

**COMMISSARIO AD ACTA**

**per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario  
Deliberazione del Consiglio dei ministri in data 03.08.2023**

**DECRETO****N. 92****IN DATA 22-05-2024**

**OGGETTO: DOCUMENTO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA DELLA RETE DELL'EMERGENZA E DELLE PATOLOGIE TEMPO-DIPENDENTI NELLA REGIONE MOLISE. ADOZIONE**

---

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio	DOTT.SSA LOLITA GALLO
Il Direttore del Servizio DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE	DOTT.SSA LOLITA GALLO
Il Direttore Generale per la Salute	DOTT.SSA LOLITA GALLO

---

**IL COMMISSARIO AD ACTA**  
**AFFIANCATO DAL SUB COMMISSARIO AD ACTA**

**RICHIAMATA** la delibera adottata in data 3 agosto 2023 dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, con la quale:

- l'Avv. Marco Bonamico è stato nominato quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR molisano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;
- il dott. Ulisse di Giacomo è stato nominato quale subcommissario unico per l'attuazione del Piano di rientro con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del mandato commissariale sia con riferimento agli aspetti economico-patrimoniali, finanziari che assistenziali;

**VISTA** la legge regionale n. 10 del 23 Marzo 2010 e s.m.i.;

**VISTO** l'Accordo sul Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico della Regione Molise, stipulato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione Molise in data 27 marzo 2007, poi recepito con Delibera di Giunta Regionale del 30 marzo 2007, n. 362;

**VISTO** il Decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.*" e s.m.i.";

**VISTO** il D.M. 2 aprile 2015, n. 70, concernente "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";

**VISTO** il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 recante "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502.*";

**VISTA** l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019- 2021 (Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

**VISTO** il Decreto del Commissario ad acta n. 47 del 28 agosto 2017 "*Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Programma 11 "Riequilibrio Ospedale - Territorio" - "Documento di programmazione della rete ospedaliera e delle reti dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti nella Regione Molise.*" e s.m.i.;

**CONSIDERATO** che la Regione Molise, in attuazione del Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018, con il DCA 47/2017 e s.m.i., ha intrapreso il percorso di riprogrammazione dell'offerta ospedaliera, in base alle indicazioni del Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*", in merito alla dotazione complessiva di posti letto entro la soglia dello standard di n. 3,7 pl x 1.000 - di cui 0,7 di post-acuzie - e alle funzioni delle singole strutture ospedaliere, anche all'interno della rete dell'emergenza e delle reti tempo dipendenti;

**VISTO** il DCA n. 79 del 03/05/2024 con il quale è stato approvato il Programma Operativo 2023-2025, che si pone tra l'altro, l'obiettivo della riorganizzazione della rete ospedaliera;

**ATTESO**

che l'obiettivo attuale, declinato nel Programma Operativo 2023-2025 di cui al DCA n. 79/2024, è di riorganizzare la rete ospedaliera proseguendo il percorso di adeguamento dell'offerta agli standard previsti nel DM n. 70/2015 e prevedendo soluzioni per il superamento di specifiche criticità dell'assetto attuale legate alla distribuzione territoriale dei punti di offerta;

**VISTA** la necessità di 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;

**RITENUTO** che rispetto alla rete ospedaliera regionale, risulta programmabile un numero complessivo di posti letto pari a 1.073, in relazione alla popolazione "pesata" residente in Molise (326.136 ab., al 01.01.2015), determinandosi quale rapporto di 3,29 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,61 posti letto per 1.000 ab. per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, e dunque entro lo standard fissato dal DM 70/2015 (3,7p\*1.000 ab.);

**CONSIDERATA** la necessità di una ridefinizione della rete ospedaliera regionale che sia adeguata ai bisogni di salute espressi dalla popolazione e quindi al miglioramento dell'efficienza e della sicurezza del relativo sistema di offerta, delle reti cliniche e delle reti per le patologie tempo-dipendenti;

**RILEVATA** l'esigenza di mantenere il modello organizzativo Hub&Spoke che assicura un'adeguata risposta in termini di efficacia ed equità dell'offerta ospedaliera distribuita sul territorio, oltre che di efficienza nell'uso delle risorse;

**CONSIDERATO** che l'articolazione dei Presidi Ospedalieri presenti sul territorio favorisce l'unitarietà del sistema erogativo regionale, l'integrazione funzionale, il raggiungimento di adeguati livelli di omogeneità nell'accesso alle cure e nella qualità dei servizi sanitari garantiti;

**RILEVATO** che rispetto alle discipline ospedaliere che hanno generato maggiore mobilità passiva interregionale saranno messe in atto azioni tese al recupero della stessa anche attraverso il potenziamento dell'offerta ospedaliera;

**CONSIDERATO** che, in coerenza con le indicazioni relative al modello organizzativo individuato tra l'altro nelle linee di programmazione regionale, vengono previsti posti letto per acuti nei presidi pubblici di Campobasso, Isernia, Termoli ed Agnone, in modo da rispondere attraverso il modello Hub&Spoke al bisogno di ospedalizzazione espresso dalle popolazioni afferenti ai diversi territori della regione e a tal fine:

- il Presidio "A. Cardarelli" di Campobasso – DEA di I livello costituisce HUB per la rete Ospedaliera e dell'Emergenza-Urgenza;
- il Presidio "F. Veneziale" di Isernia organizzativamente e funzionalmente collegato con il Presidio Ospedaliero Cardarelli di Campobasso – DEA di I livello;
- il Presidio "S. Timoteo" di Termoli organizzativamente e funzionalmente collegato con il Presidio Ospedaliero Cardarelli di Campobasso– DEA di I livello;
- l'Ospedale "S. F. Caracciolo" di Agnone, quale Ospedale di area disagiata;

**TENUTO CONTO** che, ai sensi del punto 2.5 dell'Allegato 1 del DM 70/2015, il provvedimento regionale generale di programmazione della dotazione dei posti letto ospedalieri *"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."*;

**CONSIDERATO** che le strutture private accreditate, in base alla programmazione regionale svolgono, altresì, compiti complementari e di integrazione all'interno del Sistema Sanitario regionale.

**DATO ATTO** delle note della Struttura Commissariale e della Direzione Generale per la Salute della Regione Molise protocollo n. 171006/2023 (invio SIVeAS n. 128/2023) e n. 3353/2024 (invio SIVeAS n 10/2024) - con le quali si provvedeva a trasmettere, per le valutazioni di competenza, al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia, il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti;

**CONSIDERATO** che a seguito di ulteriori valutazioni, il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti (parte integrante e sostanziale del presente atto) è stato modificato e integrato al fine di consentire una più adeguata

risposta ai bisogni assistenziali della popolazione regionale;

**RITENUTO**, pertanto, di approvare il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti composto dai seguenti documenti che si allegano quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- Documento tecnico di definizione della rete ospedaliera della Regione Molise;
- Tabella A;
- Tabella B;
- Tabella C;
- Tabella D;
- Reti delle patologie tempo-dipendenti della Regione Molise;
- 

**DATO ATTO** che l'efficacia del presente provvedimento è subordinata al parere dei Tavoli ministeriali di verifica e del Tavolo DM. 70/2015 e che pertanto fino all'acquisizione del predetto parere resta in vigore quanto definito con il DCA n. 47/2017;

**RITENUTO** quindi che il Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti, potrà essere integrato ovvero rettificato in seguito alla formulazione del predetto parere che sarà reso dai competenti Ministeri e dal Tavolo DM.70/2015,

**DATO ATTO** che l'oggetto del presente decreto rientra nell'ambito del mandato commissariale rispondendo all'obiettivo di cui al punto *"iv. programmazione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, in coerenza con il fabbisogno assistenziale in coerenza con il DM n. 70/2015 e in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di monitoraggio"* della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 agosto 2023;

in virtù dei poteri conferiti con la Deliberazione del Consiglio dei Ministri, di cui in premessa,

## **DECRETA**

### **Articolo 1**

1. È approvato il Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti composto dai seguenti documenti, che si allegano quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- Documento tecnico di definizione della rete ospedaliera della Regione Molise;
- Tabella A;
- Tabella B;
- Tabella C;
- Tabella D;
- Reti delle patologie tempo-dipendenti della Regione Molise;

### **Articolo 2**

1. L'efficacia del presente provvedimento è subordinata al parere dei Tavoli ministeriali di verifica e del Tavolo DM. 70/2015 e pertanto fino all'acquisizione del predetto parere resta in vigore quanto definito con il DCA n. 47/2017;

2. Il Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti, potrà essere integrato ovvero rettificato in seguito alla formulazione del parere reso dai competenti Ministeri e dal Tavolo DM.70/2015.

### **Articolo 3**

1. Il presente provvedimento dovrà essere trasmesso:

- al Direttore Generale dell'A.S.Re.M.;
- alle Strutture private accreditate della Regione Molise;
- al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze;

**IL SUBCOMMISSARIO AD ACTA**  
**ULISSE DI GIACOMO**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**  
**MARCO BONAMICO**

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'Art.24 del D.Lgs. 07/03/2005, 82



## **DOCUMENTO TECNICO DI DEFINIZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA DELLA REGIONE MOLISE**

### **1. Esame di contesto**

Il modello di rete ospedaliera, basato sul sistema Hub e Spoke, è stato delineato a partire dal programma straordinario 2015 – 2018.

L'Hub del sistema è stato individuato nell'Ospedale Cardarelli di Campobasso, il maggiore ospedale pubblico regionale, situato al centro del territorio regionale e pertanto raggiungibile in tempi omogenei da tutta la regione.

Gli ospedali Spoke sono localizzati a Termoli ed Isernia.

L'Ospedale di Agnone, situato nell'area montana della Regione, è stato individuato quale presidio di area disagiata, in accordo con gli standard del DM 70/2015.

Entrano a far parte della rete, completando l'offerta sanitaria ospedaliera della Regione Molise, le strutture private accreditate, tra le quali i due grandi erogatori privati, l'IRCCS Neuromed e il Responsible Research Hospital, quest'ultima unica struttura regionale che eroga prestazioni di radioterapia.

Con DCA n. 47 del 28 agosto 2017 è stato approvato il documento unico di programmazione della rete ospedaliera, delle reti dell'emergenza e delle patologie tempo dipendenti.

A seguito delle osservazioni da parte del Tavolo di monitoraggio con DCA n. 10 del 16 febbraio 2018 è stato integrato il DCA n. 47 del 2017 con la "Mappatura delle strutture di degenza dei servizi senza posti letto".

Obiettivo della programmazione 2023 – 2025 è il completamento della riorganizzazione della rete ospedaliera mediante il recepimento delle osservazioni formulate dal Tavolo di

monitoraggio, compatibilmente con alcune peculiarità che non consentono un integrale rispetto di tutti i parametri indicati nel DM n. 70/2015.

Infatti, si ritiene che non possano essere ignorati alcuni aspetti caratterizzanti il territorio regionale che rendono oggettivamente impossibile delineare una rete ospedaliera pienamente conforme agli standards previsti dal DM 70/2015 senza compromettere il diritto alla salute costituzionalmente garantito.

In particolare, assumono rilievo ai fini di una corretta organizzazione dei servizi, sia la struttura per età della popolazione che la distribuzione di quest'ultima sul territorio, sia con riferimento agli insediamenti residenziali, e in particolare alla maggiore o minore concentrazione dei residenti, che relativamente ai flussi di mobilità.

In base ai dati ISTAT riferibili al 2022 la struttura per età si caratterizza per un'incidenza più marcata delle classi anziane rispetto alla media nazionale, sia nella classe da 65 a 74 anni (11,8 contro 11,1 per cento) sia in quella 75 e più. L'incidenza delle persone con 75 anni e oltre è del 12,9 contro 11,7 per cento del Paese. Circa il 10 per cento dei comuni ha una densità di almeno 100 abitanti per kmq, variamente distribuiti all'interno della regione, prevalentemente intorno ai due comuni capoluogo e nella fascia costiera. La massima densità abitativa (874 abitanti per kmq) si registra nel comune di Campobasso, seguito dagli altri due comuni con oltre 20 mila residenti (Termoli: 604 e Isernia: 315). In alcuni comuni si registra una densità abitativa inferiore alle 10 unità per kmq.

Altro aspetto da considerare è la particolare conformazione morfologica del territorio molisano e le condizioni in cui versa il sistema viario.

Il Molise è costituito per il 55% del suo territorio da montagna e per il 44% da collina: 123 dei suoi 136 comuni sono situati in zone montuose. La regione è divisa in una zona costiera-collinare e in un'area montuosa interna. Il Basso Molise è costituito dalla sezione collinare della regione che scende gradualmente verso l'Adriatico.

Il sistema viario, invece, a causa anche della insussistenza di una rete autostradale (eccezion fatta per il tratto costiero adriatico) e stradale a scorrimento veloce, appare fortemente penalizzante per la mobilità delle persone in quanto l'intera rete è contemporaneamente usata sia per i gradi spostamenti che per il traffico locale.

Dei suindicati parametri di valutazione l'unico rilevante ai fini della valutazione degli standards indicati nel DM 70/2015 è costituito dal numero della popolazione che per il

Molise, stante la sua esiguità, appare fortemente penalizzante ove rapportato agli altri indicatori richiamati (densità demografica, morfologia del territorio e sistema viario).

Da qui la necessità, al fine di approntare una rete ospedaliera in grado di offrire un'adeguata assistenza sanitaria, di apportare dei correttivi rispetto agli standards indicati nel decreto ministeriale che, ovviamente, risultano tarati su valori medi nazionali.

## **2. La rete pubblica**

Il modello di rete ospedaliera, come accennato, è basato sull'adozione del sistema Hub e Spoke.

L'Hub del sistema è stato individuato nel P.O. Cardarelli di Campobasso che, seppur DEA di 1° livello, è il maggiore ospedale pubblico regionale, situato al centro del territorio regionale e pertanto raggiungibile in tempi omogenei da tutta la regione.

I P.O. Spoke sono localizzati a Termoli ed Isernia, classificati come presidi ospedalieri di base.

Il P.O. di Agnone, situato nell'area montana della Regione, è stato individuato quale presidio di area disagiata in considerazione della particolare orografia del territorio circostante e della distanza dagli altri P.O.

Presso l'ex Ospedale "G. Vietri" di Larino, attualmente inserito nella rete territoriale per la presenza di Casa e Ospedale di Comunità e di RSA con 20 posti letto, considerata la dotazione strutturale, tecnica ed organizzativa già esistente e tenuto conto che all'interno della struttura è già operativo un modulo di 20 posti letto di Riabilitazione ex art.26 e Riabilitazione post-covid con personale medico e sanitario non medico dedicato, al fine di riorganizzare e razionalizzare la disciplina riabilitativa in Regione e tendere ad efficientare e ridurre la spesa, saranno accorpati e dislocati tutti i 24 posti letto di riabilitazione ospedaliera (cod. 56, attualmente presenti negli altri presidi ospedalieri), come espansione ospedaliera del Presidio "S. Timoteo" di Termoli limitatamente alla disciplina in questione.

Presso l'ex Ospedale "SS. Rosario" di Venafro, anch'esso inserito nella rete territoriale per la presenza di Casa e Ospedale di Comunità, al fine di ottimizzare la gestione della Lungodegenza attualmente prevista in tutti gli ospedali pubblici della Regione, verranno accorpati e dislocati tutti i 53 posti letto di Lungodegenza, come espansione ospedaliera del Presidio "F. Veneziale" di Isernia, limitatamente alla disciplina in questione.

### **2.1. Il DEA di 1° Livello "Cardarelli" di Campobasso**

Il PO Cardarelli, oltre a svolgere le funzioni di DEA di I livello, in conformità di quanto disciplinato nel DM 70/2015, in considerazione del suo ruolo di hub della rete ospedaliera regionale pubblica, erogherà alcune prestazioni sanitarie riconducibili nell'ambito delle discipline previste per il DEA di II livello.

