

Anno XIV numero **38** 2015

Trimestrale dell'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

38

Focus on Il nuovo Regolamento sugli standard ospedalieri ■ La sfida del Ssn ■ La riorganizzazione delle reti ospedaliere in Umbria, in Piemonte, nel Lazio e in Sicilia **Idee e commenti** Il punto di vista dell'AIOP, di Cittadinanzattiva e della Fism **Agenas on line** Il Protocollo d'Intesa Agenas e Sna

Editoriale

Il Regolamento per la definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera: un secondo tassello per una strategia di cambiamento

di *Francesco Bevere*

pagina 3

Focus on | Il nuovo Regolamento sugli standard ospedalieri

La sfida del Ssn: nuovi standard ospedalieri e contenimento della spesa

Intervista a *Giuseppe Chinè*

pagina 6

Regolamento sugli standard ospedalieri: l'esperienza dell'Umbria

di *Catiuscia Marini*

pagina 11

Il percorso della riorganizzazione delle reti ospedaliere

di *Fulvio Moirano*

pagina 16

La riorganizzazione della rete ospedaliera nel Lazio

di *Alessio d'Amato*

pagina 29

L'esperienza siciliana

di *Lucia Borsellino*

pagina 53

Il Regolamento sugli standard ospedalieri: il testo

pagina 66

Idee e commenti

Regolamento sugli standard ospedalieri, il punto di vista dell'Aiop

di *Gabriele Pelissero*

pagina 97

Regolamento sugli standard ospedalieri:

l'opinione dell'associazione dei pazienti

di *Tonino Aceti*

pagina 103

Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi.

L'analisi delle società scientifiche

di *Franco Vimercati*

pagina 114

Agenas on line

L'attuazione del Protocollo d'intesa tra l'Agenas e la Scuola Nazionale dell'Amministrazione

di *Wanda Giorgione*

pagina 117



**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute**

Anno XIV Numero 38 • 2015

Proprietario ed Editore

Agenas - Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Direttore editoriale

Francesco Bevere

Direttore responsabile

Chiara Micali Baratelli

Redazione

Via Puglie, 23 - 00187 Roma
tel. 06 42749 341/343
email monitor@agenas.it
www.agenas.it

Editing e grafica

Pierrestampa
Viale di Villa Grazioli, 5
00198 Roma

Stampa

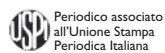
Cecom
Bracigliano (Sa)

Registrazione

presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare

nel mese di maggio 2015



Periodico associato
all'Unione Stampa
Periodica Italiana

Codice ISSN 2282-5975



AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è un ente pubblico non economico nazionale, che svolge una funzione di supporto al Ministero della salute e alle Regioni per le strategie di sviluppo e innovazione del Servizio sanitario nazionale.

Obiettivi prioritari di Agenas sono la ricerca sanitaria e il supporto tecnico-operativo alle politiche di governo di Stato e Regioni, all'organizzazione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni sanitarie, in base agli indirizzi ricevuti dalla Conferenza Unificata.

Agenas realizza tali obiettivi tramite attività di ricerca, di monitoraggio, di valutazione e di formazione orientate allo sviluppo del sistema salute.

L'Agenzia oggi | Presidente Giuseppe Zuccatelli

Direttore generale Francesco Bevere

Consiglio di amministrazione Alessandro Cosimi, Domenico Mantoan

Collegio dei revisori dei conti Francesco Ali (Presidente), Nicola Begini, Andrea Urbani

Le attività dell'Agenzia | Monitoraggio della spesa sanitaria e dei Lea

• Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento • Innovazione, sperimentazione e sviluppo, Hta • Supporto alle Regioni in Piano di rientro e riqualificazione • Educazione continua in medicina

www.agenas.it | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di



Il Regolamento per la definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera: un secondo tassello per una strategia di cambiamento

di **Francesco Bevere**

Direttore Generale Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

D

opo aver dedicato i precedenti numeri di *Monitor* all'approfondimento del Patto per la salute 2014-2016 e del programma di revisione della spesa sanitaria, non potevamo non occuparci del **Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera**, i cui lavori sono stati avviati nell'agosto del 2012 e si sono conclusi con l'Intesa Stato-Regioni il 5 agosto 2014.

Il Regolamento, prima ancora della sua definizione, è assurto agli onori delle cronache per quel suo "2.5", ovvero il paragrafo contenente l'adozione di un criterio vincolante di programmazione ospedaliera e l'indicazione alle Regioni del parametro della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale.

In realtà, si tratta di un documento complesso e ricco di previsioni tese ad assicurare uniformità, su tutto il territorio nazionale, nella definizione degli standard delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera.

Con l'adozione del Regolamento può finalmente dirsi avviata la fase applicativa del processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera, e tale riassetto, insieme al rilancio degli interventi di prevenzione primaria e secondaria e al potenziamento delle cure primarie territoriali, costituisce una fondamentale linea programmatica di cui il Servizio sanitario nazionale si è do-

tato per affrontare le sfide assistenziali dei prossimi anni poste dagli effetti delle tre transizioni – epidemiologica, demografica e sociale – che hanno modificato il quadro di riferimento sanitario negli ultimi decenni.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema che, da un lato, poggia sull'integrazione tra i servizi ospedalieri e, dall'altro, sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali. Si tratta di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali, in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di *presa in carico* delle persone, garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui sono radicati.

Il Regolamento, come si avrà modo di leggere nelle pagine successive, oltre alla previsione dei *posti letto*, fissa criteri uniformi per la classificazione delle strutture ospedaliere e fornisce ulteriori standard per le alte specialità, nonché oggettivi parametri di riferimento in materia di rapporto tra volumi di attività (numero annuo di prestazioni), esiti favorevoli/sfavorevoli delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e del *risk management*, provvedendo, altresì, a promuovere modalità di integrazione aziendale e interaziendale tra le varie discipline, secondo il modello dipartimentale e quello di intensità delle cure.

Nel provvedimento sono fissati gli standard generali di qualità, secondo il modello di *Clinical governance*, per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e per fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile (*accountability*), centrato sui bisogni della persona.

Il Regolamento provvede anche a dettare specifiche e uniformi indicazioni per la sicurezza degli impianti e delle strutture.

In questo percorso disegnato dal Regolamento verso la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza dell'assistenza, ancora una volta Agenas ricopre un ruolo significativo.

E infatti, relativamente al rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure, presso l'Agenas sarà istituito un tavolo tecnico composto da rappresentanti del Ministero della salute, Regioni e Province Autonome, che provvederà a formulare proposte per l'aggiornamento periodico delle soglie di volume e di esito.

Per quanto riguarda le reti ospedaliere, il Regolamento prevede di istituire uno specifico tavolo tecnico, sempre presso Agenas, composto da rappresentanti del Ministero della salute, Regioni e Province Autonome, con il compito di definire entro un anno dalla data di approvazione le relative linee guida e raccomandazioni, nonché di aggiornare quelle già esistenti, proprio al fine di articolare tali reti per patologia così da integrare l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale. In collaborazione con il Ministero della salute e le Regioni, l'Agenas elaborerà le linee di indirizzo per la promozione e l'attivazione di standard organizzativi di qualità secondo il modello di *Clinical governance*.

La definizione degli standard dimensionali, l'analisi dei volumi di attività, le soglie minime di esito rappresentano strumenti essenziali per dare spazio alla valutazione della qualità delle prestazioni, ovvero al *come* esse vengono garantite.

Inoltre, la realizzazione dei contenuti del Regolamento determinano un recupero sostanziale di risorse.

È di questi giorni la notizia di ulteriori interventi riduttivi del Fondo sanitario nazionale e si comprende bene come l'attuazione delle previsioni del nuovo Patto, del Regolamento e delle attività già svolte di revisione della spesa, rappresentano oggi la scelta obbligata per consentire al nostro sistema di essere sostenibile.

Basterebbero questi tre strumenti, da soli, a determinare un vero e proprio processo di efficientamento del sistema sanitario, attraverso l'eliminazione degli sprechi e delle inapproprietezze, la riorganizzazione del sistema di *governance* e dei processi organizzativi e gestionali, il rafforzamento dell'azione di monitoraggio e di controllo della qualità e della sicurezza delle

cure, a ogni livello di erogazione. In questo modo saremo in grado di recuperare risorse che potranno essere reinvestite nel sistema sanitario, al fine di migliorarlo e di migliorare il livello di qualità dell'assistenza che il cittadino si attende ogni qual volta entra in contatto con le strutture sanitarie per soddisfare il proprio bisogno di salute.



La sfida del Ssn: nuovi standard ospedalieri e contenimento della spesa

Intervista a **Giuseppe Chinè**
Capo di Gabinetto del Ministero della salute
di Fabio Mazzeo*

La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale è in costante discussione, cosa ne pensa?

Ritengo proficua la discussione sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale che comunque è da tutelare nella sua attuale configurazione, perché garantisce a tutti, senza alcuna distinzione, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione.

Con il Patto per la salute per gli anni 2014-2016, il dibattito ha avuto un fortissimo impulso e sono state, quindi, affrontate anche le questioni relative al mantenimento del Ssn, compatibilmente con gli attuali livelli di finanziamento a cui concorre lo Stato. Il finanziamento, è opportuno precisarlo, è comunque aumentato dai 109,9 miliardi di euro nel 2014 a 112 miliardi di euro nel 2015. Nel 2016 il finanziamento sarà pari a circa 115 miliardi di euro.

Tali importi, indicati nella legge di stabilità 2015, purtroppo sconteranno la scelta delle Regioni di ridurre di 2,35 miliardi per anno il finanziamento al Fsn, scelta cristallizzata nell'Intesa Stato-Regioni del 26 febbraio 2015.

Lo sforzo economico-finanziario messo in campo dal 2015 in poi ci avvicina sempre più agli altri Paesi europei.

* Capo Ufficio stampa del Ministero della salute

Al fine di assicurare la sostenibilità del sistema, Regioni e Province Autonome saranno chiamate ad attuare misure di razionalizzazione che non impattino sui livelli di erogazione dei servizi finali, tra le quali la razionalizzazione della spesa per beni e servizi, anche attraverso la costituzione di centrali di acquisto, la definizione di prezzi standard di riferimento e l'istituzione di processi strutturati di programmazione degli acquisti.

Tra gli importanti impegni assunti con il Patto per la salute in merito alla sostenibilità del sistema è strategico l'aggiornamento dei Lea, la cui ultima redazione risale ormai al 2001 e, quindi, non più pienamente rispondente alle nuove esigenze di salute dei cittadini. Grazie all'impegno messo in campo dal Ministro della salute finalmente sono stati conclusi i lavori della Commissione per la revisione dei Lea e adesso si sta lavorando sulla revisione del sistema di partecipazione alla spesa e delle esenzioni.

Molto spesso si sente parlare di mancanza di posti letto e di Pronto soccorso intasati con pazienti in barella. Cosa può dirci al riguardo?

È vero che negli ultimi anni, a causa della crisi economica e della spending review, si è verificata una riduzione dei posti letto negli ospedali. Ma il problema è anche di ordine culturale. Infatti, capita sovente che il cittadino, per risolvere que-

stioni legate al proprio stato di salute, si rechi direttamente al Pronto soccorso trascurando le possibilità di assistenza e cura offerte dalla medicina territoriale. Pertanto, è di fondamentale importanza far sì che i cittadini facciano un ricorso appropriato al Pronto soccorso, evitandone l'utilizzo nel caso di patologie lievi e curabili dal medico di base. È chiaro, tuttavia, che, affinché possa verificarsi questo cambiamento *culturale*, occorre che i cittadini abbiano fiducia nella medicina territoriale, nella consapevolezza che l'ospedalizzazione non è necessariamente la prestazione più appropriata e adeguata alla propria condizione di salute e che, anzi, spesso rappresenta proprio la prestazione meno adatta.

Proprio per questa ragione, il Ministero sta investendo molto, in collaborazione con le Regioni, per potenziare e implementare le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le Unità complesse di cure primarie (Uccp), quali forme organizzative complesse, basate sull'aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, in grado di garantire la continuità dell'assistenza per tutto l'arco della giornata e l'integrazione tra medicina specialistica e medicina generale.

La realizzazione delle Uccp e delle Aft, e quindi il potenziamento della medicina territoriale, rappresenta, tra l'altro, uno degli impegni più importanti assunti nell'ambito del Patto per la salute 2014-2016.

Tale potenziamento determinerà, nel medio periodo, un significativo calo degli accessi impropri al Pronto soccorso, in quanto i cittadini avranno piena evidenza dell'efficacia e dell'appropriatezza della medicina territoriale, oltre che della sua costante disponibilità.

È apparso necessario a tutti gli attori del sistema – Stato, Regioni e Province Autonome – rivedere gli standard ospedalieri per garantire nei nostri nosocomi un'assistenza che sia efficace e rispondente agli effettivi bisogni di salute.

Con il nuovo Regolamento sugli standard ospedalieri, già adottato dai Ministri Lorenzin e Padoan, il sistema diventerà più efficiente.

Come cambierà l'erogazione delle prestazioni ospedaliere a seguito dell'emanazione del nuovo Regolamento sugli standard ospedalieri?

Il Regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, che costituisce attuazione del Patto per la salute per gli anni 2014-2016, è stato fortemente voluto dal Ministro Lorenzin.

Con tale Regolamento è stato avviato quel processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera che rappresenta una delle sfide del Ssn per i prossimi anni. Con l'attuazione del provvedimento si consentirà ai cittadini di poter usufruire, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, di livelli qualitativi appropriati e sicuri e si produrrà, nel contempo, una significativa riduzione dei costi, garantendo l'effettiva erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in ambito ospedaliero.

Per citare solo alcune delle misure contenute nel Regolamento, si segnala che dal 1° gennaio 2015 non possono essere più accreditate nuove strutture con meno di 60 posti letto per acuti e dal 1° luglio 2015 non potranno essere sottoscritti con-

tratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti, fatta eccezione per le strutture monospecialistiche. Dal 1° gennaio 2017 non potranno essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non siano state interessate dalle aggregazioni previste dallo stesso Regolamento.

Si stabilisce, inoltre, il criterio vincolante di programmazione ospedaliera, indicando il parametro della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale a un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, da applicarsi tenendo conto anche della mobilità sanitaria interregionale, attiva e passiva.

