. Timoteo-Termoli	CB	Molise	98
Osp. Venezia-Isernia	IS	Molise	174
E.R. Fondaz. Giovanni Paolo II-Campobasso	CB	Molise	270

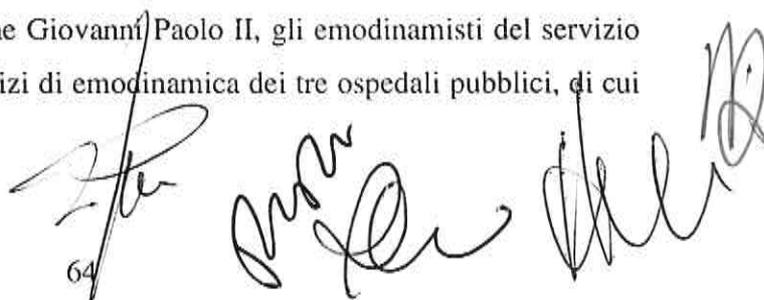
Pur considerando che i dati provenienti da Molise Dati e quelli di Agenas hanno tenuto conto di un diverso filtro effettuato sui codici di diagnosi, tuttavia dimostrano una capacità regionale di intervenire in pazienti con caratteristiche STEMI con il trattamento di angioplastica con volumi sufficienti a garantire la sicurezza delle procedure, secondo gli standard nazionali.

7.2 Indicazioni funzionali e operative

Sulla base di quanto esposto e ponendo attenzione ai dati ed alle criticità rilevabili si individuano di seguito le indicazioni operative atte alla sintesi della rete delle emergenze cardiologiche:

- Il Plesso Ospedaliero di Campobasso dotato delle competenze e strutture per l'esecuzione della manovra salvavita di riperfusione coronarica h 24/365 svolge il ruolo di *Hub* anche grazie alla presenza della competenza di Chirurgia Vascolare;
- Gli ospedali di Isernia e Termoli svolgono il ruolo di SPOKE per l'emergenza, mentre all'emodinamica presente presso gli stessi viene riservata l'attività in elezione.

Il modello prevede tempi di attuazione diversi. Fino alla completa Integrazione tra l'ospedale Cardarelli con la Fondazione Giovanni Paolo II, gli emodinamisti del servizio pubblico sono chiamati a gestire i servizi di emodinamica dei tre ospedali pubblici, di cui l'HUB attivo H24.



64

Dal momento della effettiva Integrazione, come previsto dal Protocollo d'Intesa, il servizio di emodinamica di Campobasso verrà integrato con quello della Fondazione Giovanni Paolo II, che entrerà pertanto a far parte della rete dell'emergenza con il ruolo di Hub.

La competenza cardiocirurgica nell'ambito delle rete sarà attribuita alla Fondazione *Giovanni Paolo II*.

La decisione di centralizzazione primaria avviene attraverso un coordinamento tra il sistema 118, dotato di strumenti per la trasmissione in telemedicina dell'ECG a 12 derivazioni, e le U.O. di Cardiologia, attraverso il seguente percorso:

Paziente soccorso sul territorio dal SET 118:

-Il personale del 118 sulla scena esegue (secondo i criteri clinici definiti) l'ECG e lo trasmette alla U.O. di Cardiologia dell'HUB;

-Il cardiologo valuta il profilo clinico e l'esame ECG e indica la necessità di centralizzare il paziente con caratteristiche STEMI verso la propria struttura.

-Il paziente con profilo NSTEMI viene avviato alla struttura di P.S. più vicina ed è preso in carico U.O. di Cardiologia di pertinenza;

Paziente con dolore toracico che arriva al Pronto Soccorso con propri mezzi:

-Il paziente con dolore toracico che giunge in modo autonomo al P.S. viene preso in carico al triage da personale adeguatamente formato, che identifica una sintomatologia compatibile con la Sindrome Coronarica Acuta ed esegue, entro i primi 15', l'ECG e il prelievo per gli enzimi;

- Il Medico di Emergenza consulta il Cardiologo della struttura che, nel caso di STEMI, attiva la sala emodinamica o, nel caso di non disponibilità, attiva il trasferimento verso l'HUB;

-Il paziente con caratteristiche NSTEMI sarà preso in carico U.O. di Cardiologia di pertinenza;

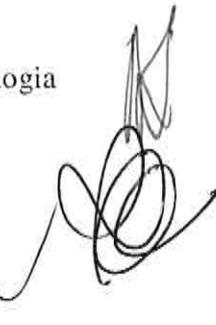
I pazienti non sottoponibili per tempistica a angioplastica potranno essere sottoposti a trombolisi periferica, secondo i criteri da indicare nei protocolli, definito dai professionisti e validato dal Coordinamento Regionale di Rete, ed avviati nella struttura idonea alla sua gestione.

I pazienti ricoverati presso l'HUB in emergenza sono ritrasferiti presso la cardiologia dei presidi ospedalieri spoke non appena le condizioni cliniche lo consentano.



65



Il personale del Sistema 118, sia delle centrali operative che dei mezzi di soccorso, adotta protocolli e procedure condivise, validate dal Coordinamento Regionale delle Reti anche per le informazioni da raccogliere e fornire alle strutture operanti nell'ambito della rete nel corso della attività di assistenza.

Il Coordinamento Regionale della Rete di Emergenza e tempo dipendenti valida i percorsi clinici e formula gli indicatori di qualità organizzativa e di processo sulla base dei criteri previsti dalle linee guida e dalla normativa provvedendo alla rilevazione dell'attività della rete mediante report periodici soggetti ad *audit*.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized initial 'A' followed by a series of vertical and horizontal strokes.A handwritten signature in black ink, with a large, stylized initial 'M' followed by a series of vertical and horizontal strokes.

8. Rete neonatologica e punti nascita

La rete Rete neonatologica e punti nascita è costituita dall'Ospedale Cardarelli di Campobasso con il ruolo di HUB e dai Plessi ospedalieri di Isernia e Termoli che assumono il ruolo di SPOKE.

Per la rete neonatologica e perinatale, si fa riferimento al Decreto del Commissario ad Acta n. 46 del 21.07.2015.