In particolare, nell'ambito delle reti tempo-dipendenti il suindicato P.O. continuerà a svolgere il ruolo di hub sia per la cardiologia con emodinamica interventistica h24 che per la rete ictus per la quale sarà attivata la radiologia interventistica.

Di seguito il riepilogo delle discipline previste per il P.O. Cardarelli:

Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOS	UOSDV	PL prev.
Cardiologia	08	1	0	0	16
Chirurgia Generale	09	1	0	1*	30
Breast Unit	09	0	0	1	3
Chirurgia Vascolare	14	1	0	0	8
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	19	1	0	0	3
Malattie Infettive e Tropicali	24	1	0	0	14
Medicina Generale	26	1	0	1**	30
Nefrologia	29	1	0	0	10
Neurologia/Stroke	32	1	0	0	14
Oculistica	34	1	0	0	4
Odontoiatria e Stomatologia	35	0	0	1	4
Ortopedia e Traumatologia	36	1	0	0	32
Ostetricia e Ginecologia (ivg)	37	1	0	0	25
Otorinolaringoiatria	38	1	0	0	8
Pediatria	39	1	0	0	8
Psichiatria	40	0	1	0	6
Urologia	43	1	0	0	20
Terapia Intensiva	49	1	0	1***	12
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	0	1	0	8
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51	1	0	0	12
Gastroenterologia	58	0	0	1	4
Neonatologia	62	0	1	0	8
Oncologia (con posti letto)	64	1	0	0	10
Pneumologia	68	1	0	0	6

Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOS	UOSDV	PL prev.
Terapia Intensiva Neonatale	73	0	1	0	5
Detenuti	97	0	0	0	4
Anatomia e istologia patologica	03	0	0	1	0
Radiologia	69	1	0	0	0
Dietetica/Dietologia		0	0	1	0
Direzione Sanitaria di presidio		1	0	0	0
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)		0	1	0	0
Farmacia ospedaliera		1	0	0	0
Laboratorio d'analisi		1	0	0	0
Medicina Nucleare (senza posti letto)		1	0	0	0
Servizio trasfusionale		1	0	0	0
<b>TOTALE</b>		<b>24</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>304</b>

\* Unità operativa a valenza dipartimentale “Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica”;

\*\* Unità operativa a valenza dipartimentale “Anziano fragile”;

\*\*\* Unità operativa a valenza dipartimentale “Recovery room”.

## 2.2. Il Presidio ospedaliero di base “F. Veneziale” di Isernia

Il PO Veneziale è una 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.

Di seguito il riepilogo delle discipline previste per il PO Veneziale:

Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOS	UOSDV	PL prev.
Cardiologia	08	0	0	1	10
Chirurgia Generale	09	1	0	0	22
Medicina Generale	26	1	0	0	22
Oculistica	34	0	1	0	2
Ortopedia e Traumatologia	36	1	0	0	16
Ostetricia e Ginecologia	37	1	0	0	14
Otorinolaringoiatria	38	0	1	0	2
Pediatria	39	0	1	0	5
Terapia Intensiva	49	0	0	1	7
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	0	0	0	4
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51	0	0	1	6
Lungodegenti*	60	1	0	0	53
Oncologia (con posti letto)	64	0	1	0	4
Anatomia e istologia patologica	03	1	0	0	0
Direzione Sanitaria di presidio		1	0	0	0
Radiologia	69	1	0	0	0
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)		0	1	0	0
Farmacia ospedaliera		0	1	0	0
Laboratorio d'analisi		0	1	0	0
<b>TOTALE</b>		<b>8</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>167</b>

\*Posti letto dislocati presso l'ex presidio ospedaliero di Venafro come espansione del Complesso Ospedaliero di Isernia nel quale, oltre alle strutture già esistenti (F. Venezia di Isernia cod. 14000301 e A. Caracciolo di Agnone cod. 14000302), viene previsto anche l'ex Presidio "SS. Rosario" di Venafro limitatamente alla disciplina di lungodegenza (cod.60).

### 2.3. Il Presidio ospedaliero di base “S. Timoteo” di Termoli

Anche il P.O. S. Timoteo è una 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.

Di seguito il riepilogo delle discipline previste per il PO San Timoteo:

Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOS	UOSDV	PL prev.
Cardiologia	08	1	0	0	12
Chirurgia Generale	09	1	0	0	20
Medicina Generale	26	1	0	0	25
Oculistica	34	0	0	1	2
Ortopedia e Traumatologia	36	1	0	0	16
Ostetricia e Ginecologia	37	1	0	0	12
Otorinolaringoiatria	38	1	0	0	4
Pediatria	39	0	0	1	5
Psichiatria	40	0	1	0	7
Urologia	43	0	0	1	6
Terapia Intensiva	49	0	0	1	7
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	0	0	0	5
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51	0	0	1	7
Recupero e Riabilitazione funzionale*	56	1	0	0	24
Oncologia (con posti letto)	64	0	1	0	4
Radiologia	69	1	0	0	0
Direzione Sanitaria di presidio		1	0	0	0

Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOS	UOSDV	PL prev.
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)		0	1	0	0
Farmacia ospedaliera		0	1	0	0
Laboratorio d'analisi		0	1	0	0
Servizio trasfusionale		0	1	0	0
<b>TOTALE</b>		<b>9</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>156</b>

\*Posti letto dislocati presso l'ex presidio ospedaliero di Larino come espansione del Presidio ospedaliero "S. Timoteo" di Termoli che diventa, per tale motivo, Complesso Ospedaliero, ricomprendendo così la struttura Vietri di Larino limitatamente alla disciplina di recupero e riabilitazione funzionale (cod.56).

#### 2.4. Il Presidio Ospedaliero di area disagiata "Caracciolo" di Agnone

Lo stabilimento di Agnone, situato nell'area montana della Regione, è stato individuato quale presidio di area disagiata, in accordo con gli standard del DM 70/2015.

Infatti, si tratta di area geograficamente e meteorologicamente ostile e disagiata, in ambiente montano e con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi.

Nel suddetto presidio, pertanto, sarà garantita una attività di pronto soccorso, presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30 gennaio 1998 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento il quale garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina d'urgenza e di chirurgia generale ridotta, che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina d'urgenza (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità dei casi imprevisti) per i casi che non possono essere dimessi in giornata.

È prevista la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub o spoke più vicino e indagini

laboratoristiche. Sarà predisposto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale di zona particolarmente disagiata al centro spoke o hub. È prevista la presenza di una emoteca. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke.

Di seguito il riepilogo delle discipline previste per il POAD Caracciolo:

<b>Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)</b>	<b>Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)</b>	<b>UOC</b>	<b>UOS</b>	<b>UOSDV</b>	<b>PL prev.</b>
Day hospital	02	0	0	0	3
Medicina Generale	26	1	0	0	7
Pneumologia	68	0	1	0	4
Reumatologia	71	0	0	1	3
Day surgery	98	0	0	0	3
Laboratorio d'analisi	x	0	1	0	0
<b>TOTALE</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>20</b>

### 3. La rete privata

L'offerta ospedaliera regionale è completata dalle strutture private accreditate:

- Responsible Research Hospital con sede in Campobasso;
- IRCCS Neuromed con sede in Pozzilli (IS);
- GEA Medica a vocazione esclusivamente riabilitativa, con sede in Isernia;
- Casa di Cura "Villa Esther" con sede in Bojano (CB);
- Casa di Cura "Villa Maria" con sede in Campobasso.

#### 3.1. Responsible Research Hospital Spa

Il Responsible Research Hospital è una struttura specializzata nelle discipline di oncologia, chirurgia ginecologica e cardiologica.

In considerazione della specializzazione nelle suindicate discipline la struttura entra a far parte sia della rete oncologica sia di quella tempo-dipendente cardiologica esclusivamente per l'attività cardiocirurgica. Sul punto si rinvia a quanto disciplinato nel relativo paragrafo.

Di seguito il riepilogo delle discipline per le quali la struttura sarà punto erogatore per conto del SSR:

Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	PL prev.
Cardiocirurgia	07	23
Cardiologia	08	20
Chirurgia Generale	09	25
Ematologia	18	20
Terapia Intensiva	49	7
Recupero e Riabilitazione funzionale	56	13
Oncologia (con posti letto)	64	20
Radioterapia oncologica	74	2
<b>TOTALE</b>		<b>130</b>

### 3.2. IRCCS Neuromed

L'IRCCS Neuromed costituisce centro di eccellenza per le discipline di neurologia e neurochirurgia.

Di seguito il riepilogo delle discipline per le quali la struttura sarà punto erogatore per conto del SSR:

Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	PL prev.
Day hospital	02	6
Chirurgia Vascolare	14	8
Neurochirurgia	30	35
Neurologia	32	42
Terapia Intensiva	49	7
Recupero e Riabilitazione funzionale	56	11
Neuro-Riabilitazione	75	45
Day surgery	98	2
<b>TOTALE</b>		<b>156</b>

### 3.3. GEA Medica

La struttura è specializzata nelle prestazioni di recupero e riabilitazione funzionale per cui continuerà ad essere punto erogatore per la suindicata disciplina per un totale di 40 posti letto (Codice 56).

### 3.4. Casa di Cura "Villa Esther"

La struttura nell'ambito delle attività chirurgiche erogate di alta complessità si caratterizza per un elevato numero di interventi riferibili a patologie ortopediche. Tale trend trova conferma nei dati rilevati nell'anno 2019 (ultimo anno *pre covid*) laddove si registra che il 90% degli interventi di alta complessità erogati attiene a chirurgia ortopedica.

Pertanto, considerata la necessità di potenziare l'offerta sanitaria regionale nell'ambito della chirurgia ortopedica, anche in considerazione dell'elevata mobilità

passiva ad oggi registrata, Villa Esther è individuata come punto erogatore per la disciplina di Ortopedia e Traumatologia.

Di seguito il riepilogo delle discipline per le quali la struttura sarà punto erogatore per conto del SSR:

<b>Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)</b>	<b>Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)</b>	<b>PL prev.</b>
Geriatrics	21	20
Orthopedics and Traumatology	36	20
Intensive Therapy	49	2
Day surgery	98	5
Week surgery		13
<b>TOTALE</b>		<b>60</b>

### 3.5. Casa di Cura “Villa Maria”

La struttura nell’ambito delle disposizioni di cui al DM 70/2015 ed in considerazione della natura e tipologia delle prestazioni ad oggi erogate è individuata come punto erogatore per la disciplina di medicina generale, lungodegenza e attività di day surgery multispecialistico.

La scelta, con particolare riferimento alla disciplina di medicina generale, è dettata dalla necessità di assicurare la disponibilità di ulteriori posti letto in una struttura prossima all’Ospedale hub in cui convergono le patologie internistiche a maggiore complessità con conseguenziale saturazione dei relativi posti letto.

Di seguito il riepilogo delle discipline per le quali la struttura sarà punto erogatore per conto del SSR:

<b>Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)</b>	<b>Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)</b>	<b>PL prev.</b>
General Medicine	26	17
Long-term patients	60	13
Day surgery	98	10
<b>TOTALE</b>		<b>40</b>

<b>Posti letto Acuti</b>		<b>Situazione attuale (al 01/01/2020)</b>	<b>Situazione programmata</b>
<b>Ordinari</b>	Numero	766	751
	Per 1.000 ab.	2,35	2,30
<b>Day Hospital</b>	Numero	69	60
	Per 1.000 ab.	0,21	0,18
<b>Day surgery</b>	Numero	56	63
	Per 1.000 ab.	0,17	0,19
<b>Totale Acuti</b>			<b>2,68</b>

<b>Posti letto Riabilitazione</b>		<b>Situazione attuale (al 01/01/2020)</b>	<b>Situazione programmata</b>
<b>Ordinari</b>	Numero	126	128
	Per 1.000 ab.	0,39	0,39
<b>Day Hospital</b>	Numero	2	5
	Per 1.000 ab.	0,01	0,02
<b>Totale Riabilitazione</b>			<b>0,41</b>

<b>Posti letto Lungodegenz</b>	<b>Situazione attuale (al 01/01/2020)</b>	<b>Situazione programmata</b>
Numero	3	66
Per 1.000 ab.	0,01	0,20
<b>Totale Riabilitazione + Lungodegenza</b>		<b>0,61</b>

<b>TOTALE</b>	<b>Situazione attuale (al 01/01/2020)</b>	<b>Situazione programmata</b>	<b>Delta attuale vs programmata</b>
Numero	1.022	1.073	51
Per 1.000 ab.	3,13	3,29	0,16

<b>Tabella B: Posti letto di residenzialità territoriali – criteri di equivalenza ai Posti letto ospedalieri</b>		
<b>P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L ospedalieri</b>	<b>2024</b>	<b>Note</b>
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A1)	<b>16</b>	Il seguente rapporto tra PL autocertificati dalla Regione e PL territoriali residenziali in NSIS (A1+A2) / [(PL totali modello STS 24 Quadro G) + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)] deve risultare compreso nell'intervallo (0,98 e 1,02)
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN <tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera	<b>714</b>	
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n.38 per le cure palliative e P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie per la salute mentale	<b>16</b>	Deve risultare <= (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 5 "Assistenza malati terminali")
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la	-	Deve risultare <= (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 1 "Assistenza psichiatrica")
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la	-	Deve risultare <= [(PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 3 "Assistenza ai disabili psichici") + (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 4 "Assistenza ai disabili fisici") + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)]
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011) (E).	-	
<b>P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L ospedalieri [A1 - B - C - D - E]</b>	-	
Per 1.000 ab.	-	

<b>Ospedali di Comunità</b>	
<b>Denominazione</b>	<b>N. Posti letto</b>
Ospedale di Comunità Larino	20
Ospedale di Comunità Venafro	20

Tabella C. Mappatura delle strutture di degenza e dei servizi senza posti letto: situazione attuale e successiva all'applicazione del provvedimento di programmazione

Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	Situazione attuale							Situazione programmata				Ord	DH	DS	Posti letto tecnici	
			Posti letto	N° Strutture semplici*	N* Strutture dipartimentali	N° Strutture complesse*	Ord	DH	DS	post tecnici	Posti letto	N° Strutture semplici*	...di cui dipartimentali *					N° Strutture complesse*
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Allergologia	01																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Day hospital	02																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Angiologia	05																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Cardiochirurgia infantile	06																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Cardiochirurgia	07																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Cardiologia	08	10			1	9	1				16			1	14	2	
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Chirurgia Generale	09	37			1	35		2			30		1	1	28		2
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Breast Unit	09	3		1		2		1			3		1		3		
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Chirurgia Maxillo Facciale	10																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Chirurgia Pediatrica	11																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Chirurgia Plastica	12																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Chirurgia Toracica	13																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Chirurgia Vascolare	14	8			1	5		3			8			1	5		3
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Medicina sportiva	15																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Ematologia	18																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	19	3			1			3			3			1	2	1	
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Immunologia e centro trapianti	20																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Geriatria	21																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Malattie Infettive e Tropicali	24	3			1	2	1				14			1	14		
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Medicina del Lavoro	25																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Medicina Generale	26	40			1	38	2				30		1	1	28		2
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Medicina legale	27																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Unità spinale	28																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Nefrologia	29	10			1	8	2				10			1	8	2	
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Neurochirurgia	30																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Nido	31									8							8
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Neurologia/Stroke	32	14			1	12	2				14			1	12	2	
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Neuropsichiatria Infantile	33																
Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campoba	Oculistica	34	2			1			2			4			1			4





Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	Posti letto	N° Strutture semplici*	N* Strutture dipartimentali	N° Strutture complesse*	Ord	DH	DS	posti tecnici	Posti letto	N° Strutture semplici*	...di cui dipartimentali *	N° Strutture complesse*	Ord	DH	DS	Posti letto tecnici
<b>erative - Presidio Ospedaliero A.Cardarelli - Campobasso</b>			<b>290</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>24</b>	<b>242</b>	<b>22</b>	<b>26</b>		<b>304</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>259</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Allergologia	01																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Day hospital	02																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Anatomia e istologia patologica	03				-												
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Angiologia	05																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Cardiologia	06																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Cardiologia	07																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Cardiologia	08	10		1		9	1			12			1	12			
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Chirurgia Generale	09	21			1	18		3		20			1	18		2	
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Chirurgia Maxillo Facciale	10																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Chirurgia Pediatrica	11																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Chirurgia Plastica	12																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Chirurgia Toracica	13																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Chirurgia Vascolare	14																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Medicina sportiva	15																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Ematologia	18				-												
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	19				-												
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Immunologia e centro trapianti	20																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Geriatria	21																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Malattie Infettive e Tropicali	24																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Medicina del Lavoro	25																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Medicina Generale	26	27			1	25	2			25			1	23	2		
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Medicina legale	27																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Unità spinale	28																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Nefrologia	29																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Neurochirurgia	30																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Nido	31								6								6
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Neurologia	32																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Neuropsichiatria Infantile	33																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Oculistica	34	2		1				2		2		1				2	
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Odontoiatria e Stomatologia	35																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Ortopedia e Traumatologia	36	16			1	15		1		16			1	15		1	



Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	Posti letto	N° Strutture semplici*	N* Strutture dipartimentali	N° Strutture complesse*	Ord	DH	DS	posti tecnici	Posti letto	N° Strutture semplici*	...di cui dipartimentali *	N° Strutture complesse*	Ord	DH	DS	Posti letto tecnici
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Neuro-Riabilitazione	75																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Neurochirurgia Pediatria	76																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Nefrologia Pediatria	77																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Urologia Pediatria	78																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Detenuti	97																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Day surgery	98																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Terapia del dolore (con posti letto)	99																
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Radiologia	69				1								1				
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Direzione Sanitaria di presidio					1								1				
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)											1						
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Farmacia ospedaliera			1								1						
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Farmacologia clinica																	
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Fisica sanitaria																	
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Genetica medica																	
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Laboratorio d'analisi			1								1						
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Medicina Nucleare (senza posti letto)																	
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Microbiologia e virologia																	
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Neuroradiologia																	
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Oncologia (senza posti letto)																	
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Servizio trasfusionale			1								1						
Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli	Terapia del dolore (senza posti letto)																	
<b>Totale Complesso Osp. S.Timoteo - Termoli</b>			<b>138</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>117</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>156</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>133</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	
Complesso Osp. F.Veneziale - Isernia	Allergologia	01																
Complesso Osp. F.Veneziale - Isernia	Day hospital	02																
Complesso Osp. F.Veneziale - Isernia	Angiologia	05																
Complesso Osp. F.Veneziale - Isernia	Cardiologia infantile	06																
Complesso Osp. F.Veneziale - Isernia	Cardiologia	07																
Complesso Osp. F.Veneziale - Isernia	Cardiologia	08	12		1		10	2			10		1		9	1		
Complesso Osp. F.Veneziale - Isernia	Chirurgia Generale	09	27			1	25	2			22			1	20	2		

















Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	Posti letto	N° Strutture semplici*	N* Strutture dipartimentali	N° Strutture complesse*	Ord	DH	DS	posti tecnici	Posti letto	N° Strutture semplici*	...di cui dipartimentali *	N° Strutture complesse*	Ord	DH	DS	Posti letto tecnici
CdC Villa Maria - Campobasso	Farmacologia clinica																	
CdC Villa Maria - Campobasso	Fisica sanitaria																	
CdC Villa Maria - Campobasso	Genetica medica																	
CdC Villa Maria - Campobasso	Laboratorio d'analisi																	
CdC Villa Maria - Campobasso	Medicina Nucleare (senza posti letto)																	
CdC Villa Maria - Campobasso	Microbiologia e virologia																	
CdC Villa Maria - Campobasso	Neuroradiologia																	
CdC Villa Maria - Campobasso	Oncologia (senza posti letto)																	
CdC Villa Maria - Campobasso	Servizio trasfusionale																	
CdC Villa Maria - Campobasso	Terapia del dolore (senza posti letto)																	
<b>Totale CdC Villa Maria - Campobasso</b>			<b>40</b>				<b>34</b>	<b>3</b>	<b>3</b>		<b>40</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>-</b>
Cdc Villa Esther - Bojano	Allergologia	01																
Cdc Villa Esther - Bojano	Day hospital	02																
Cdc Villa Esther - Bojano	Anatomia e istologia patologica	03																
Cdc Villa Esther - Bojano	Angiologia	05																
Cdc Villa Esther - Bojano	Cardiologia infantile	06																
Cdc Villa Esther - Bojano	Cardiologia	07																
Cdc Villa Esther - Bojano	Cardiologia	08																
Cdc Villa Esther - Bojano	Chirurgia Generale	09	29				24		5									
Cdc Villa Esther - Bojano	Chirurgia Maxillo Facciale	10																
Cdc Villa Esther - Bojano	Chirurgia Pediatrica	11																
Cdc Villa Esther - Bojano	Chirurgia Plastica	12																
Cdc Villa Esther - Bojano	Chirurgia Toracica	13																
Cdc Villa Esther - Bojano	Chirurgia Vascolare	14																
Cdc Villa Esther - Bojano	Medicina sportiva	15																
Cdc Villa Esther - Bojano	Ematologia	18																
Cdc Villa Esther - Bojano	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	19																
Cdc Villa Esther - Bojano	Immunologia e centro trapianti	20																
Cdc Villa Esther - Bojano	Geriatrics	21									20				20			





















Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	Posti letto	N° Strutture semplici*	N* Strutture dipartimentali	N° Strutture complesse*	Ord	DH	DS	posti tecnici	Posti letto	N° Strutture semplici*	...di cui dipartimentali *	N° Strutture complesse*	Ord	DH	DS	Posti letto tecnici
Neuromed - Pozzilli	Terapia Intensiva Neonatale	73																
Neuromed - Pozzilli	Radioterapia oncologica	74																
Neuromed - Pozzilli	Neuro-Riabilitazione	75	45				45				45				45			
Neuromed - Pozzilli	Neurochirurgia Pediatrica	76																
Neuromed - Pozzilli	Nefrologia Pediatrica	77																
Neuromed - Pozzilli	Urologia Pediatrica	78																
Neuromed - Pozzilli	Detenuti	97																
Neuromed - Pozzilli	Day surgery	98									2						2	
Neuromed - Pozzilli	Terapia del dolore (con posti letto)	99																
Neuromed - Pozzilli	Dietetica/Dietologia																	
Neuromed - Pozzilli	Direzione Sanitaria di presidio																	
Neuromed - Pozzilli	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)																	
Neuromed - Pozzilli	Farmacia ospedaliera																	
Neuromed - Pozzilli	Farmacologia clinica																	
Neuromed - Pozzilli	Fisica sanitaria																	
Neuromed - Pozzilli	Genetica medica																	
Neuromed - Pozzilli	Laboratorio d'analisi																	
Neuromed - Pozzilli	Medicina Nucleare (senza posti letto)																	
Neuromed - Pozzilli	Microbiologia e virologia																	
Neuromed - Pozzilli	Neuroradiologia																	
Neuromed - Pozzilli	Oncologia (senza posti letto)																	
Neuromed - Pozzilli	Servizio trasfusionale																	
Neuromed - Pozzilli	Terapia del dolore (senza posti letto)		-				-	-										
<b>Totale Neuromed - Pozzilli</b>			<b>145</b>				<b>139</b>	<b>6</b>	<b>56</b>	<b>Totale</b>	<b>156</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>147</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>-</b>
<b>Totale</b>			<b>1.022</b>				<b>895</b>	<b>71</b>	<b>56</b>	<b>Totale</b>	<b>1.073</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>945</b>	<b>65</b>	<b>63</b>	<b>-</b>

\*Posti letto dislocati presso l'ex P.O. di Larino, struttura della rete territoriale, come espansione del complesso ospedaliero di Termoli

\*\*Posti letto dislocati presso l'ex P.O. di Venafro, struttura della rete territoriale, come espansione del complesso ospedaliero di Isernia

<b>Tabella D: Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso</b>	
<b>Indicatore</b>	<b>Valore rilevato</b>
Elenco Centrali Operative 118	1 Centrale Operativa 118 regionale (Sede CB)
N° missioni 118 per tipologia di mezzo di soccorso	30.912 missioni 118 complessive Anno 2022. Presso ogni postazione è disponibile un'ambulanza Avanzata (medico, infermiere, due soccorritori) il cui equipaggio viene scomposto e forma èquipe diversificate in base al tipo di intervento: - medico, infermiere, soccorritori con ambulanza; - medico, infermiere con automedica; - <u>soccorritori con ambulanza.</u>
N° mezzi di elisoccorso	Convenzione con la Regione Abruzzo dell'elisoccorso
N° e localizzazione delle elisuperfici	
N° missioni di elisoccorso	<b>7 missioni di elisoccorso complessive Anno 2022</b>
Per ciascun Punto di Primo Intervento, indicare:	Codifica PPI
	Denominazione PPI
	Tipologia (territoriale/ospedaliero)
	N° Accessi annui
	Codice HSP11/11.bis (Indica il codice HSP11 e HSP11.bis a cui afferisce il PPI)
	Codice STS11 (Indica il codice STS11 a cui afferisce il PPI)
	Codice Centrale Operativa 118 (Indica il codice della Centrale Operativa del 118 a cui afferisce il PPI)
	Invio dati a Sistema informativo NSIS EMUR (SI/NO)



# RETI DELLE PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI DELLA REGIONE MOLISE

## Sommario

1. Il coordinamento regionale delle reti dell'emergenza .....	3
1.2 Cronoprogramma .....	4
2. La rete ospedaliera .....	5
2.1 Strutture Private Accreditate .....	8
2.2 Rete territoriale del soccorso SET 118.....	8
3. Reti delle patologie tempo-dipendenti .....	11
4. Rete trauma .....	12
4.1 Obiettivi della rete .....	13
4.2 Strutture e organizzazione della Rete .....	13
4.3 Indicazioni funzionali e operative.....	18
4.4 Cronoprogramma .....	21
5. Rete ictus .....	22
5.1 Obiettivi della Rete .....	23
5.2 Strutture e organizzazione della Rete .....	23
5.3 Indicazioni funzionali e operative.....	28
5.4 Cronoprogramma .....	29
6. Rete delle Emergenze Cardiologiche .....	31
6.1 Obiettivi della rete .....	31
6.2 Strutture e organizzazione della Rete .....	32
6.3 Elementi Clinico-Assistenziali della rete .....	34
6.4 Cronoprogramma .....	35
7. Normativa di riferimento.....	36

## 1. Il coordinamento regionale delle reti dell'emergenza

La definizione e la gestione della rete è affidata ad un Coordinamento ASReM delle Reti dell'emergenza e tempo dipendenti che assicura il coinvolgimento istituzionale di tutti i soggetti partecipi, con il compito di monitorare le reti ed i percorsi assistenziali dell'emergenza.

La Direzione Generale per la salute della Regione Molise assicurerà la necessaria governance del complessivo sistema delle reti tempo dipendenti, verificandone la coerenza rispetto alla programmazione sanitaria ed il relativo funzionamento attraverso la valutazione delle attività del Coordinamento di rete.

Il gruppo di Coordinamento Aziendale esprime le interrelazioni tra il livello organizzativo-gestionale dell'Azienda Sanitaria Regionale e quello clinico dei professionisti. Tale organismo dovrà garantire, nel rispetto dei ruoli rappresentati, l'integrazione organizzativa e clinica dei professionisti coinvolti.

Il coordinamento delle reti tempo-dipendenti è costituito, per tutte le reti, dal Direttore Sanitario Aziendale che lo presiede, dai Direttori dei tre Pronto Soccorso degli Ospedali ASReM, dal Responsabile della Centrale Operativa 118 dell'Emergenza territoriale e dai Responsabili delle U.O. di Anestesia e Rianimazione degli Ospedali.

La composizione del coordinamento per ognuna delle reti sarà completata dagli specialisti delle U.O. coinvolte.



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

- Stesura dei protocolli e delle procedure relative alle principali patologie di riferimento.
- Definizione degli obiettivi formativi professionali per gli operatori finalizzati alla esplicitazione delle competenze richieste agli operatori coinvolti;
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), nonché la loro corretta applicazione;
- Implementazione della gestione organizzativa e delle raccomandazioni cliniche, che definiscono, per ogni Rete, le indicazioni, le modalità e il timing del cambio di setting assistenziale;
- Diffusione di report periodici sul funzionamento delle Reti.

Il Coordinamento dovrà predisporre, per ciascuna delle reti, il “Piano di Rete” che dovrà contenere:

- PDTA integrati ospedale-territorio;
- Piano formativo;
- Indicatori per il monitoraggio della rete;
- Definizione e allocazione delle risorse necessarie strutturali, tecnologiche e di personale.

## 1.2 Cronoprogramma

<i><b>AZIONI</b></i>	<i><b>RESPONSABILI</b></i>	<i><b>TEMPI</b></i>
<i>Istituzione del Coordinamento di Rete</i>	<i>REGIONE MOLISE</i>	<i>30/06/2024</i>
<i>Predisposizione dei piani di rete da parte del Coordinamento per la Rete Trauma</i>	<i>ASREM</i>	<i>30/09/2024</i>
<i>Predisposizione dei piani di rete da parte del Coordinamento per la Rete Ictus</i>	<i>ASREM</i>	<i>30/09/2024</i>
<i>Predisposizione dei piani di rete da parte del Coordinamento per la Rete Emergenze Cardiologiche</i>	<i>ASREM</i>	<i>30/09/2024</i>
<i>Predisposizione dei piani di rete da parte del Coordinamento per la Rete Neonatologica e Punti Nascita</i>	<i>ASREM</i>	<i>30/09/2024</i>
<i>Verifica dell'attività svolta dal Coordinamento di Rete</i>	<i>REGIONE MOLISE</i>	<i>Trimestrale</i>

## **2. La rete ospedaliera**

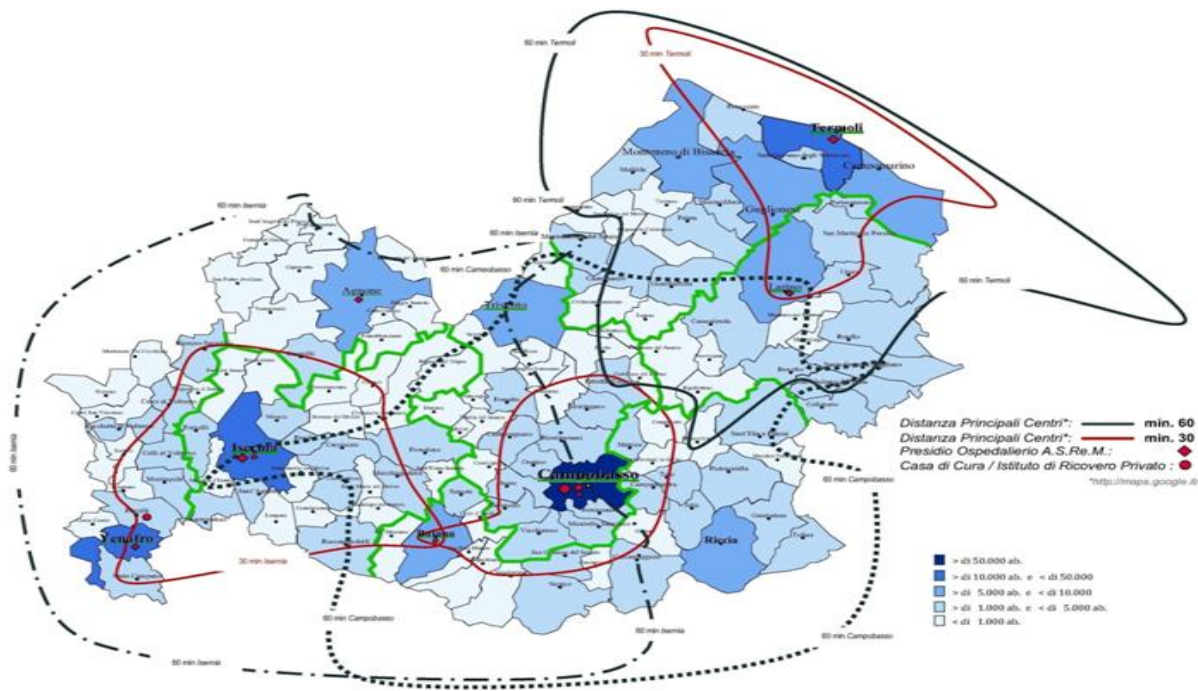
La rete ospedaliera per le patologie tempo dipendenti della Regione Molise è finalizzata a promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure e l'uso appropriato delle risorse. Il modello di rete ospedaliera è basato sull'adozione del sistema Hub e Spoke.