Con questo Regolamento si assicura uniformità per l'intero territorio nazionale nella definizione degli standard delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera, ma, al di là di indici e standard, è tutta la rete ospedaliera a essere oggetto di profondo rinnovamento.

Basti pensare alla classificazione delle strutture in tre livelli a complessità crescente (Presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti; Presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; Presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti).

Altresì, si forniscono criteri di riferimento che tengono conto del rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture. Sia per i volumi sia per gli esiti, le soglie minime, identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche, possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento.

Vengono poi rimodulati gli standard di qualità per i singoli Presidi basati sulla *Clinical governance*, dalla gestione del rischio clinico alla formazione del personale e alla valutazione della qualità delle cure. In via generale si prevede che le Regioni e le Province Autonome organizzino la rete ospedaliera in reti specifiche in base al modello hub and spoke o a equivalenti altre forme di coordinamento e di integrazione professionale, fornendo direttamente indicazioni per le reti tempo-dipendenti quali la rete per le emergenze cardiologiche, la rete per il trauma e la rete per l'ictus.

Vengono ridefiniti i criteri per l'intera rete dell'emergenza-urgenza, dal 118 ai punti di primo intervento, fino alla definizione dei diversi tipi di Pronto soccorso sia per bacini di utenza sia per tipologia geografica del sito, prevedendo indicazioni specifiche per le sedi ospedaliere in zone particolarmente disagiate. Vengono, altresì, individuati i diversi livelli di Dea e i rapporti con la continuità assistenziale.

Si forniscono indicazioni in merito alla integrazione ospedale-territorio e continuità di cura, anche relativamente alla creazione di strutture intermedie e dei cosiddetti ospedali di comunità. In sintesi, con il nuovo Regolamento si realizza un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri e, dall'altro, sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio ruolo di *presa in carico* del paziente, garantendo i livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore efficienza ai contesti sociali in cui sono destinati a operare.

Ritiene ancora attuale che l'assistenza sanitaria sia garantita a tutti, indipendentemente dal livello di reddito dell'assistito e del suo nucleo familiare?

Sì, tale principio rappresenta l'essenza del nostro modello sanitario. Il Servizio sanitario nazionale è un sistema di funzioni, strutture e servizi che ha lo scopo di garantire a tutti i cittadini, senza alcuna distinzione, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. Parliamo di un diritto fondamentale, quello alla cura, la cui garanzia costituzionale è focalizzata sull'individuo, a prescindere dalle condizioni sociali ed economiche. Permane la sfida di rendere più equa la compartecipazione dell'assistito alla spesa sanitaria. Tale problematica è stata affrontata nel Patto per la salute 2014-2016. In particolare, l'articolo 8 di tale Patto affida a uno specifico gruppo di lavoro, costituito da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, delle Regioni e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, la definizione dei contenuti di una proposta di revisione del sistema di partecipazione alla spesa sanitaria che, a parità di gettito, garantisca l'equità e l'universalismo nell'accesso ai servizi e l'unitarietà del sistema. Il gruppo di lavoro sta predisponendo una proposta che introduce nuovi sistemi di calcolo delle quote di partecipazione per le prestazioni di assistenza specialistica e farmaceutica, graduando l'importo delle quote da pagare in relazione alla condizione reddituale del nucleo familiare dell'assistito.

Ci saranno novità per la compartecipazione alla spesa sanitaria e i ticket?

I ticket sanitari attualmente rappresentano un problema a cui si attribuisce enfasi eccessiva nel dibattito pubblico. Infatti, le entrate derivanti dal pagamento dei ticket sono pari a circa tre miliardi di euro, a fronte di una spesa sanitaria complessiva pubblica pari a 110 milioni di euro. Inoltre, circa il 50% della popolazione rientra nella fascia di esenzione dai ticket.

Come previsto dall'art. 8 del Patto per la salute, è necessaria una revisione del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni. Il sistema dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare e dovrà connotarsi per chiarezza e semplicità applicativa. La scelta definitiva dovrà comunque essere indirizzata a evitare che l'obbligo di partecipare alla spesa sanitaria rappresenti per i cittadini, e in particolare per quelli più deboli, un ostacolo tale da scoraggiare l'accesso a servizi e prestazioni necessarie o addirittura urgenti. Sarà indispensabile, quindi, individuare un punto di equilibrio tale che il ticket dovuto porti alla riduzione delle prestazioni inappropriate, ma non rappresenti un onere eccessivo per gli assistiti e non comprometta la stessa missione del Ssn.

Quanto costa all'Italia la medicina difensiva?

La medicina difensiva è un problema di grande attualità per il Ssn, con un impatto sulla spesa sanitaria stimato tra i 9 e i 10 miliardi di euro, pari al 10,5% della spesa sanitaria complessiva. Ogni anno oltre trentamila professionisti sanitari sono chiamati a rispondere davanti al giudice del loro operato: è questo infatti il numero delle denunce in tema di responsabilità per colpa sanitaria. Per questo motivo, il costo dei sinistri è aumentato del 50% nelle coperture per i medici e del 72% per le strutture.

La paura di essere denunciati è la ragione principale della prescrizione medica inutile e per il 93% dei professionisti il fenomeno è destinato ad aumentare. Farmaci, visite, esami e ricoveri che non servono ci costano quasi un punto di Pil.

Per arginare questo fenomeno servono interventi normativi. Infatti giacciono 7 provvedimenti in Parlamento, ed è lì che occorre trovare la soluzione per dare risposte certe a tutti gli operatori coinvolti. Recentemente il Ministro Lorenzin ha

istituito un'apposita commissione sulla medicina difensiva e sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, presieduta dal professor avvocato Guido Alpa, illustre studioso del tema della responsabilità medica, che ha il compito di approfondire le predette tematiche e individuare, alla luce della legislazione europea, possibili soluzioni suscettibili di ampia condivisione in sede parlamentare.

Tale commissione, nella quale siedono giuristi, quali componenti della magistratura e dell'avvocatura, nonché medici legali, si è insediata il 1° aprile 2015.

Esiste una ricetta per eliminare gli sprechi in sanità?

La lotta agli sprechi passa innanzitutto attraverso il miglioramento culturale degli addetti ai lavori che, nel gestire le risorse del Servizio sanitario nazionale, devono sempre tener presente i canoni dell'economicità e dell'efficienza. Tale lotta è una necessità se si vuole garantire una buona sanità pubblica nel rispetto degli standard di qualità e sicurezza delle prestazioni. Il Ministero della salute, anche con l'emanazione del Regolamento sugli standard ospedalieri, fornisce agli operatori uno strumento per perseguire tale strategica finalità. Un reale taglio degli sprechi, che non mini le fondamenta del Servizio sanitario, deve coinvolgere tutti gli operatori che ogni giorno lavorano, con sacrifici e difficoltà, nella riorganizzazione del sistema. Un utile strumento in tale direzione è certamente rappresentato anche dalla definizione dei costi standard con i quali garantire un sistema di miglioramento continuo del sistema sanitario e ridurre così i gap regionali in sanità. In tal modo, si potranno garantire nei prossimi anni universalità, solidarietà, equità, qualità ed efficienza nell'erogazione dei servizi al cittadino, tra i quali la sanità riveste primaria importanza.

Regolamento sugli standard ospedalieri: l'esperienza dell'Umbria

di **Catiuscia Marini**
Presidente della Regione Umbria

L'

attuale politica sanitaria è sempre più caratterizzata da scelte che mirano al rinnovamento del Servizio sanitario nazionale, basti pensare ai provvedimenti chiave che sono alla base di questo cambiamento, nel rispetto dei suoi principi fondanti, universalità, solidarietà ed equità: il programma di revisione della spesa, il nuovo Patto per la salute e il nuovo Regolamento sugli standard ospedalieri.

È utile sottolineare come il Regolamento sugli standard ospedalieri non vada interpretato come una semplice manovra di razionalizzazione, ma si ponga, invece, come uno strumento per mettere in campo scelte di programmazione finalizzate alla riduzione della variabilità interna del sistema sanitario nazionale, variabilità che spesso è indice di inefficienza e di aumentato rischio per il paziente.

Questo Regolamento è il prodotto di una lunga fase di programmazione di politica sanitaria, durata decenni, che ha visto le Regioni operare scelte non sempre omogenee.

Per quanto riguarda l'offerta ospedaliera si è passati da circa 300.000 posti letto (pl) nel 1995 a poco più di 185.000 nel 2014; ciò sicuramente è stato determinato da diversi fattori quali le modificazioni del contesto epidemiologico, le innovazioni tecnologiche e la diversificazione dei *setting* assistenziali (day surgery, chirurgia ambulatoriale, day service) che ha generato nuovi modelli organizzativi.

Occorre dire che questa razionalizzazione non è stata condotta in maniera uniforme nelle diverse Regioni; pur tuttavia l'assistenza sanitaria nel nostro Paese si è caratterizzata, sinora, nel perseguimento di una crescente appropriatezza organizzativa, come documentano i dati relativi a diversi indicatori: progressiva riduzione della degenza media per acuti, un costante incremento del peso medio del ricovero, migliori indici di operatività dei reparti chirurgici, riduzione dei ricoveri a regime ordinario con degenza oltre la soglia, etc.

Tutto ciò a fronte di un consumo di risorse che vede l'Italia nettamente al di sotto di quanto avviene negli altri Paesi dell'Unione europea, soprattutto in quelli che hanno un modello di servizio sanitario simile al nostro, come la Francia e i Paesi scandinavi.

In questo scenario il Regolamento, attraverso regole e norme di indirizzo comuni, ridefinisce i bacini di utenza, sia per le diverse tipologie di ospedale, sia per le singole discipline e pone dei criteri che orientano la programmazione regionale a tenere conto delle interrelazioni che si determinano con gli altri attori che compongono il complesso del sistema sanitario, non solo in ambito regionale, ma anche al di là dei confini della singola regione.

L'ESPERIENZA DELL'UMBRIA

L'Umbria ha avviato da tempo un percorso di rimodulazione della propria offerta di servizi nell'ambito della rete ospedaliera, promuovendo un ambizioso programma di edilizia sanitaria, che ha visto la trasformazione di una ventina di strutture ospedaliere, singole e scarsamente collegate tra loro, in un nuovo modello organizzativo.

A tale riguardo le strutture ospedaliere afferenti alle Aziende sanitarie locali sono state aggregate in Presidi unificati. La scelta di istituire i Presidi ospedalieri unificati è stata fatta per introdurre una serie di elementi di razionalizzazione, seguendo il criterio ispiratore che superava il concetto di ospedale *fotocopia l'uno dell'altro* (generato dalla vecchia legge Mariotti).

Ciò ha determinato una redistribuzione di funzioni tra stabilimenti ospedalieri appartenenti a uno stesso territorio in modo da strutturare un'unità organizzativa di rango superiore (Presidio ospedaliero) e, contemporaneamente, di avviare processi di investimento finalizzati alla costruzione di ospedali di maggiori dimensioni più efficienti e con i necessari requisiti di sicurezza strutturale e impiantistica.

Questa razionalizzazione è stata sistematizzata, nella nostra Regione, con la Deliberazione del Consiglio Regionale 311/1997. In quell'atto si è, per la prima volta, affermato il concetto che la

rete ospedaliera doveva essere interpretata come rete integrata sia con i servizi territoriali sia tra i Presidi ospedalieri.

In virtù delle scelte effettuate negli anni passati e in considerazione del processo di riordino che deriva dall'attuazione dello Schema di Regolamento di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014, per l'Umbria non dovranno essere adottate sostanziali misure di razionalizzazione/riduzione dell'offerta ospedaliera.

Applicando i criteri previsti dal Regolamento si configura la seguente rete ospedaliera regionale: due ospedali sede di Dea di secondo livello (l'Azienda ospedaliera di Perugia e l'Azienda ospedaliera di Terni), le strutture sede di Dea di primo livello (l'ospedale di Città di Castello e Branca, l'ospedale di Foligno e Spoleto e l'ospedale di Orvieto) e, infine, gli ospedali di base.

I pl ospedalieri effettivi in Umbria, così come ricavati dai flussi ufficiali, nel corso dell'anno 2013 ammontano a 3.158. In tale ambito non sono ricompresi quei pl presenti in strutture di tipo territoriale, con retta di degenza superiore al costo medio di una giornata in lungodegenza, che comunque sono stati rilevati secondo i criteri presenti nel Regolamento.

Tale valore è in linea con il criterio vincolante di programmazione di offerta ospedaliera corrispondente a un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti.

I dati di popolazione forniti dall'Istat per l'Umbria determinano una dotazione attesa complessiva, tenendo conto anche della mobilità sanitaria, di 3.432 pl.

Analizzando i pl totali suddivisi tra acuti e post acuti si rileva un lieve scostamento in eccesso (+5 pl) dei posti letto per acuti ampiamente compensato dalla bassa dotazione di posti letto per i post acuti (-193). A tale quadro di equilibrio complessivo nell'ambito delle acuzie, fa riscontro sul fronte della post acuzie un'offerta di pl

Tabella 1  **Rete ospedaliera pubblica (Sistema informativo sanitario regionale-HSPI 2)**

Azienda sanitaria	Presidio ospedaliero	Stabilimento ospedaliero
Ausl Umbria n. 1	Presidio ospedaliero Alto Tevere	Città di Castello**
		Umbertide*
	Presidio ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino	Gubbio-Gualdo Tadino** (Branca)
	Presidio ospedaliero unificato	Assisi*
		Media Valle Tevere* (Pantalla)
		Castiglione del Lago*
		Passignano*
Ausl Umbria n. 2	Presidio ospedaliero Foligno	Foligno**
		Trevi*
	Presidio ospedaliero Spoleto	Spoleto**
		Norcia*
		Cascia*
	Presidio ospedaliero Narni-Amelia	Narni*
		Amelia*
		Domus Gratiae*
	Presidio ospedaliero Orvieto	Orvieto**
	Azienda ospedaliera di Perugia	Ospedale Perugia
Azienda ospedaliera di Terni	Ospedale Terni	Ospedale Terni***

* Ospedale di base
 ** Ospedale sede di Dea I livello
 *** Ospedale sede di Dea II livello

Tabella 2  **Posti letto attivi e attesi per acuti e post acuti in Regione Umbria**

Regione Umbria	Posti letto per acuti	Posti letto per post acuti
Posti letto attivi	2.788	456*
Posti letto attesi (con integrazione mobilità)	2.783	649
Scostamento	+5	-193

* Sono contemplati anche 86 posti letto di provenienza territoriale da strutture ex art. 26 con retta giornaliera superiore alla lungodegenza

fortemente sottodimensionata, che dovrà essere oggetto di un'adeguata riflessione circa la ridefinizione degli obiettivi strategici del Ssr nei prossimi anni.

In questo senso un'altra caratteristica peculiare del sistema ospedaliero della Regione Um-

bria è che le strutture ospedaliere private hanno un carattere prevalentemente integrativo, dal momento che la quota percentuale di dotazione di pl si aggira intorno al 10% e la quota di attività assistenziale risulta essere ancora inferiore.

Infatti, nessun ospedale privato accreditato è sede di pronto soccorso, né sede di servizi integrabili nella rete ospedaliera dell'emergenza-urgenza.

Gli standard omogenei indicati per singola disciplina secondo specifici parametri di popolazione, da adottarsi tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale (documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità) trovano la nostra Regione con un numero di strutture complesse in dotazione inferiore alle attese; tuttavia, per alcune discipline, si evidenziano scostamenti in eccesso; pertanto sarà necessario rimodulare il loro numero ottimale all'interno della programmazione sanitaria regionale.

Valutazione dell'appropriatezza

I parametri oggettivi forniti in materia di rapporto anche tra volumi di attività (numero annuo di prestazioni), esiti favorevoli/sfavorevoli delle cure e numerosità delle strutture per disciplina, costituiscono elementi di valutazione imprescindibili dell'appropriatezza, sia clinica sia organizzativa, al fine di assicurare ai cittadini efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del Ssn.

Come noto, la letteratura scientifica insiste sulla correlazione diretta tra volumi di attività e migliori esiti delle cure; ciò è stato dimostrato in molti settori, come ad esempio nel caso dell'associazione tra numero di casi trattati di infarto del miocardio/anno e mortalità a 30 giorni; infatti, tale mortalità diminuisce decisamente per le strutture che hanno un volume di attività >100-150 casi/anno. Questo concetto è ampiamente condiviso e dovrebbe orientare tutte le attività di pianificazione sanitaria. In altri termini, una casistica ampia, trattata da una certa struttura, rappresenta la migliore garanzia per ridurre la variabilità degli esiti.

Facendo proprie tali evidenze scientifiche, sin dal 2008 la Regione Umbria è entrata a far parte del network delle Regioni coordinato dal Laborato-

rio Mes (Istituto di management e sanità) della Scuola superiore di studi universitari e di perfezionamento Sant'Anna di Pisa e ha aderito, sotto il coordinamento di Agenas, al Programma nazionale esiti (Pne).

Anche grazie a questa esperienza, l'Umbria ha potuto raggiungere l'importante traguardo di far parte delle Regioni *benchmark*, in quanto ha garantito un'adeguata erogazione dei Lea, contestualmente all'equilibrio economico-finanziario. Il Regolamento, inoltre, prevede che le Regioni organizzino la rete ospedaliera in reti specifiche, in base al modello hub and spoke o a equivalenti altre forme di coordinamento e di integrazione professionale. In particolare, fornisce per la rete dell'emergenza-urgenza nuove indicazioni programmatiche e organizzative, prevedendo anche specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso. Non è un caso che indicazioni puntuali vengano fornite per quelle patologie cosiddette tempodipendenti (infarto del miocardio-Ima; ictus e trauma maggiore) e su cui l'Umbria aveva già deliberato in merito, considerando che nell'ambito dell'emergenza (ove il paziente non può scegliere a quale servizio affidarsi) è necessario che vi sia omogeneità di intervento sul territorio regionale e nazionale al fine di salvaguardare il principio di equità di accesso e di universalità delle cure. Tale obiettivo deve essere raggiunto anche in vista dell'imminente implementazione sull'intero territorio nazionale del nuovo numero unico per le (tutte) emergenze ovvero il 112 Numero unico europeo (Nue).

Perseguendo questa logica, nella nostra Regione sin dal 2008 sono state istituite varie reti, quali ad esempio quella oncologica, la materno infantile e quella dell'età evolutiva, la rete per i traumi maggiori, per l'ictus, per l'Ima, per le malattie rare, le cure palliative e la terapia del dolore, etc.

Nella riorganizzazione delle suddette reti a prevalente impatto ospedaliero e, in particolare, con modello organizzativo hub and spoke come la rete oncologica regionale, abbiamo raggiunto un notevole livello di sviluppo, anche in linea con le indicazioni provenienti dall'Unione europea, permettendo così di migliorare gli aspetti di integrazione ospedale-territorio altrimenti difficilmente governabili. Sono state poste in essere azioni finalizzate a sollecitare specifici percorsi di integrazione terapeutici assistenziali, quali, ad esempio, quelle relative alla presa in carico multidisciplinare dei pazienti affetti da neoplasie, e sono in corso di definizione le unità mammarie interdisciplinari (Breast Unit); infine, e non per questo meno importante, abbiamo posto nel tempo una rilevante attenzione agli aspetti psicologici dei pazienti e dei loro familiari, attraverso una formazione specifica e continua per gli operatori del settore.

Ci sembra di poter interpretare questa parte del Regolamento come un irrinunciabile passaggio da un'organizzazione basata sull'erogazione di prestazioni a una che finalizzi le proprie attività al raggiungimento di obiettivi di salute definiti, condivisi e valutabili, grazie a una integrazione che sia dei *saperi* oltre che organizzativa.

Le reti saranno il banco di prova delle future sfide che la medicina moderna si troverà ad affrontare; basti pensare all'implementazione delle nuove tecnologie, in particolare di quelle legate alla telemedicina (telediagnosi, teleconsulto e teleassistenza) che provocheranno vere rivoluzioni all'interno dei percorsi terapeutico-assistenziali e richiederanno notevoli investimenti in termini di programmazione e monitoraggio di sistemi sempre più complessi e articolati.

In conclusione, il Regolamento pone sicuramente alcune novità, ma siamo consapevoli che questo è solo l'inizio di un percorso che, oltre a limitare un uso improprio e inefficiente dei servizi, dovrà saper cogliere i *segnali* che arrivano sia dal progresso scientifico e tecnologico, sia dalle modificazioni della percezione del bisogno di salute da parte della società e infine dai vincoli economici.

Ritengo fondamentale la capacità e la tempestività della programmazione sanitaria delle Regioni nel perseguire l'impegno di avere un Servizio sanitario nazionale che sia in grado di rispondere efficacemente ai bisogni della popolazione e qualitativamente allineato ai migliori standard nazionali e internazionali.

Il percorso della riorganizzazione delle reti ospedaliere

di **Fulvio Moirano**

Direttore generale Assessorato sanità, Regione Piemonte*

16

moirano

P

er definire il quadro generale della rete dei servizi sanitari occorre riassumere, in sintesi, alcuni cenni storici sui requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi che il Servizio sanitario nazionale si è dato negli anni.

Sin dalla legge di introduzione del Servizio sanitario nazionale¹ (Ssn) il legislatore ha sempre cercato di individuare le forme più idonee di gestione del servizio, volte al miglioramento delle prestazioni fornite al cittadino, ottimizzando le risorse a disposizione. Anche a seguito della norma sull'ordinamento delle autonomie locali², nacque l'esigenza di definire i principi organizzativi delle Unità sanitarie locali. E infatti, successivamente, nell'ottobre del 1992, il Parlamento approvò la legge³ di delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e finanza territoriale. In particolare, per quel che riguarda l'ambito sanitario, l'articolo 1 prevedeva l'emanazione di uno o più decreti legislativi con l'obiettivo, tra gli altri, di definire i principi organizzativi delle Unità sanitarie locali, stabilire i criteri per le individuazioni degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, nonché degli ospedali che in ogni regione sarebbero stati destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza. La stessa norma prevedeva già allora elementi di efficientamento, dando mandato di individuare appropriate forme di incentivazione per il potenziamento dei servizi ospedalieri diurni e la deospedalizzazione dei lungodegenti.

Passarono poco più di due mesi e venne approvato il decreto legislativo 502/1992⁴ sul riordino della disciplina in materia sanitaria. Quest'ultimo contiene un intero

* Hanno collaborato Massimiliano Abbruzzese, Francesco Enrichens e Ragnar Gullstrand

1. Legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

2. Legge n. 142 dell'8 giugno 1990.

3. GU n. 257 del 31 ottobre 1992 – Supplemento Ordinario n. 118.

4. GU n. 305 del 30 dicembre 1992 – Supplemento Ordinario n. 137.

Titolo inerente alle prestazioni in ambito sanitario precisando, all'articolo 8 comma 4, come "entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con atto di indirizzo e coordinamento emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi".

Ma le novità in ambito gestionale per la sanità non riguardavano solo le strutture di erogazione dei servizi, bensì anche la struttura centrale ministeriale. Infatti, con decreto legislativo del 30 giugno 1993 n. 266⁵ viene emanato il riordino del Ministero (art. 1, comma 1, lettera H della legge n. 421 del 23 ottobre 1992) che individua le funzioni del dicastero.

Vale la pena ricordare che l'articolo 1 assegna al dicastero le funzioni di programmazione sanitaria, determinando i livelli delle prestazioni da assicurare uniformemente sul territorio nazionale (lettera a), nonché il coordinamento del sistema informativo e verifica comparativa dei costi e dei risultati conseguiti dalle Regioni e dalle strutture operative del Servizio sanitario nazionale. Per supportare il Ministero in questi ambiti il legislatore, all'interno dello stesso decreto, all'articolo 5, prevede l'istituzione dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas) affidandole compiti di supporto delle attività regionali, di valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti dei servizi resi ai cittadini e di segnalazione di disfunzioni e spre-

chi nella gestione delle risorse personali e materiali e nelle forniture.

Inoltre, l'anno precedente, con Dpr 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza) era stato dato forte impulso all'attività di emergenza con l'istituzione del 118, delle Centrali operative e mezzi di soccorso e dei Dipartimenti di emergenza.

In seguito, passati quasi cinque anni, con il decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997⁶, vengono individuati i criteri per l'erogazione dei Servizi sanitari da parte delle varie strutture presenti sul territorio nazionale. Nel Dpr sono indicati nel dettaglio i requisiti specifici per le strutture che erogano prestazioni all'interno del Ssn, classificandoli in tre macro aree:

1. assistenza specialistica in regime ambulatoriale⁷;
2. ricovero ospedaliero, a ciclo continuo e/o diurno per acuti;
3. ricovero, a ciclo continuativo e/o diurno.

Senza dubbio il Dpr del 14 gennaio 1997 ha rappresentato un'innovazione molto importante per il Ssn e si accompagna al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 (entrato in vigore il 23 febbraio 2002)⁸ con il quale sono stati definiti i Livelli essenziali di assistenza (Lea), vale a dire le prestazioni e i servizi che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket).

I Lea sono organizzati in tre grandi aree: l'assistenza sanitaria collettiva, quella distrettuale e ospedaliera (Box 1).

5. GU n. 180 del 3 agosto 1993 – Supplemento Ordinario n. 68.

6. GU n. 42 del 20 febbraio 1997 – Supplemento Ordinario n. 37

7. Struttura o luogo fisico, intra o extraospedaliero, preposto all'erogazione di prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

8. In proposito va segnalato che le principali fonti normative sui Livelli essenziali di assistenza (Lea) sono rappresentate dal decreto legislativo n. 502 del 1992, aggiornato dal decreto legislativo n. 229 del 1999 e dalla legge n. 405 del 2001.

Box I  **Aree dei Livelli essenziali di assistenza**

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale).
Assistenza distrettuale	Le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, Sert, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, etc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche).
Assistenza ospedaliera	Pronto soccorso, ricovero ordinario, day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via.

Va rilevato che, nonostante gli sforzi a livello centrale per ottenere un'erogazione di prestazioni sanitarie efficaci ed efficienti, nonché omogenee su tutto il territorio nazionale, non è seguito un corrispondente assetto organizzativo dei Servizi sanitari a livello regionale.

Una testimonianza di questa affermazione trova conferma nelle numerose incursioni che il Governo ha effettuato (ed effettua tutt'ora) nelle normative per la formazione del bilancio, al fine di contenere le spese e migliorare le prestazioni.

Senza dubbio tra queste si può annoverare la legge n. 311 del 30 dicembre del 2004 che fissa criteri e limiti per le assunzioni del personale, ancora oggi sostanzialmente in vigore (comma 584 articolo 1 della legge n. 190 del 23 dicembre 2014), nonché il rispetto degli obblighi di programmazione a livello regionale, al fine di garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali della domanda e dell'offerta ospedaliera, garantendo l'equilibrio economico-finanziario dei singoli sistemi sanitari regionali⁹.

AFFIANCAMENTO AGENAS ALLE REGIONI IN PIANO DI RIENTRO

A supporto delle Regioni vi fu anche la decisione della Conferenza Unificata Stato-Regioni che, nel settembre del 2007 (Atto n. 73/CU), procedette all'aggiornamento degli indirizzi conferiti ad Agenas assegnandole l'obiettivo "prioritario e qualificante" di supporto tecnico-operativo alle politiche di governo condivise tra Stato e Regioni per lo sviluppo e la qualificazione del Ssn.

Alla delibera della Conferenza va aggiunto il decreto legge 159/2007 che all'articolo 4 introduce l'atto della diffida, con la possibilità di nomina di un commissario ad acta per le Regioni inadempienti.

I Piani di rientro sono, per usare il titolo della presentazione di *Monitor* n. 27, "Un'occasione da non perdere per la riorganizzazione e la riqualificazione dell'assistenza sanitaria"¹⁰.

E proprio in quel numero della rivista di Agenas, partendo dall'esperienza fatta presso le Regioni convenzionate con l'Agenzia nell'ambito del Siveas (Sistema nazionale di verifica e con-

9. Comma 98 e 173, lettera d), dell'art. 1 Legge n. 311 del 30 dicembre 2004.

10. www.agenas.it/archivio-monitor-2011

trollo del sistema sanitario), viene messo a disposizione un documento utile per tutte le Regioni e, cioè, un vero e proprio Piano di riorganizzazione sanitaria.