L'Hub del sistema è stato individuato nell'Ospedale Cardarelli di Campobasso, il maggiore ospedale pubblico della ASReM, situato al centro del territorio regionale e pertanto raggiungibile in tempi omogenei da tutta la regione, in cui sono concentrate competenze e tecnologie.

DEA di I livello, secondo gli standard legati al bacino d'utenza previsti dal DM.70/2015, l'Ospedale Cardarelli di Campobasso rappresenta l'Hub della complessiva rete Ospedaliera della Regione Molise.

Situato in posizione baricentrica nel capoluogo di regione, rappresenta l'Hub per le patologie tempo-dipendenti con presenza di Stroke Unit di I livello (rete ictus), CTZ- TRAUMA TEAM (rete trauma), Emodinamica interventistica H24 e UTIC (rete cardiologica), Neonatologia e TIN (rete neonatologica).

In virtù del ruolo che svolge, l'Ospedale Cardarelli dovrà essere dotato, tra l'altro, della Radiologia interventistica, per assicurare la presenza di procedure diagnostico-terapeutiche per la gestione delle patologie tempo-dipendenti.



Gli ospedali Spoke sono localizzati a Termoli ed Isernia.

### **Ospedale “Veneziale” di Isernia**

Presidio Ospedaliero di Base, secondo gli standard legati al bacino d’utenza previsti dal DM.70/2015. Spoke e sede di Pronto Soccorso dotato di letti di “Osservazione Breve Intensiva” con la presenza di Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca.

È mantenuto nel Presidio Ospedaliero di Isernia il Punto Nascita di I livello, per il quale è stata accordata la persistenza in deroga all’Accordo Stato Regioni 16.12.2010, per i punti nascita con volumi di attività inferiori a 500 parti/anno. La presenza del Punto Nascita presso l’Ospedale di Isernia implica il mantenimento degli standard organizzativi strutturali e di sicurezza come da Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 recante: "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

È attiva nel Presidio Ospedaliero di Isernia la Cardiologia con UTIC e Laboratorio di Emodinamica senza posti letto parte integrante della Rete IMA Regionale.

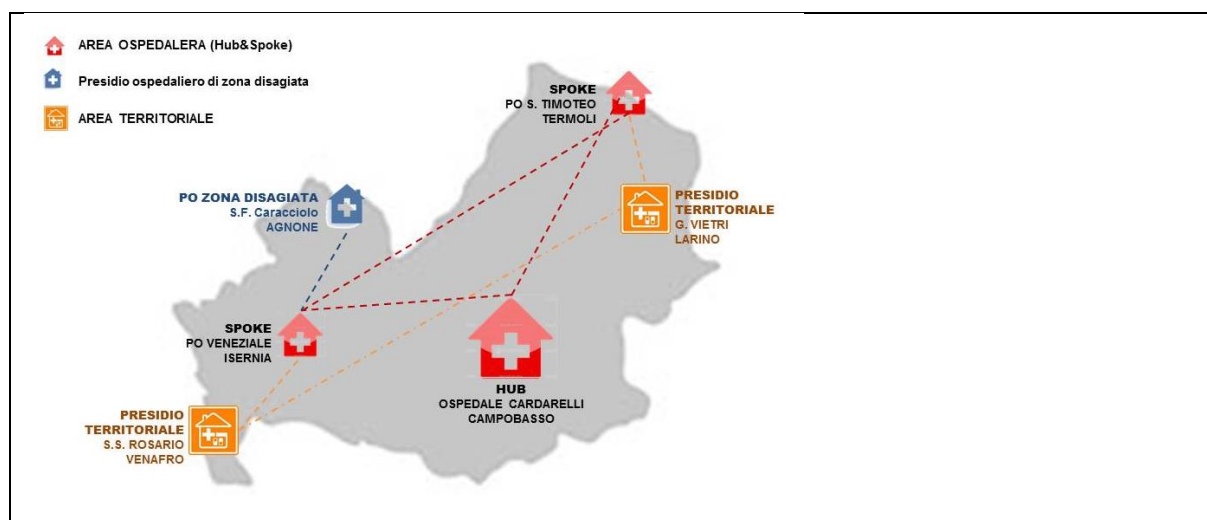
### Ospedale “San Timoteo” di Termoli

Presidio Ospedaliero di Base, secondo gli standard legati al bacino d’utenza previsti dal DM.70/2015. Spoke sede di Pronto Soccorso dotato di letti di “Osservazione Breve Intensiva” con la presenza delle UU.OO. di Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore di Radiologia, Laboratorio, Emoteca.

È attiva nel Presidio Ospedaliero di Termoli la Cardiologia con UTIC e Laboratorio di Emodinamica senza posti letto, parte integrante della Rete IMA Regionale.

È mantenuto attivo il Punto Nascita, in ottemperanza della sentenza del TAR Molise dell’ottobre 2022.

La riconversione dei presidi ospedalieri di Larino e Venafro in Ospedali di Comunità, intervenuta a seguito dell’applicazione del POS 2015-18, ha consentito di potenziare le cure primarie ed intermedie sul territorio in una logica di integrazione tra ospedale e territorio per la presa in carico complessiva del paziente e per il completamento dei Percorso di Cura per le patologie tempo-dipendenti.



Il modello organizzativo Hub e Spoke assicura una adeguata risposta alle esigenze di efficacia ed equità dell’offerta ospedaliera, rappresentando una configurazione efficiente per le attività della Rete delle Patologie tempo-dipendenti sull’intero territorio.

L’assetto articolato in Presidi ospedalieri presenti sul territorio favorisce l’unitarietà del sistema erogativo regionale, l’integrazione funzionale, il raggiungimento di elevati livelli di omogeneità nell’accesso e nella qualità dei servizi sanitari erogati attraverso la rete.

## **2.1 Strutture Private Accreditate**

La Rete Regionale per le patologie tempo dipendenti è completata dalle strutture private accreditate:

- IRCCS Neuromed che ha sede a Pozzilli (IS)
- Responsible Research Hospital che ha sede a Campobasso

In ragione della qualificata offerta assistenziale del Responsible Research Hospital e dell'IRCCS Neuromed, le stesse sono dotate di discipline non presenti negli ospedali pubblici.

Il Responsible Research Hospital di Campobasso è dotato della disciplina di Cardiochirurgia e pertanto partecipa alla rete dell'emergenza cardiologica per la funzione specifica.

Il Neuromed, Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico nell'ambito delle neuroscienze, partecipa alla rete per la funzione neurochirurgica, con il ruolo nella rete del trauma per la sola gestione del trauma cranico isolato e nella rete dell'ictus per la patologia vascolare emorragica del Sistema Nervoso Centrale per la trombectomia meccanica nell'ictus ischemico.

## **2.2 Rete territoriale del soccorso SET 118**

Il territorio e la popolazione della Regione Molise richiedono di modulare le Reti attraverso un sistema 118 sviluppato in aree complesse, adattando gli interventi e la costituzione degli equipaggi di soccorso secondo le necessità, verso un trasporto rapido e la gestione sulla scena del soccorso.

La programmazione complessiva del sistema dell'emergenza non può prescindere dalla organizzazione della rete territoriale del soccorso, in un territorio che rende difficile e complicato 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.

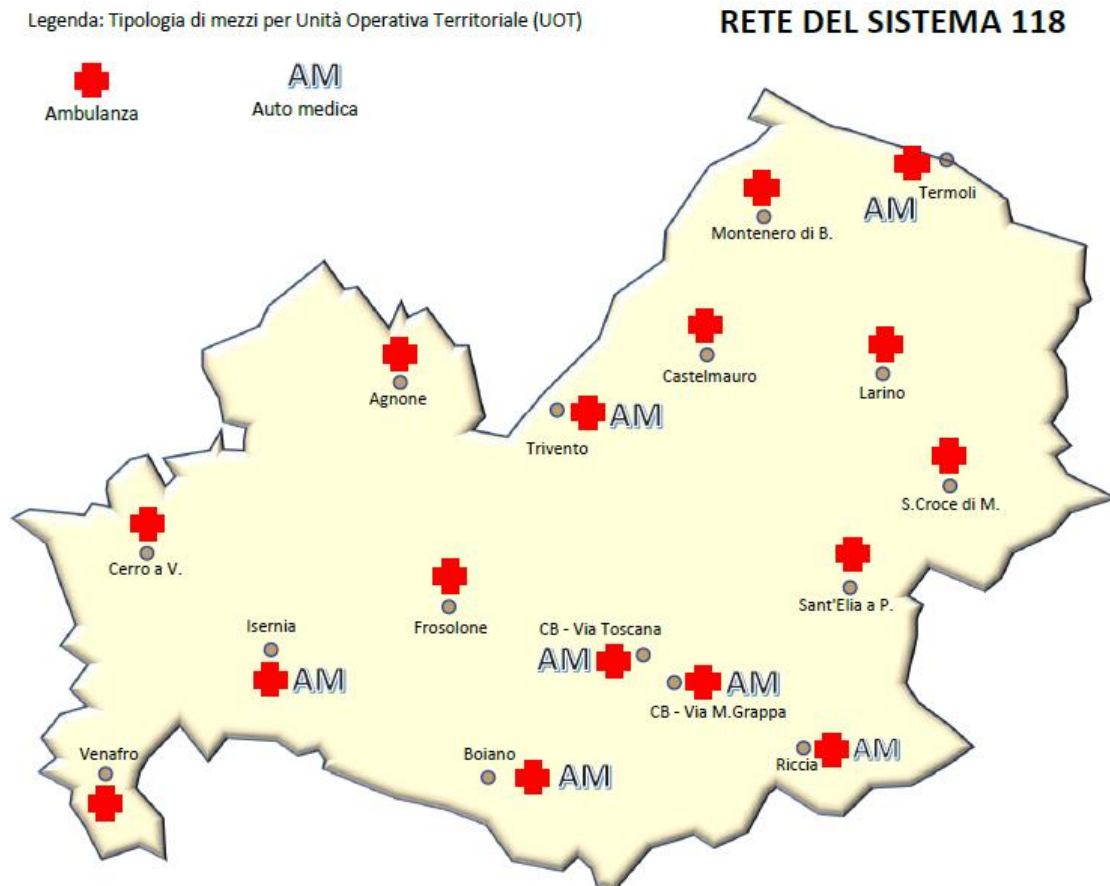
Infatti, la peculiarità territoriale del Molise è caratterizzata dalla distribuzione della popolazione residente in un ambiente orografico complesso e con alta percentuale di soggetti anziani che vivono in piccole comunità, disperse sul territorio.

La situazione viaria è sviluppata a raggiera con molte aree caratterizzate da percorsi terminali, con vie di collegamento interno alla regione con tempi di percorrenza superiori alle medie prevedibili in altre condizioni logistiche.

Il sistema dell'Emergenza territoriale della Regione Molise (SET 118) è attualmente organizzato su 16 postazioni territoriali coordinate da un'unica Centrale operativa dotata di 2 postazioni con operatori infermieri, più una terza postazione di supporto utilizzata dal medico di centrale.

Le 16 postazioni (da ora in poi definite Unità Operative Territoriale UOT) sono distribuite in modo tale da assicurare gli standard richiesti per il soccorso in emergenza su tutto il territorio regionale compatibilmente con quanto consentito dalle caratteristiche oro-geografiche e dalla rete stradale.

Ciascuna UOT è provvista della stessa dotazione caratterizzata da mezzo di soccorso (ambulanza), medico (attualmente non in tutte le postazioni), infermiere e 2 soccorritori h/24

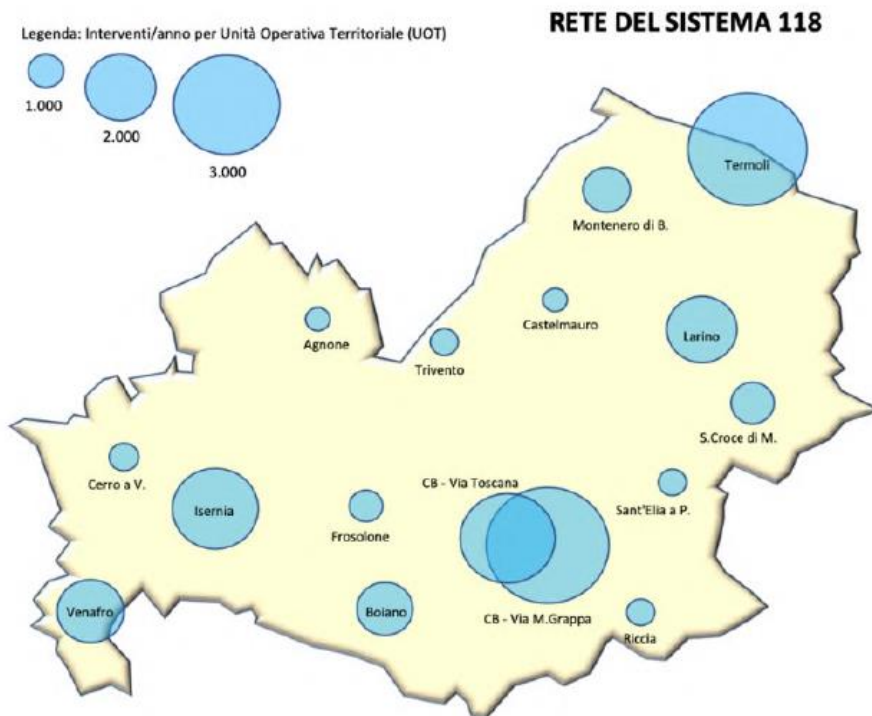


(fonte dati: R, Tamburro, L. Gallo e altri *Reti dell'emergenza territoriale. Analisi dei flussi per la programmazione sanitaria Mondo Sanitario* novembre-dicembre 2022- Anno di riferimento 2021)

Il trasporto dal luogo del soccorso avviene verso i Pronto Soccorso dei tre Ospedali pubblici di Campobasso (Hub per le patologie tempo-dipendenti, situato nell'area del Molise Centrale, baricentrico rispetto all'intero territorio regionale), di Termoli ed Isernia (rispettivamente riferimento per l'area orientale e per quella occidentale del territorio) tenendo conto delle istruzioni operative contenute nei PDTA di patologia.