Il Piano presentato era il frutto di anni di affiancamento dell'Agenas presso le Regioni in difficoltà caratterizzate da gravi squilibri tra la risposta ospedaliera e quella territoriale, con tassi di ospedalizzazione talora superiori a 200 per 1.000 abitanti e con accumuli di attività inappropriate dovute a comportamenti inveterati.

L'idea dei professionisti di Agenas era quella di considerare totalmente connessi fra loro i servizi resi dalle reti dell'emergenza-urgenza, dell'ospedale e del territorio e che il punto di partenza fosse proprio la rete di emergenza-urgenza, ospedaliera e territoriale.

Il numero 27 della rivista *Monitor*, contenente la proposta di Piano di riorganizzazione sanitaria, uscì nel marzo del 2011 e di lì a pochi mesi emersero le grandi difficoltà del Governo e del Paese, causate dal protrarsi della crisi economica, che portarono alla nomina del professor Monti alla guida dell'Esecutivo.

È importante ricordare questo passaggio perché rappresenta senza dubbio uno dei fondamenti, su cui poggiano sia il decreto Balduzzi¹¹ sia il decreto legge per la revisione della spesa¹², che fissa lo standard dei posti letto ospedalieri accreditati – effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale – a un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti. Questi ultimi devono essere comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni or-

ganiche dei Presidi ospedalieri pubblici e assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti, di cui il 25% riferito a ricoveri diurni. Lo stesso decreto indica, inoltre, che la riduzione dei posti letto è a carico dei Presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50% e deve essere in subordine alla soppressione di unità operative complesse.

Tali parametri, previsti nella legge 135/2012, prevedevano l'adozione del Regolamento entro 60 giorni e quindi, a partire da agosto 2012, con il coordinamento di Filippo Palumbo e di Francesco Bevere e dei dirigenti del Ministero della salute, nonché del sottoscritto e dei collaboratori Agenas, venne predisposto un testo poi sottoposto alle Regioni. La bozza di Regolamento fissava gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Il testo nell'intento del Governo Monti, avrebbe dovuto essere emanato entro ottobre 2012 (poco più di 2 mesi dopo la conversione in legge del decreto) e invece ha visto la luce all'indomani del Patto per la salute 2014-2016 e cioè il 5 agosto 2014 (CSR n. 98/2014).

Per quanto attiene al Patto per la salute e al ruolo di Agenas all'interno di esso, rimandiamo al numero 36 della rivista *Monitor*, dove vengono ampiamente trattati¹³.

Nel paragrafo dedicato al Regolamento sugli standard ospedalieri verranno approfonditi alcuni aspetti dell'Intesa siglata in Conferenza Stato-Regioni.

11. Decreto legge n. 158 del 13 settembre 2012 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute".

12. Decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini".

13. www.agenas.it/archivio-monitor-2014

La rete dell'emergenza, architrave del sistema sanitario

20



All'interno del sistema di indirizzi normativi che caratterizzano oggi le linee evolutive della Pubblica Amministrazione, anche il Sistema sanitario nazionale è chiamato a rispondere in maniera significativa, orientando la pianificazione degli assetti erogativi e dei livelli di assistenza secondo criteri volti a coniugare la massimizzazione dell'appropriatezza dei servizi offerti con l'efficienza e la sostenibilità del sistema stesso. Tali indirizzi trovano piena attuazione nell'impianto normativo delineato dalla legge 135 del 7 agosto 2012 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95".

Il quadro normativo così definito, assieme all'accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del Sistema della emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" ai sensi dell'art. 4 del D.lgs. 281/1997, impone alle politiche sanitarie regionali una necessaria rimodulazione dell'organizzazione del sistema assistenziale e, in primis, del sistema dell'emergenza-urgenza al fine di garantire la tutela del diritto alla salute, secondo quei principi di centralità della persona, universalità, eguaglianza ed equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, nonché integrazione dell'assistenza, che caratterizzano il Servizio sanitario nazionale.

Le Regioni sono chiamate a rispondere secondo il principio della sostenibilità economica pianificando il contenuto dell'azione strategica secondo due direttrici principali:

1. la rimodulazione delle reti assistenziali secondo il concetto di hub e spoke parametrato per bacino di utenza regionale;
2. la rimodulazione dei posti letto attraverso la ridefinizione delle UUOO (sia semplici che complesse).

Con riferimento alla rimodulazione delle reti, le azioni di intervento devono concentrarsi su tre linee principali, ovvero: la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza e quella territoriale. Le tre reti, così definite, consentono al Servizio sanitario regionale di rispondere al bisogno dei cittadini solo se integrate in un unico sistema di gestione, che consenta di riallocare la non appropriata al livello organizzativo e assistenziale più idoneo.

Rimodulare la rete ospedaliera, ridefinendone le discipline offerte a livello di struttura complessa, si presenta quale requisito necessario ma non sufficiente per realizzare un'efficace ed efficiente gestione del paziente in fase acuta, il cui bisogno, se espresso in regime di urgenza, deve trovare garanzia di una risposta appropriata in un arco temporale particolarmente breve, senza alterare la conduzione delle attività programmate in elezione. La gestione appropriata dell'emergenza assume dunque un ruolo di primaria importanza per l'intero sistema, sia consentendo la presa in carico del paziente in pericolo di vita nei tempi adeguati, sia attivando un sistema capillare in

grado di effettuare una prima diagnosi trasportando il paziente nel centro ospedaliero più idoneo al fine di sottoporlo ad appropriati accertamenti diagnostici e interventi terapeutici con l'obiettivo di favorire la salvaguardia della vita e la possibilità di un successivo recupero funzionale.

Alle luce di queste considerazioni, risulta evidente come una corretta programmazione delle attività ospedaliere di elezione sia possibile solo se la rete ospedaliera è rimodulata al fine di rispondere con tempestività ed efficacia alle esigenze dell'emergenza-urgenza.

Dunque, la concreta applicazione della rete ospedaliera trova la sua articolazione in hub (Dea di II livello) e spoke (Dea di I livello), Pronto soccorso di base e Pronto soccorso di area disagiata con la definizione dei fabbisogni per specialità e un'ipotesi di allocazione anche delle Uoc per l'elezione secondo i nodi della rete dell'emergenza e delle patologie complesse tempo-dipendenti.

Considerando le peculiari caratteristiche di molti territori, la presenza di ospedali di area disagiata si orienta verso una copertura delle aree periferiche garantendo un servizio teso a prevenire possibili ricoveri più impegnativi, considerando la prevalenza di popolazioni anziane nei bacini montani e insulari e, in alcuni casi, a forte impatto turistico.

La rete dei Dea e PS è fortemente connessa con quella dell'emergenza territoriale, che si fa carico di movimentare i pazienti (già iniziandone il trattamento applicando protocolli condivisi) verso e attraverso di essa. Inoltre, assicura il raggiungimento del paziente alla sede più idonea e più vicina anche agli abitanti delle zone meno densamente popolate.

Il sistema dell'emergenza (territoriale e ospedaliera) è la garanzia di un'organizzazione efficiente, ma anche di salvaguardia della tipologia delle funzioni e quindi di prestazioni salvavita qualitativamente accettabili, grazie alle discipline necessarie e sufficienti all'emergenza-urgenza quali requisiti essenziali.

Se la rete della emergenza-urgenza è costruita in maniera efficace sui nodi della rete stessa, si implementano le discipline delle patologie complesse tempo-dipendenti (stemi, ictus, trauma, ostetricia-neonatologia), ma anche trapianti, vascolare, neurochirurgica, cardiocirurgica, etc, considerando che molte discipline hanno risvolti legati all'emergenza. Allo stesso modo anche le reti di elezione (ad esempio, oncologica, allergologica, piede diabetico), che necessitano sempre di più di approcci multidisciplinari con alte professionalità e tecnologie complicate e costose, rispondono ai criteri di hub e spoke.

Inoltre, diventa essenziale, ai fini della disponibilità dei letti in acuzie, la rimovimentazione protetta dei pazienti trattati presso gli hub verso gli ospedali di provenienza o di competenza territoriale quando non necessitano più di un trattamento complesso, anche al fine di garantirne l'assistenza da parte dei propri cari.

Efficientati così i nodi hub, spoke e Pronto soccorso della rete dell'emergenza, si possono implementare le specialità di elezione seguendo il criterio dei volumi di attività e avvalendosi dell'hardware garantito dalla struttura già organizzata per rispondere alle urgenze.

A questo punto, concentrati con criteri clinici di appropriatezza, gli esiti diventano indicatori di valutazione delle singole unità operative. Oltretutto, come è noto, il trattamento dei pazienti in urgenza favorisce il dialogo telematico con trasmissione di dati e immagini tra reti e ospedali, orientando verso la multidisciplinarietà e l'utilizzo di singoli specialisti per discipline ad alta complessità su più Presidi che altrimenti non vedrebbero sufficienti volumi di attività in urgenza (vedi radiologia interventistica ed endoscopia d'urgenza, solo per citarne alcune).

Al fine di mantenere snella e recettiva la rete della emergenza-urgenza è indispensabile che la rete territoriale garantisca la presa in carico dell'inappropriatezza, o direttamente o dall'interazione con la rete della emergenza e con quella ospedaliera. A questo riguardo diventa strategica la prosecuzione delle cure in continuità attraverso meccanismi accessibili, veloci e chiari di presa in carico in post acuzie e in domiciliarietà.

Pertanto, la rete territoriale deve rispondere anch'essa a criteri di rintracciabilità, misurabilità e verifica utilizzando tecnologie telefoniche e informatiche condivise (Accordo Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e introduzione del numero 116/117 come da Patto per la salute, art. 5, comma 12).

La necessaria razionalizzazione della rete comporta spesso la riconversione in strutture territoriali (chiamate in passato Cap, Case della salute, etc., ora definite dalla norma Aft e Uccp, articolazioni in capo al Distretto, a seconda anche queste del bacino di utenza, oltre che della funzione e delle figure professionali in esse presenti) di quei Presidi ospedalieri che, non rispondendo né ai criteri hub e spoke, né a quelli di Presidio di area disagiata, divengono strategici per la gestione sul territorio di tutte le patologie, tra cui le croniche, per le quali l'assistenza in elezione risulta non appropriata.

Il Regolamento parla a questo riguardo di Punti di primo intervento, sottolineando la provvisorietà di tali funzioni, destinate nel più breve tempo possibile a essere riconvertite in strutture della rete delle cure primarie, senza alcun ruolo nella rete dell'emergenza-urgenza. Anzi, viene definita l'assoluta separazione dei percorsi, consignando l'urgenza al 118, così come previsto nell'Accordo CSR n. 32/2013.

Il Ppi è destinato a essere assorbito nel sistema 118 che, attraverso protocolli condivisi, garantirà la consegna dei pazienti inappropriatamente giunti alla rete dell'emergenza alle strutture di continuità assistenziale delle cure primarie. Alla chiusura del Ppi entro

al massimo un anno, il 118 garantirà le funzioni di emergenza-urgenza territoriale attraverso le postazioni di ambulanza così come previste dalla formula esplicitata nel Regolamento nel paragrafo della rete della emergenza-urgenza.

La riorganizzazione della rete dei Ppi e dei Pta dovrà avvenire in concomitanza con la riorganizzazione della rete 118, in relazione a un utilizzo più razionale dei mezzi per i trasporti urgenti, secondari urgenti e ordinari, tenendo conto dell'allargamento recente delle postazioni di elisoccorso abilitate al volo notturno, rendendo infinitamente più capillare la rete della emergenza territoriale e permettendo di velocizzare trasporti in appropriatezza lungo le reti tempo-dipendenti.

Risulta, inoltre, indispensabile una razionalizzazione delle postazioni di continuità assistenziale (guardia medica), con centralizzazione delle chiamate su base almeno provinciale, permettendo quindi di utilizzare le Centrali operative su bacini di utenza più congrui e condividendo le piattaforme tecnologiche (pur nel rispetto dell'autonomia di governo e di gestione delle cure primarie da parte del Distretto).

In conclusione, si può sintetizzare che il risultato atteso dalla spending review si realizza attraverso una concreta rimodulazione della rete della emergenza-urgenza ospedaliera articolata in hub (Dea di II livello), spoke (Dea di I Livello) e Pronto soccorso semplice, con la definizione dei fabbisogni per specialità e una ipotesi di allocazione delle strutture complesse per l'elezione che sia funzionale rispetto ai nodi della rete dell'emergenza e delle patologie complesse tempo-dipendenti.

Ad essa una efficace e omogeneamente dimensionata rete di emergenza territoriale con Centrali operative 118, mezzi di soccorso avanzati e di base, elisoccorso (adesso anche più utilizzato nel notturno) garantisce appropriatezza dei percorsi relativi alle patologie complesse tempo-dipendenti, adeguatezza di volumi e quindi di esiti, grazie alla stabilizzazione e movimentazione tempestiva dei pazienti, utilizzando linguaggio tecnologico condiviso e trasmissione di dati e immagini.

Tutto questo ha senso solo se l'emergenza-urgenza ospedaliera e territoriale 118 è al servizio delle reti ospedaliere e del territorio, dialogando in sintonia e contemporaneamente ad esse sia in fase di programmazione sia di gestione.

Rimangono comunque ancora elementi non risolti nell'ambito del Regolamento. Di questi, come ad esempio l'Osservazione breve intensiva (Obi) e le linee guida sul triage, stanno per vedere la soluzione attraverso un apposito accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni. Altre, quale lo standard sul dimensionamento del personale, di cui anche Agenas si è occupata, richiedono un più approfondito dibattito.

A cura di Francesco Enrichens

IL REGOLAMENTO SUGLI STANDARD OSPEDALIERI

L'Intesa raggiunta all'interno della Conferenza Stato-Regioni necessita di un decreto da emanarsi da parte del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

Va ricordato che la prima Intesa, raggiunta nell'agosto del 2014, conteneva alcune imperfezioni, non essendo state recepite le osservazioni delle Regioni accolte nel merito dal Ministero della salute. A ciò si è provveduto attraverso un atto di rettifica nel gennaio di quest'anno (198/CSR). Prima di passare alla descrizione dell'Allegato 1 dell'accordo, vale la pena ricordare che l'articolo 1, al 1° comma, fissa al 31 dicembre 2014 la data entro la quale tutte le Regioni devono provvedere all'adozione dell'atto prevedendo, per le Regioni in Piano di rientro, l'allineamento alla dotazione attesa entro il triennio di attuazione del Patto per la salute 2014-2016.

Entrando nel merito dell'Allegato, il punto 1 fissa gli obiettivi e gli ambiti di azione ricordando che la riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media, nonché del tasso di ospedalizzazione consente un aumento della produttività che si traduce in un netto miglioramento del Ssn nel suo complesso. Inoltre, come indicato nel Piano di riorganizzazione di Agenas (*Monitor* 27), gli obiettivi del Regolamento sono basati sull'integrazione dei servizi (punto 2) offerti dalle reti dell'emergenza-urgenza, dell'ospedale e del territorio.

Ma le analogie con il Piano di riorganizzazione elaborato da Agenas, sopra citato, riguardano anche la classificazione delle strutture ospedaliere (punto 2) che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti.

La classificazione va dall'individuazione degli ospedali di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti (punto 2.2), ai Presidi ospedalieri di I e II livello con bacini rispettivamente compresi tra 150.000 e 300.000 e tra 600.000 e 1.200.000 abitanti (punti 2.3-2.4).

La programmazione regionale deve provvedere all'attribuzione delle funzioni di lungodegenza e riabilitazione entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti, di cui almeno 0,2 per la lungodegenza¹⁴ (punto 2.6).

In quest'area dell'Allegato vengono trattati anche quelli che devono essere i rapporti con gli erogatori privati (punto 2.5). Le strutture ospedaliere private sono accreditate, con appositi accordi contrattuali annuali e in base alla programmazione regionale, considerando quanto previsto nelle strutture sopra indicate. Questo presuppone per gli erogatori privati compiti coerenti e di integrazione all'interno della rete ospedaliera. Non solo, viene stabilito che, a partire dal 2015, la soglia di accreditabilità non possa essere inferiore a 60 posti letto per acuti (40 posti letto per strutture facenti parte di un unico gruppo) a esclusione delle strutture monospecialistiche.

Tutto ciò comporta un processo di riconversione e/o fusione, al fine di giungere a una dotazione di posti letto adeguata, tenendo conto che dal primo gennaio 2017 non potranno essere più sottoscritti contratti con strutture accreditate con posti letto compresi tra 40 e 60 posti letto per acuti, che non siano state interessate ad aggregazioni.

L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi (punto 3) relativi ai posti letto, nonché al tasso di ospedalizzazione, vengono riportati insieme agli standard fissati dalla legge sulla revisione della spesa precisando che l'indice di occupa-

14. Le funzioni di riabilitazione sono quelle indicate dal Documento recante il piano di indirizzo per la riabilitazione allegato all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011.

zione dei posti letto deve attestarsi su valori dell'80% con una durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che non deve superare mediamente i 7 giorni.

La riduzione del fabbisogno di posti letto deriva, inoltre, dal percorso che prevede la conversione di ricoveri ordinari in day hospital e la conversione di ricoveri in day hospital in prestazioni territoriali. Inoltre, il numero di strutture complesse ospedaliere è perfettamente compatibile con quanto previsto dal Comitato Lea (17,5 posti letto per struttura complessa).

In merito ai volumi e agli esiti, il Regolamento per la prima volta (se si eccettua il dimensionamento dei punti nascita, che aveva visto un accordo nella Conferenza Stato-Regioni in Conferenza Unificata nel dicembre 2010) individua soglie minime di volume di attività come si vede nella Tabella 1.

Inoltre, prevede che tali soglie, entro 6 mesi dall'emanazione dello stesso Regolamento, vengano monitorate, ridefinite e implementate per volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori.

Riguardo agli standard generali di qualità e dunque i requisiti di autorizzazione e accreditamento, la Conferenza Stato-Regioni ha da poco approvato l'Intesa in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (n. 32/CSR del 19 febbraio 2015). Sempre in tema di standard, ma questa volta di tipo organizzativo, strutturali e tecnologici (punto 6), il Regolamento fissa un'importante rapporto tra il numero di personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale impegnato nei Presidi ospedalieri che non deve superare il 7%.

La parte finale del Regolamento tratta l'articolazione anche delle reti di assistenza del Servizio sanitario nazionale e in particolare le reti ospedaliere, con l'individuazione delle reti per patologie che integrano l'attività ospedaliera (punto 8), dell'emergenza-urgenza ampiamente (punto 9).

Ultimo punto all'interno del Regolamento è la continuità tra le reti dell'assistenza ospedaliera e quella del territorio. Riprendendo l'incipit del punto 10, la riorganizzazione della rete ospedaliera sarà insufficiente se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui assenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale.

A questo riguardo, il Regolamento prevede l'ospedale di comunità, quale possibile tratto d'unione tra la rete ospedaliera e quella del territorio, in riferimento a quanto previsto sia dall'Accordo n. 36 della Conferenza Stato-Regioni del 13 febbraio 2013, recante le linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale, sia dal corposo articolo 5 del Patto per la salute 2014-2016 dedicato all'assistenza territoriale.

L'ADEGUAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA DELLA REGIONE PIEMONTE

In questo paragrafo presento una sintesi di quanto accaduto in Piemonte, una Regione in Piano di rientro dal 29 luglio del 2010, che con due deliberazioni della Giunta regionale ha approvato, rispettivamente a novembre 2014 e gennaio 2015, l'adeguamento della rete ospedaliera secondo gli standard della legge 135/2012, del Patto per la salute 2014-2016 nonché del conseguente Regolamento.

L'adeguamento della rete ospedaliera siglato nel gennaio del 2015 è il frutto di un percorso iniziato il 29 luglio del 2010 con la firma del Piano di rientro dal disavanzo (Dgr n. 1-415 del 2 agosto 2010) sottoscritto, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311 del 20 dicembre 2004 e,

Tabella I  **Bacino di utenza per specialità e pl indicativi per struttura complessa (SC)**

Acu	Area	Diffusione	Specialità	Bacino di utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)*				PL/SC
				Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		
				Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo	
0	1	1	1 Allergologia			2	1	
0	7		2 Day hospital (multispecialistico)					0
0	7		3 Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15	0
0	7		5 Angiologia					0
0	2	1	6 Cardiocirurgia infantile	6	4			16
0	2	1	7 Cardiocirurgia	1	0,5			16
0	1	3	8 Cardiologia	0,3	0,15			20
0	1	2	8 Emodinamica (SS)			0,6	0,3	
0	2	3	9 Chirurgia generale	0,2	0,1			24/32
0	2	1	10 Chirurgia maxillo-facciale	2	1			16
0	2	1	11 Chirurgia pediatrica	2	1			20
0	2	1	12 Chirurgia plastica	2	1			16
0	2	1	13 Chirurgia toracica	1,5	0,8			16
0	2	2	14 Chirurgia vascolare	0,8	0,4			16
0	7		15 Medicina sportiva			Attività territoriale		0
0	1	2	18 Ematologia	0,8	0,4			20
0	1	2	19 Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	0,8	0,4			20
0	1	1	20 Immunologia e centro trapianti			4	2	0
0	1	2	21 Geriatria	0,8	0,4			20
0	1	1	24 Malattie infettive e tropicali	1	0,5			20
0	1	1	25 Medicina del lavoro	2	1			20
0	1	3	26 Medicina generale	0,15	0,075			24/32
0	7		27 Medicina legale			Attività territoriale		0
1	6	1	28 Unità spinale	4	2			20
0	1	2	29 Nefrologia	0,8	0,4			20
0	2	1	30 Neurochirurgia	1	0,5			20
0	3	3	31 Nido					0
0	1	3	32 Neurologia	0,3	0,15			20
0	3	2	33 Neuropsichiatria infantile			0,8	0,3	0
0	2	3	34 Oculistica	0,3	0,15			16
0	2	2	35 Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4			20
0	2	3	36 Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1			24/32
0	3	3	37 Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15			24/32
0	2	3	38 Otorinolaringoiatria	0,3	0,15			16
0	3	3	39 Pediatria	0,3	0,15			20
0	5	3	40 Psichiatria	0,3	0,15			16
0	7		41 Medicina termale			n/a		0
0	7	1	42 Tossicologia			6	4	0
0	2	3	43 Urologia	0,3	0,15			20
0	4	1	46 Grandi ustioni pediatriche					8
0	4	1	47 Grandi ustionati	6	4			8
0	2	1	48 Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2			20
0	4	3	49 Terapia intensiva	0,3	0,15			8

segue **Tabella I**  **Bacino di utenza per specialità e pl indicativi per struttura complessa (SC)**

Acu	Area	Diffusione	Specialità	Bacino di utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)*				PL/SC
				Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		
				Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo	
0	4	3	50 Unità coronarica	0,3	0,15			8
0	4	3	51 Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	0,3	0,15			8
0	1	1	52 Dermatologia	1	0,5			20
0	7	2	54 Emodialisi (vedere anche nefrologia cod. 29)			0,5	0,3	0
0	7		55 Farmacologia clinica			n/a		0
1	6	3	56 Recupero e riabilitazione funzionale	0,07	0,04			24/32
0	1	1	57 Fisiopatologia della riproduzione umana	4	2			20
0	1	2	58 Gastroenterologia	0,8	0,4			20
1	6	3	60 Lungodegenti (vedi medicina generale)					24/32
0	7		61 Medicina nucleare			1	0,5	0
0	3	1	62 Neonatologia (in alternativa a cod. 73)	1	0,5			20
0	1	3	64 Oncologia	0,8	0,4	0,3	0,15	16
0	1		65 Oncoematologia (vedere Ematologia cod. 18)	0				0
0	1	1	66 Oncoematologia pediatrica	4	2			20
0	7		67 Pensionanti (multispecialistico)			n/a		0
0	1	2	68 Pneumologia	0,8	0,4			20
0	7	3	69 Radiologia			0,3	0,15	0
0	1		70 Radioterapia (vedere cod. 74)					0
0	1	1	71 Reumatologia	1	0,5			20
0	4	1	73 Terapia intensiva neonatale	1	0,5			8
0	1	1	74 Radioterapia oncologica			1	0,5	0
1	6	1	75 Neuroriabilitazione	2	1			20
0	2	1	76 Neurochirurgia pediatrica	6	4			20
0	1	1	77 Nefrologia pediatrica	6	4			20
0	2	1	78 Urologia pediatrica	6	4			20
0	7		82 Anestesia e rianimazione (Serv. ambulatoriale vedere cod. 49)			In rapporto all'articolazione della rete dei Pronto soccorso		
0	7		97 Detenuti					0
0	7		98 Day surgery					0
0	7	3	Laboratorio d'analisi			0,3	0,15	0
0	7		DS Direzione sanitaria di presidio			1 SC per hub e spoke, SS nei presidi di base		0
0	7		F Farmacia ospedaliera			1 SC per hub e spoke		
0	7		Servizio trasfusionale			0,3	0,15	
0	7		Microbiologia e virologia			1	0,5	

* Il numero di posti letto, ordinari e day hospital, è indicativo per il pubblico; per il privato si farà riferimento a corrispondenti volumi di attività

successivamente, dell'adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al programma attuativo (Dgr n. 44-1615 del 28 febbraio 2011)¹⁵.

Che la situazione del sistema sanitario piemontese fosse critica, almeno dal punto di vista economico-finanziario, lo testimonia anche il recente documento pubblicato da Agenas (Tabella 2), che, riprendendo i conti della Regione, evidenzia negli anni compresi tra il 2008 e il 2013 un debito del valore di poco al di sotto dei 2 miliardi di euro.

Il 30 dicembre del 2013 la Giunta del Presidente Cota approvava con Dgr n. 25-6992 i Programmi operativi 2013-2015 (PO), tutt'ora in vigore, e iniziava un percorso di implementazione degli stessi attraverso una serie di deliberazioni. Tra queste vi è la Dgr n. 28-7588, del 12 maggio 2014 che, intervenendo sul punto 14.1.1 dei PO "Rete ospedaliera e riconversioni", prevedeva la ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post acuti basandosi sui presupposti della precedente Dgr n. 6-5519 del 14 marzo 2013. Quest'ultima però, secondo i Ministeri dell'economia e della sanità, presentava criticità nella metodologia adottata e i Ministeri hanno evidenziato che gli standard sui posti letto non erano coerenti con quelli stabiliti dal Comitato Lea.

Nel frattempo, con l'approvazione del Patto per la salute 2014-2016, all'articolo 3 si prevede l'adozione di atti quali:

- il Regolamento (ampiamente trattato nel paragrafo precedente);
- l'Intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio;
- un documento di indirizzo con i criteri di appropriatezza dei vari setting riabilitativi.

Questa situazione, coincidente con la nomina della nuova Giunta, ha reso necessaria la sospensione della riorganizzazione della rete ospedaliera, prevista con la Dgr n. 28-7588 del 12 maggio 2014, e la realizzazione di un nuovo iter che ha visto il culmine con due Dgr l'ultima delle quali approvata in data 23 gennaio 2015 Dgr n. 1-924 a oggetto: Integrazione alla Dgr n. 1-600 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la salute 2014-2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo del territorio".

Con tali delibere è stata effettuata una suddivisione del territorio regionale in sei aree omogenee con la rimodulazione della rete di emergenza-urgenza, nonché un efficientamento sia della dotazione di posti letto ospedalieri sia delle specialità cliniche secondo i bacini di utenza previsti nel Regolamento.

La riorganizzazione dell'emergenza-urgenza vedrà la presenza di 38 strutture ospedaliere suddivise secondo quattro livelli di complessità. In particolare sono previsti:

- 8 Presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti;
- 4 Presidi con funzioni di pronto soccorso per zone particolarmente disagiate ovvero distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento o 60 minuti dai Presidi di Pronto soccorso;
- 20 Presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti;
- 6 Presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti.

Per quel che riguarda l'individuazione dei posti letto la Regione, considerata la situazione attuale,

¹⁵.Lo scopo era quello di ottenere la riattribuzione del maggior finanziamento previsto per il 2004, non assegnato per la mancata copertura del disavanzo nei termini previsti dagli Accordi. Il debito rilevato a tutto il 31 dicembre 2004 è pari a 676 mln/euro.