La localizzazione e l'organizzazione delle 16 UOT, come programmata, risponde ad un progetto esecutivo degli anni '90, che mantiene tutt'oggi la propria logica consolidata nel tempo, individuata tenendo conto della distribuzione dei centri abitati sul territorio e della distanza dagli ospedali.

È necessario comunque prevedere la rimodulazione delle dotazioni di mezzi tra le postazioni, in funzione dei volumi di attività di ognuna di esse e della distanza delle stesse dagli ospedali.



(fonte dati: R, Tamburro, L Gallo e altri *Rete dell'emergenza territoriale. Analisi dei flussi per la programmazione sanitaria Mondo Sanitario* novembre-dicembre 2022- Anno di riferimento 2021)

Il modello descritto è attualmente non più compatibile con le risorse umane e strumentali a disposizione della U.O.

La difficoltà a reperire unità mediche da destinare all'emergenza territoriale nella Regione Molise ha comportato la progressiva "demedicalizzazione" delle postazioni fino all'attuale assetto che vede 5 postazioni affidate all'equipe INDIA h 24 ed una postazione affidata alla equipe INDIA durante le ore notturne.

Le restanti 10 postazioni, scelte tenendo conto della centralità rispetto alle aree territoriali servite e alla distanza dagli ospedali, sono dotate di equipe che prevedono la costante presenza del medico sull'ambulanza.

L'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. L'elisoccorso è attualmente utilizzato esclusivamente per il trasferimento secondario presso Ospedali di altre Regioni.

Si intende implementare l'attività di elisoccorso ed elitransporto per la gestione dell'emergenza sul territorio della Regione Molise ad integrazione del soccorso con mezzi su gomma. La disponibilità di un elicottero di soccorso, infatti, offre la possibilità di trasportare un'équipe altamente specializzata

in luoghi distanti e disagiati nei quali i mezzi su gomma impiegherebbero molto tempo e di ridurre i tempi di trasferimento dei pazienti critici verso gli ospedali più idonei.

In merito si rileva che gli standard previsti dal DM 2 aprile 2015 n.70 (Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera) non consentono alla Regione Molise di dotarsi di un autonomo servizio di elitransporto, ma ai sensi dello stesso decreto occorre attivare sinergie di intervento tra le diverse Regioni.

Attualmente, in Molise, gli interventi di elisoccorso sono ridotti e non assumono una condizione significativa per l'impegno di risorse utilizzate, ma alla luce delle nuove esigenze si impone una rivalutazione dei termini della convenzione per l'accesso al servizio di elisoccorso ed elitransporto con altre Regioni.

### **3. Reti delle patologie tempo-dipendenti**

Il modello di programmazione della Rete Ospedaliera, dell'Emergenza e delle patologie Tempo-Dipendenti della Regione Molise si sviluppa intorno ai seguenti punti:

- Integrazione in un unico sistema di risposta sanitaria di urgenza tra il 118 e la Rete Ospedaliera, e adozione di percorsi condivisi ed indicatori comuni;
- Integrazione con la continuità assistenziale per la risoluzione domiciliare dei casi di minore intensità;
- Concentrazione degli accessi al Sistema Ospedaliero di Emergenza principalmente nel presidio Hub "Cardarelli" di Campobasso, che concentra competenze e specialità che per volume richiedono un bacino di popolazione più ampio,
- Ruolo Spoke dei due Presidi ("San Timoteo" di Termoli e "Veneziale" di Isernia) ospedali di base, sede di Pronto Soccorso, in una integrazione funzionale con l'Hub in grado di dare una risposta organica su tutto l'ambito territoriale regionale.

L'organizzazione delle reti tempo-dipendenti della regione Molise è definita in rapporto ai bisogni della popolazione e alle condizioni oro-geografiche del territorio, in coerenza con le previsioni del DM 70/2015 e delle "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti" approvate con Accordo Stato Regioni del 24.01.2018.

In particolare, la Rete clinico-assistenziale è ritenuta un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.

## 4. Rete trauma

Il trauma è una patologia derivante dal trasferimento di energia in grado di determinare una lesione di organi e/o apparati.

La Rete per il Trauma viene istituita sulla base del rapporto epidemiologico secondo quanto previsto dal Ministero della Salute di 450 traumi gravi per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 150 traumi gravi/anno.

Il trauma maggiore fa parte delle patologie ad alta complessità, i cui esiti in termini di mortalità e di disabilità dipendono fortemente dai fattori tempo e qualità degli interventi assistenziali messi in atto nel percorso dalla fase pre-ospedaliera, all'ospedale, fino alla riabilitazione.

Secondo il modello SIAT, (Sistema Integrato di Assistenza al Trauma) 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 definitivo.

Solo 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).

Per quanto attiene alla fase ospedaliera il modello organizzativo prevede che gli ospedali della Rete siano organizzati secondo il modello Hub e Spoke. In questa prospettiva viene reso operativo il sistema SIAT, costituito dalla rete delle strutture ospedaliere funzionalmente collegate che interagiscono sulla base delle risorse e delle competenze disponibili.

La Rete Trauma Regione Molise è costituita dall'insieme dei servizi che assicurano le risposte specifiche a livello della rete dell'emergenza-urgenza territoriale e delle strutture ospedaliere e territoriali.

La Rete regionale si basa sulla piena integrazione ospedale-ospedale e ospedale - territorio, al fine di assicurare standard clinico-assistenziali omogenei tali da realizzare gli interventi appropriati per ridurre la mortalità e gli esiti permanenti dell'evento acuto.

## 4.1 Obiettivi della rete

La Rete Trauma della Regione Molise si propone i seguenti obiettivi:

- Applicazione del sistema integrato di assistenza al trauma (SIAT) secondo un modello, Hub e Spoke, di rete integrata, al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti traumatizzati, anche attraverso un processo di razionalizzazione delle risorse necessarie.
- Avvio di un sistema a rete integrata di riabilitazione (ospedale-territorio) al fine di garantire interventi riabilitativi e continuativi secondo il principio dell'equità nelle condizioni di accesso e fruizione.
- Contenimento del numero delle morti evitabili e controllo dell'evoluzione del danno da trauma (riduzione della disabilità) anche attraverso la cura della didattica e dell'addestramento del personale medico infermieristico.
- Definizione dei programmi di formazione specifica per tutti gli operatori coinvolti, rivolto sia alla formazione di base sia allo sviluppo di competenze, in grado di garantire l'eccellenza delle prestazioni.
- Attivazione di un sistema di trasporto con formalizzazione delle procedure (regolamento-scheda di trasporto).
- Adeguamento ai flussi EMUR Ministeriali della modulistica di Centrale operativa 118 e dei DEA.

## 4.2 Strutture e organizzazione della Rete

La rete ospedaliera del Molise per il trauma è costituita dall'”Ospedale Cardarelli di Campobasso DEA di I livello, CTZ secondo la classificazione del DM 70/2015, Hub della rete.

L'Ospedale S. Timoteo di Termoli e l'Ospedale Veneziale di Isernia, PST - Presidio stabilizzazione traumi secondo la classificazione, rappresentano i Centri Spoke della rete.

La rete è quindi costituita da un nodo centrale che è il Centro Hub per il Trauma e dai rami periferici rappresentati dagli Ospedali sede di Pronto Soccorso per il Trauma e dotati delle specialità necessarie alla prima stabilizzazione del Trauma Maggiore.

L'ospedale Hub di Campobasso:

- garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità”
- 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”.

- assicura il trattamento definitivo dei traumi maggiori mediante l’attivazione del Trauma Team.

Il Trauma Team è costituito da Medici Anestesisti, Chirurghi, Medici del Pronto Soccorso, Ortopedici e da tutti gli specialisti presenti in ospedale a cui possa essere attribuita la competenza delle lesioni traumatiche (Urologo, Otorinolaringoiatra, Oculista, Chirurgo vascolare, Chirurgo toracico). Fanno parte del Trauma Team gli infermieri del Pronto Soccorso e della Terapia Intensiva nonché l’equipe Radiologica ospedaliera (Medici, tecnici, infermieri...);

Il trauma team agisce in multidisciplinarietà, coordinato dal Trauma Leader nella shock room del Pronto soccorso, nella diagnostica radiologica, e in tutte le aree dell’Ospedale in cui il paziente transita, fino al momento del ricovero presso l’U.O. di competenza.

L’IRCCS Neuromed di Pozzilli concorre alla rete trauma per la competenza neurochirurgica.

Le strutture riabilitative pubbliche e private accreditate completano la rete per la fase post ospedaliera del percorso.

Secondo quanto previsto dal DM 70/2015 per i Centri Regionali Traumi di Alta Specializzazione (CTS: bacino di utenza ottimale di 2.000.000 - 4.000.000 di abitanti), i cui volumi di attività non hanno consentito l’individuazione di un DEA II livello/CTS, è necessario “realizzare aggregazioni che coinvolgono più regioni” attraverso la predisposizione di appositi accordi interregionali con uno o più centri DEA di II livello/ CTS, come target per i trasferimenti di pazienti con trauma maggiore.

La rete ospedaliera del Molise, in ragione del bacino di utenza della regione, pertanto, dispone del CTZ (Centro traumatico di zona) e non di CTS - Centro Traumi ad Alta Specializzazione.

Pertanto, in caso di necessità di competenze di Alta Specializzazione per Traumi Cranici, Traumi del cuore e dei grossi vasi, Grandi Ustionati, Amputazioni con necessità di Microchirurgia, emergenze di Medicina Iperbarica è necessario fare riferimento a Centri extra-regionali.

Per rendere rapida ed efficace la Centralizzazione saranno stipulati accordi interregionali/interaziendali con gli Ospedali extraregionali di riferimento, sede di CTS, individuati in considerazione delle distanze e dei tempi di percorrenza, per garantire i tempi di trattamento efficace.

Al fine di definire le necessità organizzative relative ai trasferimenti dei pazienti con trauma grave all’interno della rete regionale e verso le strutture extraregionali ad alta specializzazione si fa riferimento ai dati dei trasporti di pazienti affetti da patologia traumatica dai Pronto Soccorso degli Ospedali ASREM nel corso del 2019 da cui si rileva un volume di trasferimenti per trauma tra ospedali a partenza da Pronto Soccorso di 81 casi nell’anno.

Di questi la gran parte è rappresentato da trasferimenti tra ospedali intraregionali.

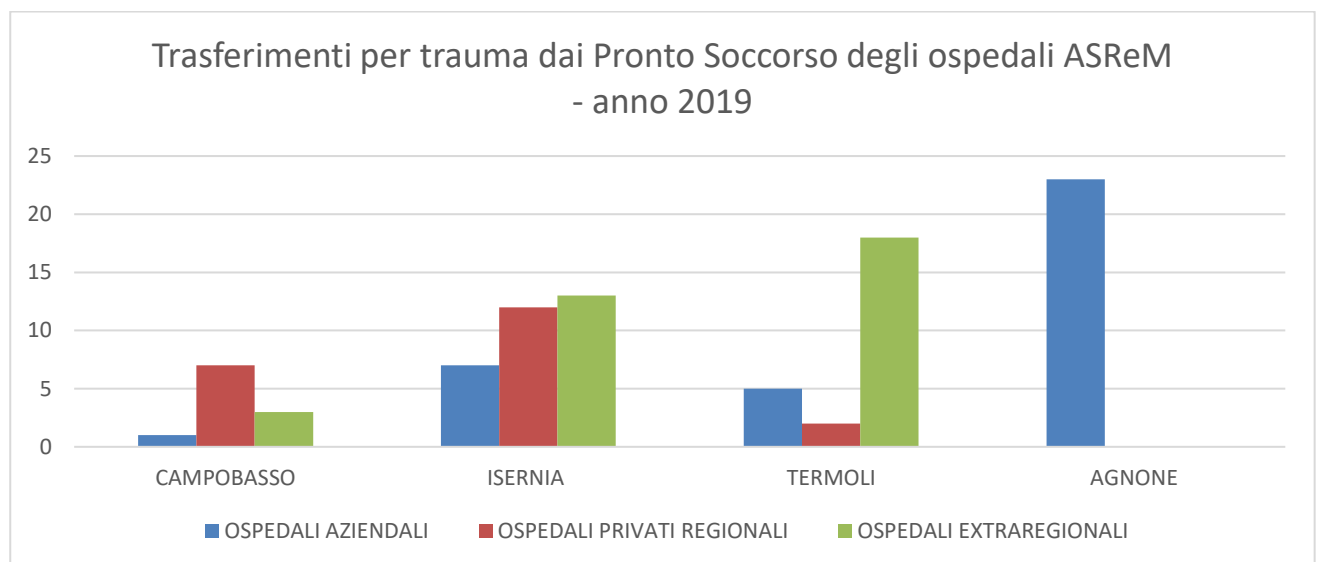
L'Ospedale di Isernia, in particolare, trasferisce in egual misura verso le strutture extra regionali e verso l'IRCCS Neuromed.

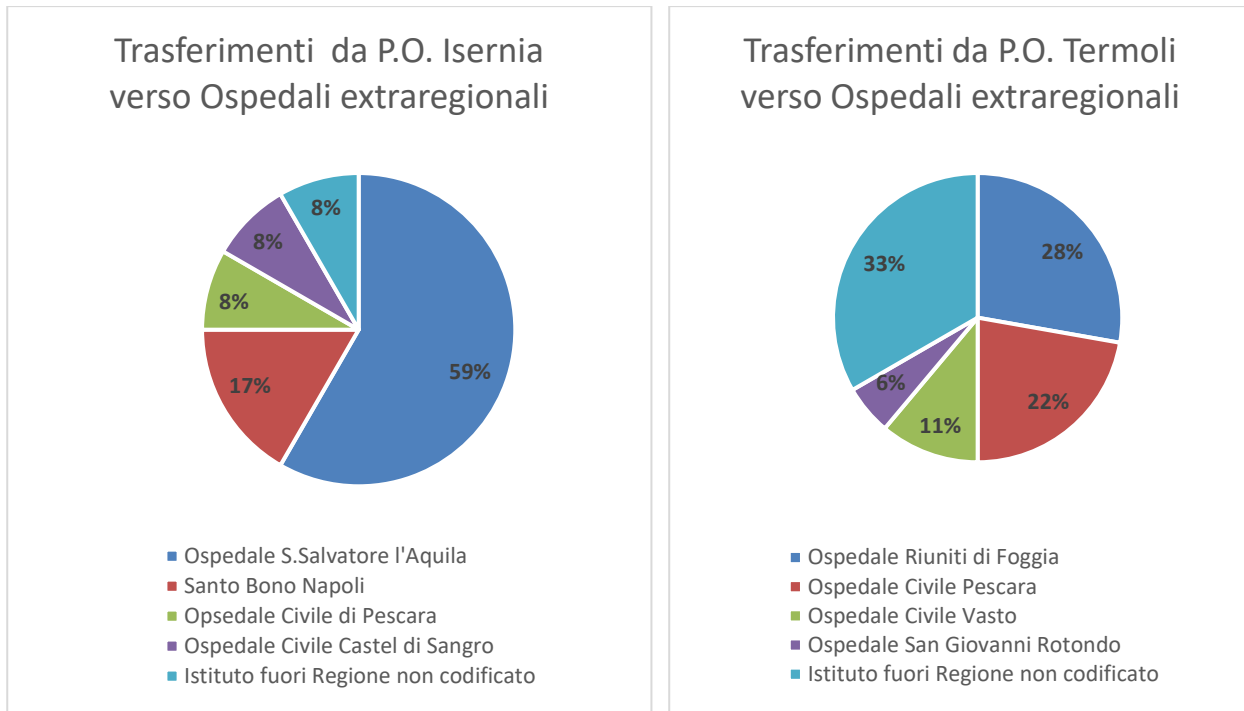
Gli unici casi inviati all'Ospedale di Campobasso, Hub regionale per il trauma, riguardano i traumi ortopedici complessi e i traumi che richiedono trattamento chirurgico urologico.

Dal Pronto Soccorso dell'Ospedale di Termoli, in ragione della prossimità e delle infrastrutture efficienti presenti sulla costa adriatica, il flusso è prevalente verso gli ospedali extraregionali, in particolare distribuiti tra l'Ospedale di Foggia e quello di Pescara.

L'unica struttura regionale privata accreditata coinvolta è l'IRCCS Neuromed, riferimento regionale per la Neurochirurgia in caso di trauma cranico.

L'Ospedale Cardarelli di Campobasso ha trasferito fuori regione nel 2019 solo tre casi.





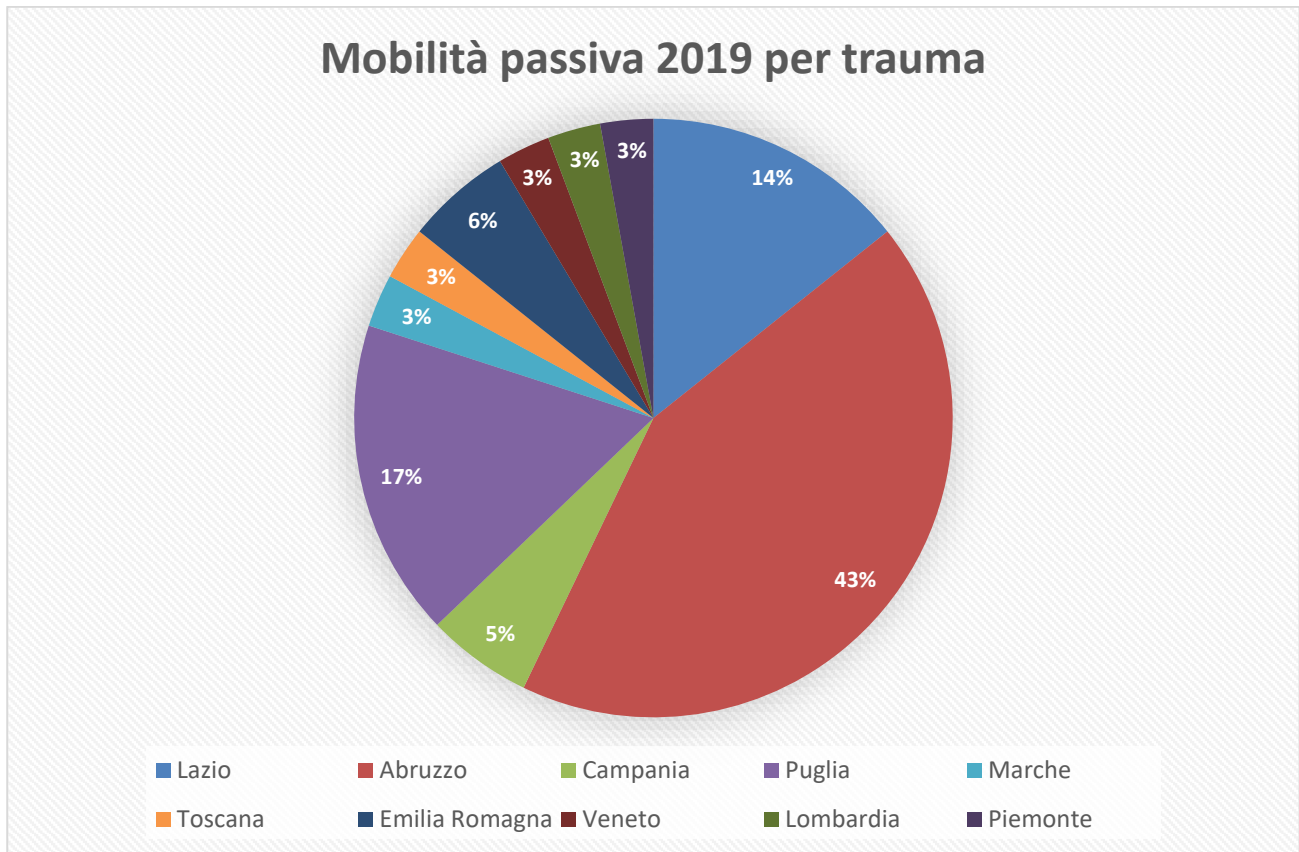
Fonte: Beta 80. Dedalus Diagnosi di accettazione ADT Traumi- Fratture.

Nello stesso anno 2019 sono stati ricoverati per patologia traumatica presso gli Ospedali Molisani 1918 pazienti, di cui 22 transitati presso i reparti di Neurochirurgia e Terapia Intensiva.

STRUTTURA	Ricoveri totali	Transitati in neurochirurgia	Transitati in terapia intensiva
Ospedale A.Cardarelli	806	0	8
Ospedale S.Timoteo	600	0	3
Ospedale Veneziale	446	0	4
Gea Medica	30	0	0
Neuromed IRCCS	26	21	6
Casa di cura privata Villa Ester	4	0	0
P.O. Caracciolo	5	0	1
Casa di Cura Villa Maria	1	0	0
<b>Totale</b>	<b>1918</b>	<b>21</b>	<b>22</b>

Fonte: AGENAS elaborazione flusso SDO (selezione di codici ICD9CM afferenti all'area di trauma)

Fuori regione sono stati invece ricoverati n. 36 pazienti così distribuiti:



*Fonte Molise Dati Elaborazione Flusso SDO (Codici di dimissione : 5185-5981-80012-80049-80100-80301-85200-85202-85204-85209-85220-85224-85229-85240-85244-85400-85401-86401-86404-86501-86503-86 Con riferimento alla centralizzazione secondaria presso strutture di livello superiore, si rileva che: i pazienti che hanno raggiunto il PS di Campobasso (CTZ), trasportati dal 118 o con mezzi propri, e che, successivamente a stabilizzazione, sono stati trasferiti ad altri istituti sono complessivamente pari a 49, nel periodo gennaio 2019-marzo 2022 (Fonte dati – Archivio informatico PS).509-86513-8671-9534-9538-9584)*

Escludendo i casi relativi a ricoveri negli ospedali del Nord Italia, che possono essere attribuiti a soggetti residenti in Molise ma non domiciliati in regione, si evidenzia che i ricoverati nelle regioni limitrofe (Puglia, Abruzzo Campania Lazio), raggiungibili in emergenza nella finestra temporale prevista per il trattamento, sono 29.

Dai dati emerge come la maggior parte della patologia traumatica viene affrontata nel contesto dei Presidi della Rete regionale, ma che si rende comunque necessario un efficiente sistema di trasferimento inter-ospedaliero (Spoke-Hub e Hub-Spoke), in considerazione dell'alto numero di spostamenti tra i presidi regionali.

Infatti, il Principio della Rete prevede la Centralizzazione Primaria dal Territorio, o Secondaria dai Centri Spoke, presso l'Ospedale Hub.

Il Centro Hub deve essere sempre in grado di ricevere il Trauma maggiore, quindi, deve poter liberare il Posto Letto di Rianimazione con il Trasferimento Secondario di pazienti che hanno già superato la

fase acuta della malattia verso le Terapie Intensive dei Centri Spoke (Adozione di strategie di interscambio di pazienti tra le strutture della Rete Traumi per rendere sempre disponibili i Posti Letto di Terapia Intensiva del Centro Hub).

### **4.3 Indicazioni funzionali e operative**

Il Centro Hub di riferimento per la rete traumatologica della Regione Molise dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso è sede di coordinamento interdisciplinare per tutte le attività connesse alla gestione dei traumatizzati maggiori, a garanzia della continuità del percorso clinico-assistenziale.

Gli obiettivi del Centro Hub di Campobasso sono:

- presa in carico dei traumatizzati maggiori;
- gestione dei rapporti con il SET 118 e con gli altri nodi della rete;
- organizzazione del percorso clinico integrato per la gestione dei traumatizzati maggiori all'interno dell'ospedale;
- coordinamento degli interventi fra le varie Unità Operative coinvolte nel trattamento del paziente;
- definizione del piano formativo nel contesto ospedaliero;
- verifica e controllo del rispetto degli standard nelle diverse fasi del processo assistenziale;
- inserimento dati nel Registro Regionale Traumi.

Il centro Hub assicura h 24 le risorse necessarie per identificare e trattare in modo definitivo le lesioni che non richiedano competenze di Alta Specialità e fornisce cure intensive ai traumatizzati maggiori con lesioni mono o poli-distrettuali. È sempre presente, nell'ambito delle 24 ore, un Trauma Team (TT), composto dagli specialisti di turno per l'urgenza, inseriti nel piano di allertamento che si occuperà direttamente del politraumatizzato non appena ne avrà avuta la comunicazione da parte del sistema 118 o del PS.

È garantita la disponibilità di un posto in Terapia Intensiva per ogni trauma maggiore.

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

Il Coordinamento di rete appronterà PDTA integrati ospedale territorio che individueranno i tempi e le sedi del trasferimento presso le strutture riabilitative della regione.

Il Referente per la rete trauma dell'ospedale Hub è un Dirigente Medico, con specifiche competenze nel trattamento dei traumatizzati, che svolge la funzione di coordinamento dei vari specialisti coinvolti nella gestione del trauma, sovrintende all'elaborazione dei protocolli e delle procedure per il trattamento delle emergenze traumatologiche, coordina la formazione del personale sanitario e

tecnico, effettua il monitoraggio delle prestazioni erogate e degli esiti, definisce le procedure di debriefing, di rilievo delle non conformità e degli audit.

Il Referente Trauma è responsabile della tenuta del registro traumi locale, ed è proposto dal Direttore Sanitario Aziendale in accordo con i Direttori delle UU.OO. Centrale Operativa SET 118, Pronto Soccorso e Anestesia e Rianimazione, e nominato dal Direttore Generale con atto formale.

Al Referente è affidato il compito di Leadership e la responsabilità dello sviluppo del sistema nel processo di audit periodico come previsto dagli adempimenti LEA e riguardo la predisposizione della reportistica periodica da trasmettere alla Direzione Strategica, nonché il monitoraggio delle attività attraverso indicatori specifici.

Il sistema 118, nell'ambito dell'area di pertinenza, opera all'interno di una organizzazione dove sono stati definiti:

- i criteri di attivazione del sistema 118
- i criteri relativi alla analisi della dinamica dell'azione traumatica e ai suoi effetti che concorrono alla classificazione della gravità dell'evento l'algoritmo relativo ai criteri di selezione dell'ospedale di riferimento (Hub o Spoke)

In ogni ospedale ASReM vengono formulati:

- il protocollo clinico assistenziali del trattamento del trauma
- la identificazione delle aree di cura e dei livelli di intensità di cura adeguati alla complessità e al livello di instabilità clinica e disfunzione d'organo
- protocollo di attivazione precoce della continuità assistenziale, i protocolli di trasferimento fra i centri.

Gli ospedali della rete traumatologica attivano precocemente i percorsi interni di riabilitazione (early-goal directed physiotherapy) e il collegamento con la medicina del territorio sia per il proseguimento della riabilitazione e per il recupero funzionale che per la fase di valutazione degli esiti e degli effetti del modello assistenziale sulla prognosi a distanza.

In particolare, il trasferimento del paziente alla dimissione da ospedale per acuti a struttura per post acuti o territoriale è regolamentato e gestito attraverso predefinite modalità di integrazione e raccordo con i servizi territoriali, anche tramite le strutture organizzative per la continuità assistenziale previste dalla normativa regionale.

Il percorso assistenziale comprende anche, sulla base di procedure predefinite e specifici protocolli, il trasferimento secondario dai centri Spoke ai centri Hub e, di nuovo, dai centri Hub ai centri Spoke, con specifico riferimento ai centri e ai servizi territoriali di residenza del paziente.

Il timing del cambio di setting assistenziale viene definito e messo in atto al variare delle condizioni di complessità clinica e/o di disfunzione d'organo:

- fase di emergenza-urgenza: il cambiamento di setting è precisamente codificato passando da ambiente extraospedaliero ad ospedaliero e la massima contrazione temporale di questa fase garantisce effetti favorevoli sulla prognosi
- fase acuta, specialistica, presso Centro Hub: è definita dall'insieme di interventi di chirurgia generale e specialistica, diagnostici, invasivi e di supporto d'organo avanzati necessari alla sopravvivenza, alla limitazione del danno d'organo, al completamento della chirurgia, al controllo degli effetti della chirurgia del trauma, alla riabilitazione precoce, alla prevenzione e cura della sindrome da stress post-traumatico
- fase acuta, presso Centro Spoke: comprende l'insieme degli interventi di chirurgia, diagnostici, invasivi e di supporto d'organo necessari alla sopravvivenza, alla limitazione del danno d'organo, al completamento della chirurgia, al controllo degli effetti della chirurgia del trauma
- fase post-acuta ospedaliera: comprende l'insieme degli interventi medici orientati al pieno recupero anatomico-funzionale e alla iniziale valutazione degli esiti; rappresenta la fase necessaria alla pianificazione dei successivi interventi per favorire la ripresa delle attività.

Il ruolo di ogni singola struttura ospedaliera e territoriale coinvolta nel percorso viene formalizzato e reso noto ai cittadini ed ai sistemi di emergenza territoriale.

Ogni struttura della rete è organizzata per prendere in carico la casistica e avviarla al livello di cura appropriato, in questo modo il cittadino può entrare nel "sistema trauma" in ogni punto della rete.

#### 4.4 Cronoprogramma

<i>AZIONI</i>	<i>RESPONSABILI</i>	<i>TEMPI</i>
Predisposizione piano di rete che dovrà contenere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>PDPA integrati ospedale-territorio;</i></li> <li>• <i>Procedure di gestione clinica e modalità di invio presso i centri fuori regione</i></li> <li>• <i>Piano formativo;</i></li> <li>• <i>Indicatori per il monitoraggio della rete</i></li> <li>• <i>Definizione e allocazione delle risorse necessarie strutturali, tecnologiche e di personale</i></li> </ul>	<i>ASREM</i>	<i>30/09/2024</i>
<i>Definizione e sottoscrizione di Accordi interregionali per i trasferimenti presso altre Strutture extraregionali</i>	<i>REGIONE MOLISE</i>	<i>30/09/2024</i>
<i>Definizione e sottoscrizione di Specifici Accordi l'IRCCS Neuromed per la gestione del trauma cranico esclusivo</i>	<i>REGIONE MOLISE</i>	<i>30/09/2024</i>
<i>Redazione del Regolamento per il trasporto interospedaliero</i>	<i>ASREM</i>	<i>30/06/2024</i>

## 5. Rete ictus

L'ictus cerebrale rappresenta la principale causa di disabilità permanente nell'adulto/anziano, la seconda causa di demenza e la terza causa di morte nella popolazione, con enormi costi sanitari e sociali.

La rete per l'ictus viene istituita sulla base del rapporto epidemiologico secondo quanto previsto dal 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

A partire dagli anni novanta del secolo scorso l'avvento della trombolisi endovenosa ha permesso di modificare in modo sostanziale la storia naturale dell'ictus ischemico ed attualmente è ritenuta la terapia di provata efficacia indicata entro quattro ore e mezzo dall'esordio dei sintomi in pazienti selezionati in accordo a specifici criteri. Le evidenze sperimentali mostrano chiaramente che l'efficacia del trattamento si riduce sostanzialmente con il passare dei minuti dal momento di prima insorgenza dei sintomi

L'elevata mortalità in fase acuta, la possibilità e i limiti temporali della terapia fibrinolitica, l'eventuale trattamento neurochirurgico, impongono di considerare e gestire l'ictus secondo percorsi dedicati e con procedure conformi alle linee guida internazionali. Ciò rende ragione dell'importanza di una adeguata gestione della patologia nella fase pre-ospedaliera, del trattamento durante il ricovero e della rapida ed efficace fase riabilitativa successiva.