Tabella 2  **Conto economico della Regione Piemonte (2008-2013)**

Conto economico	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fsn indistinto e vincolato	7.440.910	7.673.181	7.754.784	7.843.414	7.886.754	7.809.044
Saldo mobilità positiva	0	0	0	0	6.612	0
Mobilità attiva internazionale	0	0	0	0	0	0
Entrate proprie	268.394	277.948	301.029	302.987	433.047	391.821
Rimborso da aziende farmaceutiche per pay back	17.696	20.190	27.388	34.000	30.368	50.648
Saldo intramoenia	17.300	16.518	15.859	17.420	19.205	16.501
Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione a investimenti	0	0	0	0	-2.223	-14.076
Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	0	0	0	0	-28.084	-6.221
Totale ricavi netti	7.744.300	7.987.837	8.099.060	8.197.821	8.345.679	8.247.717
Personale:						
– personale a TD e TI	2.795.162	2.902.831	2.952.335	2.907.124	2.859.845	2.810.543
– consulenze	83.014	79.352	78.780	62.867	53.488	47.674
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	482.223	522.840	596.586	617.832	612.490	639.312
Beni e servizi:						
– altri beni sanitari	545.291	577.330	580.638	573.460	587.530	569.495
– beni non sanitari	90.725	90.901	91.304	86.602	84.779	74.801
– servizi sanitari	346.718	364.646	367.726	394.937	354.360	329.802
– servizi non sanitari	734.414	752.767	762.943	776.388	832.966	823.245
Ammortamenti e costi capitalizzati	69.105	72.207	71.377	73.955	68.453	57.521
Accantonamenti	61.139	68.691	15.698	22.992	30.011	60.272
Variazione rimanenze	-8.380	-7.792	-7.541	7.872	14.600	396
Totale costi interni	5.199.411	5.423.773	5.509.846	5.524.029	5.498.522	5.413.061
Farmaceutica convenzionata	825.743	832.076	802.202	731.864	673.752	659.236
Medicina convenzionata (Mmg, Pls e Sumai)	503.788	536.597	560.017	557.560	556.708	551.542
Prestazioni da privato:						
– specialistica ambulatoriale	186.402	186.462	195.134	193.289	207.026	180.210
– assistenza riabilitativa	112.094	125.266	134.405	137.513	133.624	132.625
– assistenza integrativa e protesica	203.929	204.717	200.360	187.284	144.577	138.138
– assistenza ospedaliera	536.652	529.760	549.071	524.732	528.015	512.579
– psichiatria residenziale e semiresidenziale	72.652	86.758	92.627	93.647	94.414	93.651
– distribuzione farmaci File F	138	161	4.567	4.052	16.508	23.823
– prestazioni termali in convenzione	3.465	4.098	4.014	3.582	3.178	2.951
– prestazioni di trasporto sanitario	64.694	65.987	68.574	69.232	69.431	70.283
– prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	243.282	271.289	300.078	299.441	299.509	283.616
Mobilità passiva internazionale	0	0	0	0	0	7.756
Saldo mobilità passiva	11.495	19.980	16.897	16.018	0	7.563
Totale costi esterni	2.764.334	2.863.151	2.927.946	2.818.214	2.726.742	2.663.973
Totale costi operativi (costi interni + costi esterni)	7.963.745	8.286.924	8.437.792	8.342.243	8.225.264	8.077.034
Margine operativo	-219.445	-299.087	-338.732	-144.422	120.415	170.683
Svalutazioni immobilizzazioni, crediti, rivalutazioni e svalutazioni finanziarie	443	-2	5.978	1.833	5.611	2.812
Saldo gestione finanziaria	38.993	19.807	18.406	24.967	28.454	31.763
Oneri fiscali	209.573	215.434	219.638	214.615	210.142	205.964
Saldo gestione straordinaria	-32.494	-58.033	-88.273	-32.910	-15.284	-41.506
Totale componenti finanziarie e straordinarie	216.515	177.206	155.749	208.505	228.923	199.033
Totale costi	8.180.260	8.464.130	8.593.541	8.550.748	8.454.187	8.276.067
Risultato di gestione	-435.960	-476.293	-494.481	-352.927	-108.508	-28.350
Contributi da Regione o Province Autonome (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura Lea	363.367	399.328	400.000	280.000	130.000	50.000
Risultato di gestione dopo le coperture	-72.593	-76.965	-94.481	-72.927	21.492	21.650

che vede la presenza di 17.702 posti letto, suddivisi in 13.087 per acuti (2,9 ogni mille abitanti) e 4.615 per post acuti (1,1 ogni mille abitanti) nonché un tasso di ospedalizzazione inferiore allo standard (146), ha deciso di agire su entrambe le tipologie inserendo anche 1.330 posti letto di continuità assistenziale con tariffe inferiori alla lungodegenza (codice 60) e quindi non comprese nei posti letto ospedalieri.

Il risultato programmato vede la diminuzione di 2.238 posti letto (15.464) con la prospettiva, entro massimo il 2018, di raggiungere 2,6 posti letto per mille abitanti per acuti e 0,7 per post acuti, ponendosi, dunque, ben al di sotto dello standard nazionale. Allo stato attuale le delibere non definiscono una dettagliata ubicazione dei posti letto per singoli presidi, ma il cronoprogramma indica entro e non oltre il 31 ottobre 2015 la definitiva collocazione.

Come indicato in precedenza la riorganizzazione ha toccato anche le specialità cliniche secondo il punto 3 del Regolamento che individua bacini di utenza minimi e massimi entro cui collocare le strutture complesse ospedaliere che, non va dimenticato, devono soddisfare anche il requisito gestionale riguardo il numero di posti letto (17,5). Il Piemonte con le delibere sopra citate ne prevede 815 suddivise tra le 667 pubbliche e le 148 private e quindi, anche in questo caso, la riorga-

nizzazione non è stata indolore se si considera che solo le discipline presenti negli ospedali pubblici sono 847.

Dunque, a compimento degli obiettivi, saranno più di 200 i primariati in diminuzione. La progressiva efficienza del sistema, oltre che salvaguardare la centralità del cittadino garantendo l'appropriatezza delle prestazioni offerte, dovrebbe portare anche a minori spese per le casse regionali. Le previsioni stimano nel triennio minori spese per circa 330 milioni di euro annue. Il che significa circa il 10% delle risorse assegnate per l'erogazione dei livelli di assistenza ospedaliera che, per il 2014, sono state pari a 3.407 milioni di euro.

Con queste efficienze si conta di rafforzare l'assistenza territoriale per decongestionare i Dea e i Pronto soccorso. Per fare questo sono stati ipotizzati investimenti per la realizzazione di centri di erogazione delle cure primarie, così come previsti dal Patto per la salute (articolo 5), quali le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le Unità complesse di cure primarie (Uccp); l'incremento di almeno il 40% dell'Assistenza domiciliare integrata nonché la realizzazione di una piattaforma informatica e tecnologica per la gestione del sistema 116-117. Si tratta del numero unico per le cure non urgenti da affiancare al numero 118 di emergenza sanitaria (CSR n. 36/2013).

La riorganizzazione della rete ospedaliera nel Lazio

di **Alessio d'Amato**

Responsabile Cabina di regia del Servizio sanitario regionale del Lazio

La Cabina di regia è una struttura interna al Segretariato generale della Presidenza della Giunta regionale del Lazio e di supporto alla struttura commissariale. Ha il compito di verificare l'attuazione delle politiche regionali e del programma di governo, in raccordo con le competenti strutture regionali, ai fini del miglioramento della qualità e dell'efficacia degli interventi posti in essere per la razionalizzazione e la riqualificazione delle spese per il Servizio sanitario regionale. In particolare, effettua il monitoraggio della realizzazione degli interventi, previsti da leggi e regolamenti regionali e dagli atti di carattere generale adottati dalla Giunta, nei termini e nei modi stabiliti dagli atti stessi, nonché l'analisi successiva del loro impatto sulle dinamiche e sull'evoluzione delle spese per l'erogazione dei servizi di pertinenza del Servizio sanitario regionale, verificando se e in che misura gli obiettivi prefissati sono stati perseguiti e i risultati attesi sono stati raggiunti. Presenta periodicamente alla Giunta un rapporto articolato sulle risultanze dell'analisi effettuata, con l'indicazione delle criticità più significative emerse.

IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA ALLA LUCE DEL REGOLAMENTO

Il decreto di riordino della rete ospedaliera approvato dal Commissario ad acta nel mese di novembre 2014 (decreto n. 412), modifica l'assetto della rete ospedaliera disegnata nel 2010 con il decreto commissariale 80/2010 e s.m.i. che prevedeva, ai sensi del Patto per la salute 2010-2012, uno standard di 4 posti letto per 1.000 abitanti; ridefinisce, inoltre, le afferenze dei PS/Dea di I livello ai Dea di II livello, aggiorna i punti di offerta di alcune reti di specialità secondo un modello hub e spoke, nonché programma, per il biennio 2014-2015, la dotazione dei posti letto per singola struttura. Nell'ambito di tale rivisitazione sono stati confermati i principali requisiti tecnologici e organizzativi previsti nei decreti commissariali del

2010 sulle reti tempo-dipendenti e nel decreto 8/2011 sui requisiti minimi autorizzativi delle strutture sanitarie.

La riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, proposta con il nuovo decreto, è stata definita sulla base di quanto disposto dall'art. 35 della legge 135/2012 (spending review), dalle indicazioni contenute nel Regolamento recante *Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* (seduta del 5 agosto 2014 della Conferenza Stato-Regioni) nonché dal decreto del Commissario ad acta sui nuovi Programmi operativi 2013-2015 (Dca n. U00247/2014).

Nello specifico, le linee di programmazione che ispirano la nuova organizzazione della rete ospedaliera possono essere sintetizzate nei seguenti principi:

- i posti letto (pl) ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Ssr non devono superare il valore di 3,7 per 1.000 abitanti, di cui il 3,0 per 1.000 per acuti, lo 0,5 per la post acuzie riabilitativa e lo 0,2 per la lungodegenza. I posti letto così programmati devono tener conto della correzione per la mobilità così come previsto dall'art. 1, comma 3, del Regolamento;
- il tasso di ospedalizzazione deve attestarsi a un valore soglia di 160 per 1.000 abitanti, di cui il 25% riferito a ricoveri diurni;
- la rete dell'emergenza ospedaliera è organizzata su tre livelli di complessità crescente e dimensionata secondo i rispettivi bacini di popolazione e caratteristiche oro-geografiche;
- l'offerta di specialità più complesse (ad esempio, neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia vascolare, grandi ustionati, emodinamica, chirurgia toracica, maxillo-facciale, plastica) deve rispondere a criteri basati sia sui volumi di attività sia, laddove necessario, sulla tempestività della risposta, fattori che hanno un peso determinante sugli esiti di salute; inoltre, all'interno

dello stesso ambito assistenziale, saranno assicurate integrazioni interaziendali secondo il modello hub e spoke;

- l'organizzazione delle strutture ospedaliere prevede una modalità di funzionamento secondo logiche organizzative dipartimentali e per livelli omogenei di intensità di cure;
- la promozione dell'appropriatezza organizzativa e clinica dei diversi setting assistenziali ospedalieri verrà garantita attraverso il trasferimento di attività dal ricovero ordinario al regime del day hospital e al regime ambulatoriale/territoriale. Gli interventi specifici di programmazione della rete ospedaliera saranno realizzati entro il 31 dicembre 2015; contestualmente alla loro realizzazione è previsto un sistema di monitoraggio basato su indicatori di processo (appropriatezza organizzativa e clinica, volumi di attività) e di esito (mortalità intra ed extra-ospedaliera).

NUOVO ASSETTO DELL'OFFERTA OSPEDALIERA

Il numero di posti letto programmati nel Lazio per il 2014-2015 è pari a 21.592, di cui 17.583 per l'acuzie (15.437 ordinari e 2.146 DH) e 4.009 per la post acuzie (3.754 ordinari e 255 DH), con un rapporto con la popolazione residente pari a 3,00 per 1.000 per acuti e 0,68 per post acuti (Tabella 1). L'offerta ospedaliera per acuti viene riconfigurata a partire dall'elaborazione della rete dell'emergenza-urgenza (caposaldo dell'attività sanitaria), articolata in 6 Presidi sede di Dea di II livello, di cui uno presso l'ospedale pediatrico Bambino Gesù, 21 Dea di I livello e 18 PS. La rete dell'emergenza sarà rivista ed eventualmente rimodulata alla luce dei dati di attività del 2014 per quanto riguarda il numero dei Dea di I livello e i PS, in linea con gli standard previsti dal Regolamento ministeriale del 5 agosto 2014.

Tabella I  **Confronto posti letto presenti e programmati, per tipologia (acuti e post acuti) e comparto (pubblico e privato)**

Tipologia	Posti letto (A)	Posti letto per 1.000 abitanti	Posti letto programmati 2014-2015 (B)	Posti letto programmati 2014-2015 per 1.000 abitanti	Differenza Posti letto (C = B-A)
Acuti	10.956	1,87	10.936	1,86	-20
Riab + Ldg	429	0,07	552	0,09	123
Totale pubblico	11.385	1,94	11.488	1,96	103
Acuti	6.231	1,06	6.192	1,05	-39
Riab + Ldg	3.424	0,58	3.433	0,58	9
Totale privato	9.655	1,64	9.625	1,64	-30
OPBG*	479	0,08	479	0,08	
Totale	21.519	3,67	21.592	3,68	73

Popolazione anagrafica: 5.870.451

* Posti letto utilizzati per la popolazione residente

L'offerta di post acuzie riabilitativa sarà ridefinita con un successivo provvedimento nelle sue quattro articolazioni (riabilitazione intensiva, alta specialità neuro-riabilitativa, mielolesioni e gravi disabilità in età evolutiva) anche alla luce di una rimodulazione dell'offerta extra-ospedaliera di riabilitazione intensiva, estensiva e di mantenimento. Per quanto riguarda l'offerta di posti letto di alta specialità neuro-riabilitativa (codice specialità 75) si terrà anche conto degli standard di fabbisogno previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 2014.

Viene potenziata l'offerta di posti letto di lungodegenza in alcune zone territoriali, come supporto di continuità assistenziale per pazienti fragili e con instabilità clinica moderata dimessi da UUOO di area medica e chirurgica. Nell'intervento sui pl per acuti si sono salvaguardate, e in alcuni presidi potenziate, le specialità connesse con l'area critica: medicina d'urgenza/breve osservazione, terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, Unità di trattamento neurovascolare (Utn).

Allo scopo di assicurare contemporaneamente volumi minimi di attività e appropriatezza degli

interventi, in linea con quanto contenuto nel Regolamento ministeriale, sono stati disattivati alcuni punti di offerta di specialità (neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia vascolare, emodinamica, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica). In particolare, si è tenuto conto sia della loro collocazione all'interno di presidi hub per le reti tempo-dipendenti (Ictus, Trauma grave, Cardiologica e Neonato ad alto rischio) sia di quanto riportato nel Regolamento relativamente alle specialità previste nei Dea di II livello.

Considerata la funzione dei Dea di II livello come centri di riferimento oncologico, cardiologico e neurologico, tali strutture dovranno essere dotate di tomografi PET-TC.

Viene potenziata l'offerta nella provincia: al Santa Maria Goretti (Latina) è programmato il Dea di II livello; per il Dea di I livello dell'Ospedale Belcolle (Viterbo) viene prevista l'apertura dell'Unità di trattamento neurovascolare (Utn), il potenziamento del blocco materno-infantile-pediatrio e dell'emodinamica con adeguamento in tutte le ambulanze Ares della Provincia di un sistema di teletrasmissione del tracciato Ecg.

Figura 1 Confronto tra posti letto presenti e posti letto programmati sull'area metropolitana di Roma

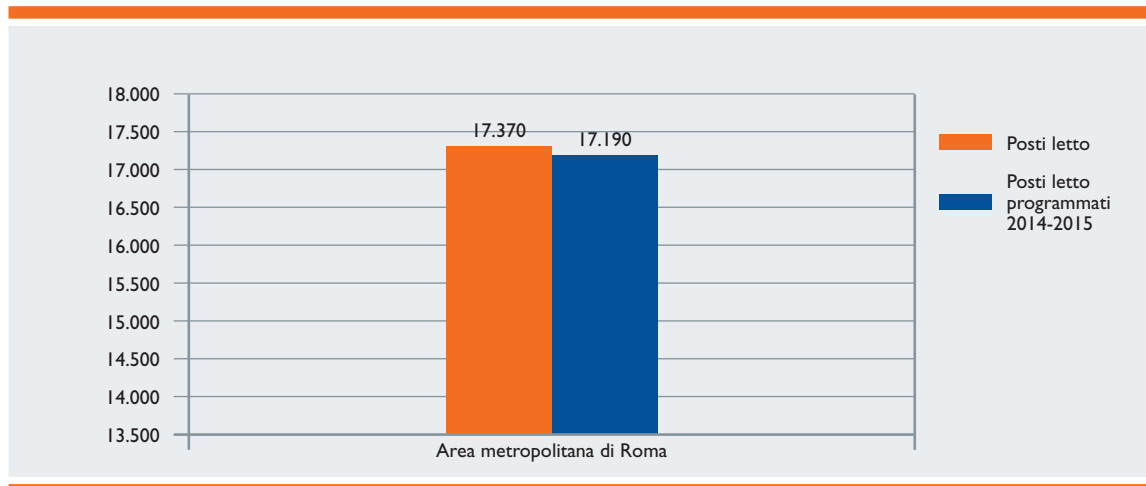
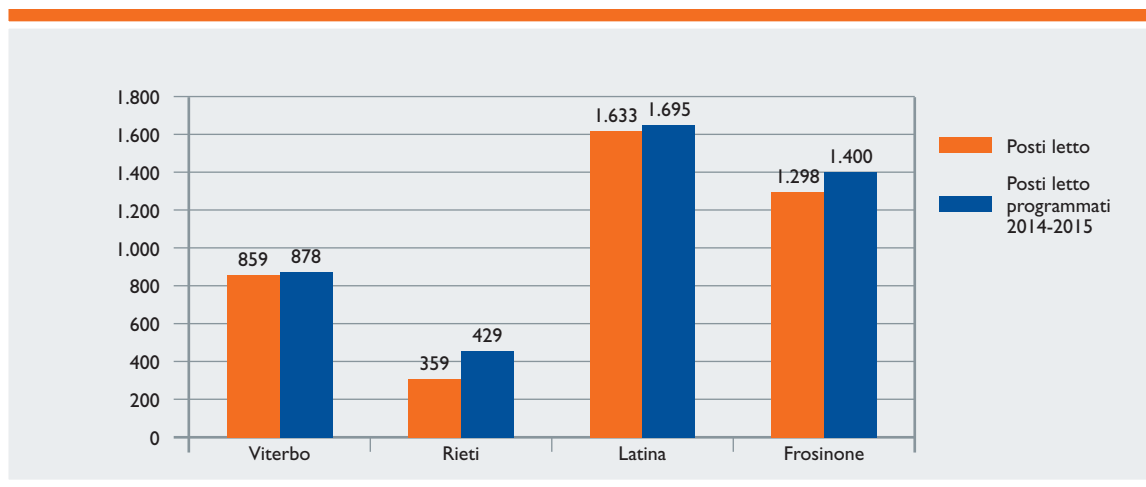


Figura 2 Confronto tra posti letto presenti e posti letto programmati sulle Province



Si prevede l'apertura dell'Unità di trattamento neurovascolare (Utn) sia presso il PO San Camillo de Lellis di Rieti che il PO F. Spaziani di Frosinone. Viene promosso il superamento delle unità operative di ricovero per specialità con programmazione di aree omogenee per livello di complessità assistenziale, come già previsto dal DCA 259/2014 "Approvazione dell'Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio". Le aree assistenziali per *intensità di cura* do-

vanno garantire un'assistenza adeguata in base alla complessità del caso clinico, promuovere l'integrazione di più discipline specialistiche e professionisti, mantenendo comunque invariata la responsabilità professionale dello specialista che segue il paziente durante il suo episodio di ricovero.

Viene prevista l'aggregazione di tutta l'area di ricovero diurno in moduli poli-specialistici di DH medico e chirurgico, a eccezione delle discipline pediatriche e della psichiatria.

Per i posti letto di psichiatria (codice 40) collocati in Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) sono previsti, di norma, moduli di 16 unità (ai sensi del Progetto obiettivo nazionale per la salute mentale 1998-2000 e Progetto obiettivo regionale per la salute mentale 2000-2002).

Le modifiche sulla rete ospedaliera, da realizzare progressivamente entro il 31 dicembre 2015, sono condotte parallelamente e sinergicamente all'attivazione delle Case della salute, del potenziamento della rete delle cure territoriali.

La rete dell'emergenza territoriale e ospedaliera

Il sistema dell'emergenza attualmente operativo nella Regione Lazio risponde, per quanto riguarda le sue funzioni assistenziali, alle linee di indirizzo e/o indicazioni specifiche contenute in documenti e atti normativi nazionali e regionali. La risposta territoriale all'emergenza viene garantita dall'Ares 118, Azienda regionale istituita con legge regionale (LR 9/2004), attraverso le Centrali operative e i mezzi di soccorso (ambulanze, automediche ed eliambulanze); la risposta ospedaliera viene garantita dalla rete dei Presidi ospedalieri (PS, Dea I e Dea II) previsti dal decreto del Commissario ad acta 73/2010 e s.m.i.

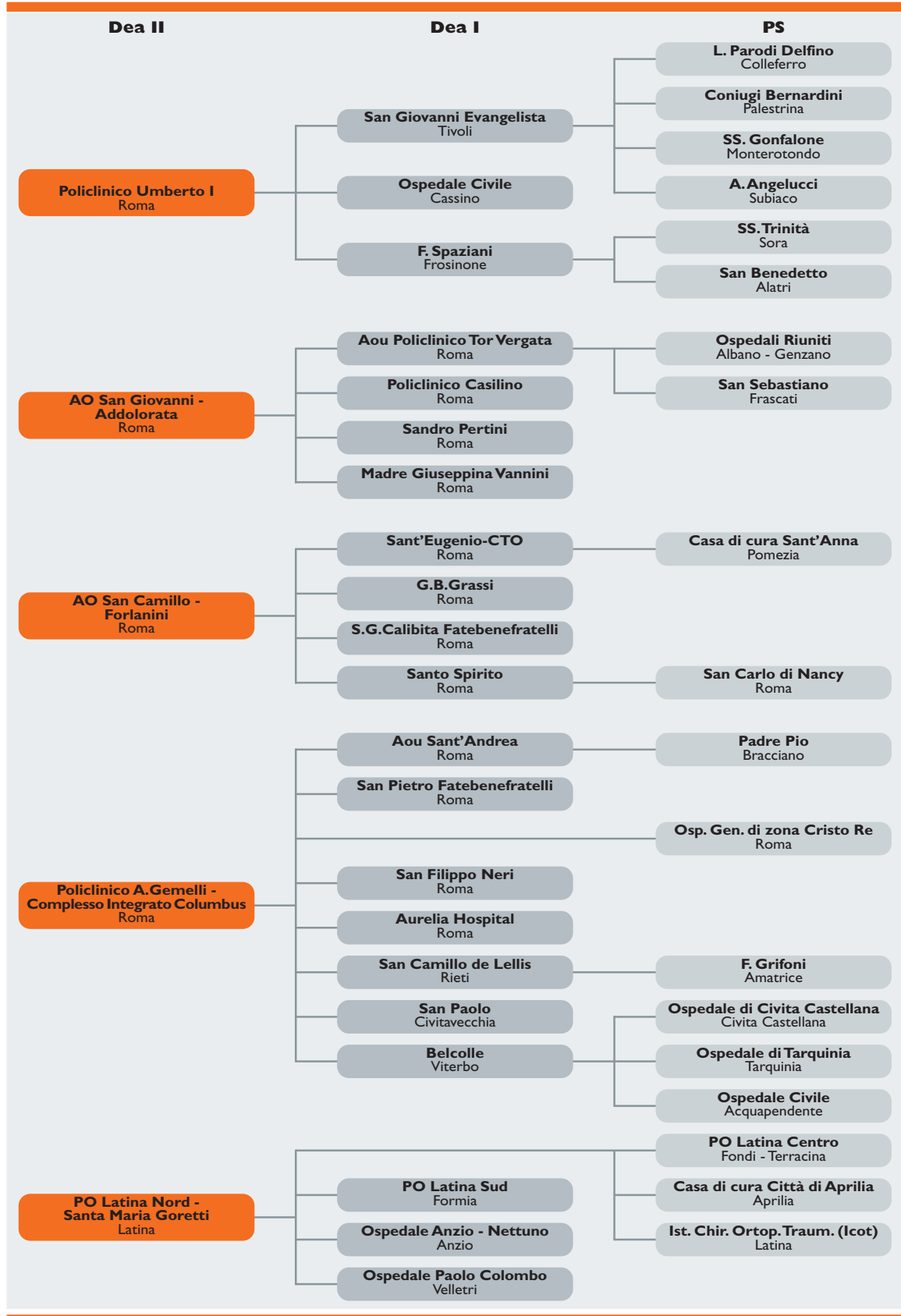
È stato previsto un sistema di coordinamento, posto sotto la responsabilità della Direzione regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria, tra rete dell'emergenza e reti tempo-dipendenti, da riproporre all'interno dei singoli bacini territoriali, con compiti di indirizzo, programmazione, implementazione, monitoraggio e manutenzione.

La riorganizzazione della rete dell'emergenza territoriale e ospedaliera, in coerenza con gli standard nazionali di popolazione e attività, nell'ottica di una migliore distribuzione geografica e ottimizzazione dell'attività, sarà articolata secondo

lo schema illustrato nella Figura 3 e prevede i seguenti interventi:

- riduzione del numero di Centrali operative dell'Ares 118 attive da 7 a 4 da realizzare mediante l'accorpamento della Centrale operativa di Roma Capitale con quella di Roma Provincia, l'accorpamento della CO di Viterbo con quella di Rieti e la soppressione della CO Regionale;
- rimodulazione del numero dei mezzi di soccorso, suddivisi per il territorio di afferenza dei Dea di II livello; il fabbisogno di tali mezzi è determinato in base a quanto indicato dal documento della Conferenza Stato-Regioni del 5 agosto 2014 relativo alla "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- potenziamento della rete di elisuperfici regionali, aggiungendo alle 27 già attive quelle di Amatrice (già realizzata e in attesa di certificazione), Acquapendente (già realizzata e in attesa di certificazione), Ostia, Terracina, Subiaco, Montecitorio e Frosinone. Inoltre è previsto il potenziamento con allargamento alla fascia notturna delle elisuperfici del San Camillo (Dea di II livello), dell'Ospedale di Viterbo (Dea di I livello), del Policlinico Umberto I (Dea di II livello) e dell'ospedale di Latina (sede di II livello);
- affidamento all'Ares del trasporto secondario su tutto il territorio regionale e centralizzazione del servizio con conseguente riduzione della spesa (oggi il servizio è parcellizzato, conseguente riduzione dei mezzi impiegati ed efficientamento dell'utilizzo delle risorse umane impiegate);
- realizzazione su tutto il territorio regionale di un sistema di teletrasmissione del tracciato elettrocardiografico tra i mezzi di soccorso di Ares 118 e le emodinamiche di riferimento, finalizzato sia all'ospedalizzazione del paziente nella struttura più appropriata sia alla riduzione dei trasferimenti secondari;

Figura 3  La nuova organizzazione della rete dell'emergenza territoriale e ospedaliera a regime (giugno 2015)



- estensione in tutti i Dea di I e II livello e nei PS che fanno parte delle reti tempo-dipendenti di un sistema di teletrasmissione di immagini e di teleconsulenza;
- ridefinizione dell'offerta dei Dea di II livello con l'adeguamento a Dea di II livello del Santa Maria Goretti di Latina e avvio del percorso di adeguamento al II livello del Dea del Policlinico Tor Vergata da concludere nel 2016;
- realizzazione nei PS di percorsi clinico-organizzativi separati per intensità di cura, finalizzati a ridurre i tempi di permanenza e rendere più efficienti le attività e migliorare gli esiti;
- completamento dell'attivazione di posti di Obi e realizzazione di percorsi di continuità assistenziale alla dimissione da PS, con conseguente riduzione dei ricoveri.

Inoltre, la nuova rete dell'emergenza territoriale e ospedaliera prevede la riorganizzazione della continuità assistenziale, con riduzione delle centrali dalle attuali 19 allo standard previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e integrazione funzionale con le attività dell'Ares 118, cui sarà affidata anche la loro gestione.