La Rete regionale si basa sulla piena integrazione ospedale-ospedale, ospedale-territorio, al fine di assicurare standard clinico-assistenziali omogenei tali da realizzare gli interventi appropriati per ridurre la mortalità e gli esiti permanenti dell'evento acuto.

La "rete" per l'assistenza all'ictus in fase acuta, dati i tempi strettissimi di intervento, va strutturata in modo capillare sul territorio per quanto riguarda la trombolisi sistemica e l'assistenza in Stroke Unit e Stroke area ed assicura il trasporto su ruota o su pala agli ospedali dotati di neurochirurgia

La trombolisi endovenosa e il trattamento endovascolare in caso di occlusione di grosso vaso intracranico sono le terapie in grado di ridurre la mortalità e la disabilità conseguenti all'ictus ischemico ma hanno una efficacia tempo-dipendente e comunque limitata alle prime ore successive all'esordio dei sintomi.

In rapporto alle condizioni anatomiche che sono alla base dell'ictus si definisce:

- **Ictus ischemico** in caso di ostruzione delle arterie cerebrali con conseguente infarto del tessuto cerebrale dell'area che dipende dalle arterie occluse.
- **Ictus emorragico**: in caso di emorragia intracerebrale non traumatica o caratterizzata dalla presenza di sangue nello spazio sub-aracnoideo.

Nel Molise il 5% della popolazione rurale di età superiore ai 40 anni ha sofferto di un attacco ischemico transitorio cerebrale nella propria vita; la mortalità per ictus cerebrale è significativamente maggiore rispetto alla media nazionale (20,29 vs. 17,35 ogni 10.000 abitanti).

**Tabella - Ripartizione delle diverse tipologie di ictus nei pazienti ricoverati negli ospedali pubblici e privati accreditati nella Regione Molise, anni 2016-2020**

	2016		2017		2018		2019		2020		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
<b>Ictus emorragico</b>	260	22,70	252	22,30	265	22,90	258	22,40	177	18,50	1212	21,90
<b>Ictus ischemico</b>	883	77,30	876	77,70	890	77,10	893	77,60	780	81,50	4322	78,10
<b>Totale</b>	<b>1143</b>	<b>100,00</b>	<b>1128</b>	<b>100,00</b>	<b>1155</b>	<b>100,00</b>	<b>1151</b>	<b>100,00</b>	<b>957</b>	<b>100,00</b>	<b>5534</b>	<b>100,00</b>

## 5.1 Obiettivi della Rete

Gli obiettivi della costruzione della rete assistenziale per l'ictus si basano sulle seguenti premesse:

- garantire l'equità di accesso e la tempestività di trattamento dell'ictus
- dare accesso alle migliori cure e nei tempi previsti dalle linee guida internazionali e nazionali-accreditate e condivise dalle società scientifiche neurologiche e di patologia cardio cerebrovascolare raccolte sulla base di evidenze scientifiche (EBM);
- definire percorsi assistenziali definiti e condivisi, e devono essere adattate alla situazione specifica della regione Molise, alla sua configurazione geografica, alla Rete Ospedaliera e Territoriale regionale da elaborare da parte del Coordinamento della Rete.

## 5.2 Strutture e organizzazione della Rete

La Rete ictus della Regione Molise è costituita dall'insieme dei servizi che assicurano le risposte specifiche a livello della rete dell'emergenza-urgenza territoriale e delle strutture ospedaliere e territoriali.

Per garantire il miglior approccio alle problematiche dell'ictus e pervenire ad una presa in carico complessiva del paziente, si individua un percorso che prevede 3 fasi:

Fase pre-ospedaliera: gestita dal servizio territoriale di emergenza-urgenza 118 che è responsabile della prima valutazione del paziente, della formulazione del sospetto diagnostico e quindi dell'attivazione del *Codice ictus* e del trasporto del paziente presso la struttura ospedaliera più adeguata.

Fase ospedaliera: si sviluppa tra Pronto Soccorso, Unità Operative di ricovero per acuti ed Unità Operative di Riabilitazione.

Fase post-ospedaliera: Gestita ambulatorialmente anche dalle Unità Operative di dimissione, prevede il follow up neurologico o multidisciplinare periodico del paziente con verifica degli esiti e delle strategie di prevenzione secondaria.

Oltre ai trattamenti della fase acuta che rimangono limitati ad una percentuale non elevata dei pazienti colpiti da ictus ischemico, la rete assicura percorsi adeguati alle fasi di assistenza intraospedaliera e territoriale di tutti i pazienti colpiti da un ictus cerebrale. La gestione appropriata ed efficiente di queste fasi è in grado di apportare una ulteriore significativa riduzione dei deficit disabilitanti residuali, con ricadute di impatto sostanziale sugli esiti complessivi del percorso clinico assistenziale.

I dati della letteratura scientifica hanno definitivamente accertato che l'assistenza in aree di degenza dedicate da parte di un gruppo multidisciplinare di operatori esperti, un rapido accesso alla diagnostica per immagini, la precocità di avvio dell'intervento riabilitativo e della dimissione protetta migliorano la sopravvivenza e diminuiscono il rischio di disabilità.

Ciò rende ragione dell'importanza di una adeguata gestione pre-ospedaliera di un sospetto ictus cerebrale, del riconoscimento precoce di sintomi e segni, all'attivazione del servizio territoriale di emergenza-urgenza, all'individuazione e all'allertamento delle strutture più idonee al trattamento dello specifico caso fino all'ammissione ospedaliera.

Per quanto attiene la fase ospedaliera la Rete per ictus della Regione Molise è costituita dagli Ospedali ASReM organizzati secondo un modello Hub e Spoke che prevede un centro Hub localizzato presso il Presidio Ospedaliero di Campobasso e due centri Spoke localizzati presso i Presidi Ospedalieri di Isernia e Termoli.

Il centro Hub è sede di una Stroke Unit, presso la quale il paziente potrà essere ricoverato e sottoposto al più adeguato iter diagnostico-terapeutico. I due centri Spoke di Isernia e Termoli sono collegati alla Stroke Unit mediante un sistema di Telemedicina.

Concorre alla Rete, per le competenze neurochirurgiche, l'IRCCS Neuromed con sede a Pozzilli.

In relazione agli standard previsti dal DM 70/2015 i Presidi Ospedalieri della Rete ictus sono classificati in Stroke Unit di I e di II livello.

Sebbene la Stroke Unit dell'Ospedale Cardarelli sia da considerarsi di I livello rispetto al bacino di utenza della Regione, tuttavia la necessità di concentrare le competenze e le funzioni nel contesto della rete regionale per assicurare a ogni cittadino, di ricevere la migliore assistenza, indipendentemente dal punto del territorio in cui si verifica l'evento acuto, la Stroke Unit del Cardarelli garantisce una serie di standard attribuiti alle Stroke Unit di II livello:

- Posti letto e personale dedicato h. 24;
- Neuroradiologia h.24;
- Apparecchio da 1,5 Tesla per Risonanza magnetica (RM);
- Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI);
- Risonanza magnetica con immagini pesate in perfusione (RMPWI) e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione;
- Chirurgia vascolare h.24;
- Angiografia cerebrale.

Al fine di consentire il trattamento salvavita entro la golden hour, presso l'Hub della rete è necessario dotare l'Ospedale di un servizio di Radiologia Interventistica che possa assicurare il trattamento di trombectomia meccanica, primariamente o dopo terapia fibrinolitica sistemica, nei casi previsti dalle linee guida.

Nelle more dell'attivazione del servizio di radiologia interventistica presso l'ospedale Cardarelli è necessario garantire il trasferimento del paziente presso il centro più vicino dotato delle competenze e della tecnologia appropriata.

La decisione che indirizza il trasferimento verso la struttura individuata, dotata di radiologia interventistica e neurochirurgia, sarà inevitabilmente e preliminarmente guidata dalle indicazioni cliniche e dal rispetto dei tempi di esecuzione delle terapie.

È individuato l'IRCCS Neuromed quale struttura di riferimento della rete entro il territorio regionale a cui attribuire le funzioni per la radiologia interventistica nel periodo che precede la programmata attivazione del servizio presso l'Ospedale Hub di Campobasso.

L'IRCCS effettuerà il trattamento endovascolare indicato assicurando l'accesso presso la struttura h24. Il trasferimento presso l'IRCCS Neuromed sarà concordato tra il neurologo dell'Hub Cardarelli e gli specialisti dell'IRCCS che effettueranno un teleconsulto, anche tramite condivisioni delle immagini con gli strumenti informatici a disposizione, e la eventuale presa in carico del paziente con disponibilità all'esecuzione della procedura interventistica in urgenza e al successivo ricovero.

L'IRCCS Neuromed rappresenta il riferimento regionale anche per le complicanze neurochirurgiche dell'ictus ischemico, sottoposto o meno a terapia fibrinolitica sistemica (infarcimento emorragico e/o edema cerebrale severi con rischio di ipertensione endocranica), previa elaborazione di un protocollo di gestione condiviso che assicuri il teleconsulto, anche tramite condivisione di neuroimmagini, e la disponibilità ad eventuale trasferimento del paziente di competenza.

Per quanto riguarda l'ictus emorragico, poiché la neurochirurgia non è prevista negli ospedali pubblici della Regione Molise secondo gli standard del DM70/2015, stante il bacino regionale di utenza, la presa in carico e il trattamento dell'ictus emorragico è affidato all'IRCCS Neuromed che verrà attivato dai Pronto Soccorso degli Ospedali aziendali, compatibilmente con i tempi previsti per il trattamento del caso.

L'attività dell'IRCCS Neuromed nell'ambito della Rete Ictus sarà assicurata h/24 e 7/7 gg, secondo un protocollo firmato dall'Istituto e dalla Regione inserito nel contratto per l'anno 2024 e contenente i termini, gli obblighi e gli ambiti di intervento nella Rete stessa.



## PRINCIPI ORGANIZZATIVI - TELETROMBOLISI

L'interconnessione tra Hub e Spoke in una condizione geografica quale quella molisana, caratterizzata da ospedali distanti e da una rete infrastrutturale particolarmente complessa, un servizio di telemedicina strutturato (tele-stroke) consente l'integrazione degli operatori coinvolti nei vari snodi della rete al fine di assicurare la terapia necessaria nel tempo giusto al paziente con ictus.

La Rete Regionale ictus prevede, per il trattamento dell'ictus ischemico, che l'applicazione del sistema tele-stroke/tele-trombolisi possa collegare il Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di Isernia e Termoli con la Stroke Unit dell'Ospedale di Campobasso dove il neurologo esperto, visitato a distanza il malato e presa visione delle informazioni diagnostiche, possa prescrivere la trombolisi a distanza.

Il sistema garantisce l'opportunità di somministrare il trattamento trombolitico entro i tempi previsti dalle linee guida e in sicurezza anche nei Pronto Soccorso degli Ospedali Spoke.

Alla fine degli anni '90 negli Stati Uniti è stato elaborato un modello di telemedicina applicato all'ictus ("tele-stroke") ed in particolare alla trombolisi ("tele-trombolisi") che consente di risparmiare tempo iniziando il trattamento anche in un ospedale non dotato di Stroke Unit, per mezzo di un sistema di comunicazione audio-video con il personale sanitario di un ospedale autorizzato che guida il percorso diagnostico-terapeutico.

La rilevanza del modello tele-stroke/tele-trombolisi è stata riconosciuta nell'ambito delle principali linee guida internazionali (Jauch 2013, Powers 2015, Dumitrascu 2017) e di quelle italiane ISO-SPREAD. Inoltre, in considerazione dell'elevata costo-efficacia il suo impiego è supportato anche dall'Unione Europea (COM -2008- 689 Final).

Al fine di garantire tempestività nell'effettuazione del trattamento trombolitico endovenoso, laddove indicato, il percorso ictus della Rete Regionale del Molise prevede che, rispetto alla gestione del paziente con ictus ischemico che afferisce al Pronto Soccorso dei PP.OO. di Isernia e Termoli, il medico del Pronto Soccorso contatti la Stroke Unit in teleconsulto e valuti con il neurologo l'indicazione alla trombolisi endovenosa da iniziare in sede prima del ricovero del paziente presso la Stroke Unit stessa.

Le ricadute attese dall'implementazione del sistema consistono nell'aumento dei casi trattati, nella riduzione del ritardo evitabile del trattamento e nell'appropriatezza della selezione della casistica con benefici sociosanitari principalmente in termini di riduzione di disabilità, mortalità e costi globali.

Presso gli ospedali Spoke sono previste delle stroke AREA, nel contesto delle UOC di Medicina Generale, in cui è possibile ricoverare i pazienti con ictus ischemico, in cui non è indicata la trombolisi, evitando il trasferimento della Stroke Unit dell'ospedale Hub.

Lo strumento di telemedicina acquisito dall'ASReM è il Sistema In touch, certificato come dispositivo medico e permette di effettuare un vera e propria visita a garantendo, al contempo, sicurezza e privacy nella trasmissione dei dati, dal momento che la tele-visita, secondo quanto definito dal Documento ministeriale "Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali", è un atto sanitario con cui il medico interagisce a distanza con il paziente. *L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o cure....*

Il sistema è composto da un cosiddetto "robot" posizionato nei Pronto Soccorso degli Ospedali di Isernia e Termoli costituito da uno schermo mobile e da una serie di accessi a cui possono essere collegati i dispositivi utili per il supporto diagnostico (ad esempio l'elettroencefalografo, ecografo, elettrocardiografo...) e da una stazione di acquisizione (cosiddetta 'controstation') situata nella postazione del medico che effettua la valutazione a distanza, presso la Stroke Unit dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso.

## 5.3 Indicazioni funzionali e operative

### Fase pre-ospedaliera

Prevede l'attivazione del 118 per la gestione della richiesta di soccorso. La centrale operativa del 118 sin dalla prima chiamata da parte del paziente o dei familiari attiverà, sulla base dell'intervista telefonica, un percorso in emergenza del 118 con *codice Stroke*.

Il medico di Medicina Generale o di Continuità Assistenziale al quale il paziente o i familiari si siano rivolti, nel sospetto di un ictus cerebrale in fase acuta, contatterà o inviterà a contattare la centrale operativa del 118. Gli interventi terapeutici del medico del 118 saranno finalizzati alla stabilizzazione dei parametri vitali e al trasporto del paziente verso l'ospedale più vicino al punto del soccorso.

### Fase ospedaliera

Il trasporto del paziente avverrà, quindi, verso l'ospedale dove eseguire rapidamente la TC encefalo, previo allertamento dello stesso mediante la Centrale Operativa 118.

L'esito della TC definirà presenza sede volume di lesione ischemica o presenza, sede, volume di area emorragica.

In caso di ictus ischemico: il medico del pronto soccorso, contatta la Stroke Unit in teleconsulto, valuta con il neurologo della Stroke l'indicazione alla trombolisi e i tempi di esecuzione. In caso di paziente non eleggibile valuta il ricovero presso la Medicina generale dell'Ospedale che ha accolto il malato.

Fermo restando che nella fase acuta, in qualsiasi sede giunga il paziente, l'approccio all'ictus deve essere il più possibile uniforme e allineato ai protocolli internazionali, devono essere considerati, nella centralizzazione primaria, i criteri clinico-diagnostici che tengano conto della natura e della gravità dell'evento cerebro-vascolare acuto, delle possibilità terapeutiche e delle prospettive prognostiche.

In caso di pazienti gravi, sottoposti a trombolisi endovenosa in cui persista la gravità clinica, nonostante il trattamento sistemico, si procederà ad un'indagine angio-TC intracranica ed eventualmente a disostruzione meccanica mediante intervento interventistico di endoarteriectomia (fibrinolisi di II livello).

Ogni trasferimento tra le strutture deve essere preventivamente concordato tra le figure professionali coinvolte nella gestione del caso, in modo da ridurre al minimo i tempi di permanenza del paziente al di fuori dell'area di cura.

Nell'attesa dell'arrivo dei mezzi di trasporto il paziente deve essere tenuto costantemente sotto controllo da parte del personale medico.

Il paziente con ictus cerebrale, dopo essere stato sottoposto alle procedure a maggiore complessità e trascorso il tempo minimo per la stabilizzazione clinica, deve tornare presso la struttura di minor livello assistenziale, attivando la procedura di decentralizzazione che:

- favorisce la continuità delle cure specialistiche riabilitative indirizzate a minimizzare gli esiti invalidanti;
- libera posti in Stroke Unit da destinare a pazienti in fase acuta;
- consente il riavvicinamento del paziente alla zona di residenza;

In caso di ictus emorragico, oppure di ictus ischemico con necessità di dissecazione meccanica arteriosa, la centralizzazione del paziente dal pronto Soccorso di accettazione avverrà, in primis e previo consulto a distanza, verso l'IRCCS Neuromed.

Il trasferimento può avvenire sia mediante ambulanza che mediante elicottero, secondo le necessità.

Il criterio che deve guidare la scelta è quello della rapidità del trasporto garantendo la massima sicurezza al paziente.

In caso di indisponibilità di posti letto o di diverse indicazioni da parte del neurochirurgo dell'IRCCS Neuromed consultato dal Pronto Soccorso di accesso del paziente, potranno essere contattati i centri extraregionali più prossimi, dotati di Neurochirurgia.

La Regione Molise provvederà a regolamentare i rapporti con l'IRCCS Neuromed, mediante un Protocollo d'Intesa specifico, e con le Strutture extraregionali con specifici accordi di confine.

## 5.4 Cronoprogramma

<i>AZIONI</i>	<i>RESPONSABILI</i>	<i>TEMPI</i>
Predisposizione piano di rete che <i>dovrà contenere:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>PDPA integrati ospedale-territorio;</i></li> <li>• <i>Procedure di gestione clinica e modalità di invio presso i centri fuori regione</i></li> <li>• <i>Piano formativo;</i></li> <li>• <i>Indicatori per il monitoraggio della rete</i></li> <li>• <i>Definizione e allocazione delle risorse necessarie strutturali, tecnologiche e di personale</i></li> </ul>	<i>ASREM</i>	<i>30/09/2024</i>
Definizione e sottoscrizione di specifico protocollo tra Regione Molise e IRCCS Neuromed per il trattamento dell' Ictus	<i>ASREM</i>	<i>30/06/2024</i>

emorragico e per l'endoarteriectomia meccanica nell'Ictus Ischemico.  Istituzione del Servizio di Radiologia interventistica presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso		
Definizione e sottoscrizione di Accordi interregionali per i trasferimenti presso altre Strutture extraregionali	<i>REGIONE MOLISE</i>	<i>30/09/2024</i>
Definizione e sottoscrizione di Specifico Accordo con l'IRCCS Neuromed per la gestione dell'ictus emorragico	<i>REGIONE MOLISE</i>	<i>30/06/2024</i>
Redazione del Regolamento per il trasporto interospedaliero	<i>ASREM</i>	<i>30/06/2024</i>

## 6. Rete delle Emergenze Cardiologiche

La Rete per le Emergenze Cardiologiche viene istituita sulla base del rapporto epidemiologico secondo quanto previsto dal 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 Cardiologica per l'emergenza (REC) è un'estensione della rete per l'infarto STEMI e prevede la possibilità del sistema di rete di trattare anche patologie cardiologiche che possono andare incontro ad emergenza clinica (aneurismi dissecanti dell'aorta toracica, alcune aritmie, alcune forme di scompenso, ecc). In relazione alla rilevanza epidemiologica disponibile e sulla base dei dati di attività dei laboratori italiani, è stimabile che circa 3.200 pazienti/milione di abitanti/anno contattino il sistema di emergenza territoriale 118 o giungano in ospedale per sindrome coronarica acuta entro un tempo compatibile con la necessità di eseguire una rivascolarizzazione coronarica.

Tale osservazione indica che in base alla popolazione regionale ed all'indice di anzianità più elevato rispetto alla media nazionale, il fabbisogno di rivascolarizzazione miocardica durante sindrome coronarica acuta in Molise sia di almeno 1.100 nuovi casi/anno, dei quali circa 300 nuovi casi di infarto miocardico STEMI.

Tabella - Pazienti ricoverati con IMA nella Regione Molise, ripartizione fasce di età 2017-2021

Fasce di età	Totale pazienti		2017		2018		2019		2020		2021	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
<41	13	0,6	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,6
41-50	128	6,3	33	7,6	26	6,9	22	5,1	29	6,8	18	5,2
51-60	390	19,3	82	18,9	72	19,0	71	16,5	82	19,2	83	23,8
61-70	545	27	102	23,4	107	28,3	137	31,8	112	26,3	87	24,9
71-80	481	23,8	105	24,1	91	24,1	95	22,0	107	25,1	83	23,8
81-90	393	19,5	90	20,7	63	16,7	92	21,3	79	18,5	69	19,8
>90	69	3,4	21	4,8	14	3,7	12	2,8	15	3,5	7	2,0
<b>Totale</b>	<b>2019</b>	<b>100,0</b>	<b>435</b>	<b>100,0</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>	<b>431</b>	<b>100,0</b>	<b>426</b>	<b>100,0</b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>

### 6.1 Obiettivi della rete

La Rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con infarto del miocardio 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, nonché di garantire il ricovero in cardiologia di tutti gli STEMI e di tutte le emergenze cliniche cardiologiche e cardiocirurgiche.

Obiettivo della rete è, inoltre, creare un percorso clinico assistenziale adeguato alla realtà regionale garantito dagli ospedali di Campobasso, Isernia e Termoli, per far fronte alle emergenze cardiologiche.

## 6.2 Strutture e organizzazione della Rete

La rete va intesa come un gruppo di professionisti che lavorano in modo coordinato per garantire servizi equi e di elevata qualità e rappresenta il modello base per la gestione del paziente cardiologico con patologie acute.

Il pieno funzionamento della rete necessita di un contributo attivo di tutti gli stakeholder coinvolti nella gestione del paziente con STEMI e garantisce la presa in carico completa in cui ciascuno agisce per competenza con le risorse necessarie ma con qualità omogenea e coordinata disegnata attorno al paziente e non all'organizzazione delle singole strutture che vi partecipano.

La rete per le emergenze cardiologiche del Molise si avvale delle competenze e delle strutture presenti negli ospedali aziendali ASReM.

Concorre alla Rete regionale per le emergenze cardiologiche il Responsible Research Hospital per la competenza cardiocirurgica.

Il Presidio Ospedaliero di Campobasso dotato delle competenze e strutture per l'esecuzione della manovra salvavita di riperfusione coronarica h 24/365 (UTIC e Laboratorio di Emodinamica) svolge il ruolo di Hub per la prossimità territoriale con il Responsible Research Hospital dotato di cardiocirurgia per il trattamento delle patologie e delle complicanze di natura cardiocirurgica.

Nei Presidi Ospedalieri di Termoli e Isernia, strutture spoke, è attivo il Laboratorio di Emodinamica senza posti letto, l'UTIC e il reparto di Cardiologia.

Struttura	PROV	IMA volume di ricoveri (>100/a ex DM70/2015)	Volume di ricoveri con ptca (>250/a ex DM70/2015)	Volume di ricoveri ptca STEMI (>30%/tot per a ex DM70/2015)	Volume di ricoveri ptca NSTEMI	PTCA entro 90min %adj (media ITA 49,94%)
Presidio Ospedaliero "A. Cardarelli" - Campobasso	CB	179	220	77	55	59,20
Plesso Ospedaliero "S. Timoteo"- Termoli	CB	135	153	70	24	56,90
Ospedale "Veneziale" - Isernia	IS	132	139	45	40	-
Responsible Research Hospital - S.p.A - Campobasso	CB	7	323	6	-	-
Neuromed IRCCS - Pozzilli	IS	4	-	-	-	-
Gea Medica Ist. Europeo di Riabilitazione - Isernia	IS	1	-	-	-	-

Fonte: PNE- 2021, Dati 2020

Secondo la programmazione ex DM 70/2015 per il bacino regionale dovrebbe essere presente una sola emodinamica. Tuttavia, si ritiene che, in ragione delle caratteristiche orografiche della regione, della dispersione della popolazione sul territorio e quindi del tempo pre-coronarico, una sola emodinamica sia assolutamente insufficiente e non in grado di garantire interventi di riperfusione coronarica nei tempi previsti dalla "golden hour".

Pertanto, nella programmazione 2023-2025 della Rete IMA si prevede:

1. Riconoscimento dell'attività di emodinamica presso il PO Cardarelli di Campobasso, ospedale Hub della rete (DEA di I Livello), quale riferimento regionale dell'interventistica coronarica, in considerazione della localizzazione geografica baricentrica, dell'esperienza consolidata e della vicinanza con la struttura privata Responsible Research Hospital;
2. Mantenimento del Laboratorio di Emodinamica nel P.O. di Isernia, che entra a far parte della Rete in considerazione delle condizioni orografiche, demografiche e di prossimità con le regioni limitrofe Campania e Abruzzo, peraltro prive di strutture di emergenza per l'IMA, e per il quale ci si impegna a dotarlo del necessario personale medico, visto che la dotazione tecnologica e strumentale è già presente e funzionante.
3. Potenziamento della Cardiologia, dell'attività di Emodinamica e dell'UTIC del Presidio Ospedaliero S. Timoteo di Termoli, in considerazione del bacino di utenza in aumento, del notevolissimo incremento demografico dello stesso per almeno cinque mesi all'anno durante il periodo estivo, della presenza di un Nucleo Industriale che vede la presenza giornaliera di migliaia di persone, per essere al centro di un'area dotata di grandi linee di comunicazione (autostrada, Tav, porto) e per insistere in un territorio classificato di alto grado sismico.
4. La struttura privata Responsible Research Hospital entra nella rete cardiologica della Regione per il trattamento delle complicanze chirurgiche dell'IMA e per l'attività di Cardiochirurgia, anche attraverso sistemi di telemedicina /teleconsulto/ acquisizione di immagini;
5. La centralizzazione primaria del paziente con sospetto IMA presso i Presidi Ospedalieri Pubblici di Campobasso, Termoli e Isernia, attraverso l'integrazione tra il sistema territoriale 118 e la rete per l'emergenza cardiologica;
6. L'integrazione del SET 118 nella rete anche attraverso l'implementazione di strumenti di telemedicina.

La riorganizzazione della rete cardiologica prevederà, pertanto, tre emodinamiche nelle strutture pubbliche del Cardarelli di Campobasso, del S. Timoteo di Termoli e del Veneziale di Isernia.

La Struttura Commissariale si impegna a verificare periodicamente il funzionamento e la sostenibilità di tale organizzazione, dotando le tre strutture del personale sanitario necessario e del relativo supporto tecnologico, in modo da raggiungere gli standard di volumi minimi previsti dal DM70/2015.

### 6.3 Elementi Clinico-Assistenziali della rete

**Primo STEP:** ECG a 12 derivazioni effettuato dal personale del 118 nella sede del soccorso.

L' ECG a 12 derivazioni a riposo è il primo esame da effettuare in pazienti con sospetta SCA. Le Linee Guida ESC 2023 raccomandano di effettuare l'ECG immediatamente dopo il primo contatto con personale medico e paramedico (FMC) e la refertazione da parte del personale dell'ospedale Hub.

Se necessario deve essere ripetuto, soprattutto se i sintomi si modificano.

Il primo ECG guida la stratificazione del rischio ed indirizza il percorso del paziente con SCA verso l'ospedale di riferimento, la terapia farmacologica, il timing dell'esame coronarografico, il percorso STEMI e NSTEMI.

Tutto il personale deputato alla gestione della SCA deve essere addestrato nelle manovre di ACLS/ BLS e all' uso del defibrillatore.

I pazienti con NSTEMI ma con caratteristiche ad alto rischio di instabilità emodinamica ed aritmica seguono il percorso del pz con STEMI.

**Secondo STEP:** accesso Laboratorio di Emodinamica

La rete deve garantire l'accesso all' ospedale territorialmente più accessibile, dotato di laboratorio di emodinamica attivo h 24, 7 giorni su 7. L'accesso diretto al laboratorio di emodinamica (fast-track) deve essere preceduto da un contatto diretto tra il medico del 118 ed il cardiologo di guardia.

Per lo STEMI l'intervento raccomandato è la PTCA primaria, da eseguire negli ospedali di Campobasso, Termoli e Isernia.

I pazienti con emergenze/urgenze cardiologiche devono essere ricoverati in letti di Terapia Intensiva Cardiologica o in letti di degenza cardiologica che devono avere due caratteristiche fondamentali:

- possibilità di effettuare un monitoraggio ECG grafico continuo (telemetria);
- disponibilità di una guardia cardiologica h24.

#### **Gestione pazienti con indicazione Cardiochirurgica**

I pazienti con indicazione cardiocirurgica (severa coronaropatia trivasale con coinvolgimento del TC, complicanze meccaniche post IMA) dovranno effettuare una valutazione in Heart Team con i cardiocirurghi del Responsible Research Hospital per programmare il successivo iter diagnostico-terapeutico.

## 6.4 Cronoprogramma

<i>AZIONI</i>	<i>RESPONSABILI</i>	<i>TEMPI</i>
Predisposizione piano di rete che <i>dovrà contenere:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>PDPA integrati ospedale-territorio;</i></li> <li>• <i>Piano formativo;</i></li> <li>• <i>Indicatori per il monitoraggio della rete</i></li> <li>• <i>Definizione e allocazione delle risorse necessarie strutturali, tecnologiche e di personale</i></li> </ul>	<i>ASREM</i>	<i>30/09/2024</i>
Definizione e sottoscrizione di Specifico Accordo con la Responsible Research Hospital per il trattamento delle complicanze chirurgiche dell'IMA.	<i>REGIONE MOLISE</i>	<i>30/09/2024</i>
Redazione del Regolamento per il trasporto inter-ospedaliero	<i>ASREM</i>	<i>30/06/2024</i>

## **7. Normativa di riferimento**

DM 70/2015

Sito Programma Nazionale Esiti: <https://pne.agenas.it/>

Linee Guida per la revisione delle reti cliniche, DM 70/2015 – le reti tempo dipendenti, conferenza Stato Regioni atti 14/CSR del 24 gennaio 2018

DCA Regione Molise n.47 del 28.8.2017 “Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Programma 11 "Riequilibrio Ospedale - Territorio" - "Documento di programmazione della rete ospedaliera e delle reti dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti nella Regione Molise”

DCA Regione Molise n. 94/2021 Programma Operativo 2019-21 Recepimento

Deliberazione del Direttore Generale ASReM n 740/2020 Istruzioni Operative Teletrombolisi.

Deliberazione del Direttore Generale N. 71/2019 Oggetto: Pos 2015-18. Programma 11 "Riequilibrio Ospedaleterritorio" - Intervento 11.2 Rete Dell'emergenza E Delle Reti Tempo Dipendenti - Azione 11.2.3 - "Rete Per Il Trauma" – Determinazioni

Deliberazione Del Direttore Generale n. 68/2019 oggetto: Pos 2015-18. Programma 11 "Riequilibrio Ospedale territorio"- Intervento 11.2 Rete dell'emergenza e delle Reti Tempo Dipendenti - Azione 11.2.4 - Rete ictus - Determinazioni