Vengono confermati i quattro hub della rete dell'emergenza pediatrica (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Policlinico Umberto I, Policlinico Gemelli e AO San Camillo-Forlanini) così come previsto dal DCA 73/2010, assicurando che ogni reparto di pediatria sia collocato in un istituto con PS/Dea.

Le reti tempo-dipendenti

La logica che ha ispirato la nuova articolazione delle reti tempo-dipendenti è stata quella di non prevedere la sola individuazione dei centri hub e spoke per i rispettivi bacini di utenza come previsto dal Regolamento ministeriale, ma di prevedere la necessaria integrazione delle singole reti tra i diversi centri coinvolti, attraverso *protocolli operativi* che definiscono procedure, percorsi e verifiche delle attività in termini di volumi e di esiti.

La rete cardiologica

La realizzazione della rete cardiologica è stata avviata con il decreto del Commissario ad acta 74/2010: il modello organizzativo programmato si basa su una rete articolata su diversi livelli di complessità assistenziale, cui corrispondono specifiche tipologie di struttura.

Il quadro attuale (fonte Nsis aggiornata al gennaio 2014) vede la presenza di 3 Dea di II livello (Policlinico Umberto I, Policlinico Gemelli e AO San Camillo-Forlanini) e tre Dea di I livello (Aou Sant'Andrea, AO San Filippo Neri e Policlinico Tor Vergata) come strutture con Utic ad alta tecnologia, emodinamica interventistica h24, un reparto di cardiocirurgia e di chirurgia vascolare. La nuova articolazione della rete cardiologica regionale prevede interventi prioritari che possono essere così sintetizzati:

- assicurare nei centri con cardiologia ed emodinamica, oltre alla disponibilità di erogazione di prestazioni in emergenza-urgenza, anche un adeguato dimensionamento dei posti letto di cardiologia e Utic;
- assicurare che i centri con cardiologia ed emodinamica accolgano comunque trasferimenti appropriati per competenza, indipendentemente dalla loro capacità di ricovero;
- rimodulare l'assetto organizzativo delle cardiologie secondo un modello per intensità di cura, autonomo rispetto all'area medica, che preveda, anche all'interno dei reparti di degenza cardiologica, letti monitorizzati, per garantire da un lato un livello di assistenza sub intensiva, funzionale a un più appropriato uso delle risorse, e dall'altro la messa a punto di una strategia di *back transfer* dai centri hub, per quei pazienti a più basso indice di rischio;
- definire la dotazione strutturale minima per l'inserimento nella rete, basata sulla presenza di un PS/Dea, e articolata con posti letto di cardiologia e Utic dotata di emodinamica e car-

Tabella 2  **Nuovo assetto della rete emergenza cardiologica**

A - Elenco degli istituti con PS/Dea, struttura cardiologica e/o servizio di emodinamica

Asl territoriale	Codice struttura	Istituto	Comune	PS/Dea	PL 2014-2015			
					Cardio	Utic	Cardio-chirurgia	
RMA	120906	AU Policlinico Umberto I	Roma	Dea II	30	10	20	
RMA	120072	San Giovanni Calibita Fatebenefratelli	Roma	Dea I	19	4	-	
RMB	120165	Policlinico Casilino	Roma	Dea I	24	6	-	
RMB	120267	Sandro Pertini	Roma	Dea I	30	8	-	
RMB	120920	Aou Ptv	Roma	Dea I	22	7	20	
RMC	120902	AO San Giovanni - Addolorata	Roma	Dea II	34	10	-	
RMC	120076	Madre Giuseppina Vannini	Roma	Dea I	20	6	-	
RMC	120066	Sant'Eugenio	Roma	Dea I	17	5	-	
RMD	120901	AO San Camillo - Forlanini	Roma	Dea II	54	10	36	
RMD	120061	G. B. Grassi	Roma	Dea I	18	6	-	
RME	120905	Policlinico A. Gemelli e CIC	Roma	Dea II	59	14	21	
RME	120919	Aou Sant'Andrea	Roma	Dea I	18	6	14	
RME	120903	San Filippo Neri	Roma	Dea I	40	8	-	
RME	120026	Santo Spirito	Roma	Dea I	18	6	-	
RME	120180	Aurelia Hospital	Roma	Dea I	20	6	-	
RME	120071	San Pietro Fatebenefratelli	Roma	Dea I	25	6	-	
RMF	120045	San Paolo	Civitavecchia	Dea I	12	4	-	
RMG	120053	San Giovanni Evangelista	Tivoli	Dea I	12	4	-	
RMG	120046	L. Parodi Delfino	Colleferro	PS	12	4	-	
RMH	120043	Ospedale Anzio - Nettuno	Anzio	Dea I	14	4	-	
RMH	120044	Ospedali Riuniti	Albano/Genzano	PS	12	4	-	
RMH	120047	San Sebastiano	Frascati	PS	10	3	-	
RMH	120134	Casa di cura Sant'Anna	Pomezia	PS	12	4	-	
VT	120271	Belcolle	Viterbo	Dea I	21	6	-	
RI	120019	San Camillo de Lellis	Rieti	Dea I	20	6	-	
LT	120200	Santa Maria Goretti	Latina	Dea II	30	8	-	
LT	120206	Dono Svizzero	Formia	Dea I	14	4	-	
FR	120216	F. Spaziani	Frosinone	Dea I	30	8	-	
FR	120228	Ospedale Civile	Cassino	Dea I	12	4	-	
FR	120226	SS. Trinità	Sora	PS	12	4	-	

La riorganizzazione della rete ospedaliera nel Lazio

Istituto	Emodinamica			Ima 2013 (ricoveri)		Ptca 2013 (ricoveri)				Ptca 2013 (interventi)
	Servizio	Rete E.T.*	Servizio di afferenza	Totale	di cui Stemi	Totale	di cui in No Ima	di cui in Ima	% Ptca in Ima	
AU Policlinico Umberto I	SI	h24	-	389	253	705	407	298	42,3	812
San Giovanni Calibita Fatebenefratelli	-	-	Santo Spirito	109	28	107	66	41	38,3	111
Policlinico Casilino	SI	h24	-	383	146	626	351	275	43,9	702
Sandro Pertini	SI	h24	-	449	205	438	156	282	64,4	468
Aou Ptv	SI	h24	-	687	379	917	401	516	56,3	952
AO San Giovanni - Addolorata	SI	h24	-	370	190	432	196	236	54,6	456
Madre Giuseppina Vannini	SI	h24	-	387	173	452	221	231	51,1	459
Sant'Eugenio	SI	h24	-	317	125	338	153	185	54,7	338
AO San Camillo - Forlanini	SI	h24	-	575	271	686	336	350	51,0	723
G. B. Grassi	SI	h24	-	371	162	321	110	211	65,7	328
Policlinico A. Gemelli e CIC	SI	h24	-	553	286	802	403	399	49,8	844
Aou Sant'Andrea	SI	h24	-	305	144	463	234	229	49,5	478
San Filippo Neri	SI	h24	-	546	144	680	412	268	39,4	705
Santo Spirito	SI	h24	-	557	175	424	99	325	76,7	498
Aurelia Hospital	-	-	Policlinico Gemelli	272	102	289	129	160	55,4	290
San Pietro Fatebenefratelli	-	-	S. Andrea	183	99	422	291	131	31,0	428
San Paolo	-	-	Policlinico Gemelli	172	32	-	-	-	-	-
San Giovanni Evangelista	SI	h24	-	165	25	41	23	18	43,9	44
L. Parodi Delfino	-	-	Tivoli	131	21	-	-	-	-	-
Ospedale Anzio - Nettuno	-	-	S. Maria Goretti	160	38	-	-	-	-	-
Ospedali Riuniti	-	-	Ptv	116	6	-	-	-	-	-
San Sebastiano	-	-	Ptv	101	14	-	-	-	-	-
Casa di cura Sant'Anna	-	-	S. Eugenio	91	25	2	-	2	100,0	2
Belcolle	SI	h24	-	464	174	340	73	267	78,5	358
San Camillo de Lellis	SI	h24	-	265	147	291	132	159	54,6	312
Santa Maria Goretti	SI	h24	-	712	361	635	127	508	80,0	716
Dono Svizzero	SI	h12	S. Maria Goretti (20-8)	290	114	181	56	125	69,1	190
F. Spaziani	SI	h24	-	691	297	505	83	422	83,6	509
Ospedale Civile	-	-	F. Spaziani	102	8	-	-	-	-	-
SS. Trinità	-	-	F. Spaziani	177	32	-	-	-	-	-

* Rete dell'emergenza territoriale

segue **Tabella 2**  **Nuovo assetto della rete emergenza cardiologica**

B - Elenco degli istituti con struttura cardiologica senza PS/Dea o con PS/Dea senza struttura cardiologica

Asl territoriale	Codice struttura	Istituto	Comune	PS/Dea	PL 2014-2015			
					Cardio	Utic	Cardio-chirurgia	
RMB	120166	Nuova Itor	Roma	-	9	4	-	
RMC	120915	Campus Biomedico	Roma	-	16	3	10	
RMD	120173	European Hospital	Roma	-	9	8	22	
RMD	120171	Città di Roma	Roma	-	12	4	-	
RME	120074	Cristo Re	Roma	PS	-	-	-	
RME	120073	San Carlo Nancy	Roma	PS	-	-	-	
RMF	120059	Padre Pio	Bracciano	PS	-	-	-	
RMG	120051	Coniugi Bernardini	Palestrina	PS	-	-	-	
RMG	120049	SS. Gonfalone	Monterotondo	PS	-	-	-	
RMG	120052	A. Angelucci	Subiaco	PS	-	-	-	
RMH	120054	Ospedale Paolo Colombo	Velletri	Dea I	-	-	-	
VT	120003	Ospedale di Civita Castellana	Civita Castellana	PS	-	-	-	
VT	120007	Ospedale di Tarquinia	Tarquinia	PS	-	-	-	
LT	120215	Casa di Cura Città di Aprilia	Aprilia	PS	-	-	-	
LT	12020401	A. Fiorini	Terracina	PS	-	-	-	
LT	12020402	San Giovanni di Dio	Fondi		-	-	-	
FR	120217	San Benedetto	Alatri	PS	-	-	-	

diocirurgia, con e senza emodinamica con un rapporto funzionale di 3:1 pl;

- definire criteri identificativi delle strutture cardiologiche con emodinamica basati sul fabbisogno in termini di numero di infarti e numero minimo di trattamenti di Pci e sulla loro localizzazione geografica, intesa come distanza e tempi di percorrenza al *centro di riferimento*, in virtù del diritto di equità di accesso alle cure;
- i laboratori di emodinamica, in accordo con quanto stabilito, dovranno essere innanzitutto attivi h24 e avere un volume minimo di Ima

non inferiore a 300 e di Ptca non inferiore a 400 Ptca/anno;

- favorire l'estensione della teletrasmissione Ecg e teleconsulto da postazioni *fisse e mobili*;
- assicurare percorsi veloci *fast-track* e modalità di collegamento ai centri più appropriati rispetto a quelli più vicini.

Interventi prioritari

- Attivazione del Piano da parte dell'Ares 118 dell'estensione del sistema di telemedicina/teleconsulenza per la lettura dei tracciati Ecg.

Istituto	Emodinamica			Ima 2013 (ricoveri)		Ptca 2013 (ricoveri)				Ptca 2013 (interventi)
	Servizio	Rete E.T.*	Servizio di afferenza	Totale	di cui Stemi	Totale	di cui in No Ima	di cui in Ima	% Ptca in Ima	
Nuova Itor	-	-	-	199	154	-	-	-	-	-
Campus Biomedico	SI	-	-	102	24	426	367	59	13,8	434
European Hospital	SI	-	-	97	8	501	409	92	18,4	504
Città di Roma	-	-	-	90	10	-	-	-	-	-
Cristo Re	-	-	Policlinico Gemelli	9	3	-	-	-	-	-
San Carlo Nancy	-	-	Santo Spirito	20	4	-	-	-	-	-
Padre Pio	-	-	S. Andrea	38	7	-	-	-	-	-
Coniugi Bernardini	-	-	Tivoli	16	-	-	-	-	-	-
SS. Gonfalone	-	-	S. Andrea	6	3	-	-	-	-	-
A. Angelucci	-	-	Tivoli	11	3	-	-	-	-	-
Ospedale Paolo Colombo	-	-	S. Maria Goretti	79	8	-	-	-	-	-
Ospedale di Civita Castellana	-	-	Belcolle	16	6	-	-	-	-	-
Ospedale di Tarquinia	-	-	Belcolle	22	-	-	-	-	-	-
Casa di Cura Città di Aprilia	-	-	S. Maria Goretti	41	9	-	-	-	-	-
A. Fiorini	-	-	S. Maria Goretti	23	6	-	-	-	-	-
San Giovanni di Dio	-	-	S. Maria Goretti	12	7	-	-	-	-	-
San Benedetto	-	-	F. Spaziani	2	2	-	-	-	-	-

* Rete dell'emergenza territoriale

- Ridefinizione entro il 30 giugno 2015 dell'assetto della rete come riportato in Tabella 2.
- L'assetto della rete dell'emergenza cardiocirurgica è riconfigurata con i 4 centri di riferimento previsti dal Dca 74/2010: Policlinico Umberto I, Policlinico Tor Vergata (Ptv), AO San Camillo-Forlanini e Policlinico Gemelli. Al Policlinico Umberto I afferisce il bacino territoriale delle Asl Roma A e Roma G con relative strutture ospedaliere; al Ptv afferisce il bacino territoriale e relative strutture ospedaliere delle Asl Roma B, C (a esclusione del

Sant'Eugenio), H (Distretti 1, 2, 3, 5) e Frosinone; all'AO San Camillo-Forlanini afferisce il bacino territoriale e le strutture ospedaliere delle Asl Roma D, H (Distretti 4 e 6), Asl Latina e ospedali Santo Spirito e Sant'Eugenio; al Policlinico Gemelli afferiscono le restanti strutture delle Asl Roma E, F, Rieti e Viterbo. La Cardiocirurgia collocata presso l'Azienda Sant'Andrea mantiene la sua funzione nella rete dell'emergenza per i pazienti che direttamente afferiscono al proprio Dea con mezzi propri.

Tabella 3  **Nuovo assetto della rete trauma grave e neurotrauma**

Asl territoriale	Codice struttura	Istituto	Comune	PS/Dea	Livello
RMA	I20906	AU Policlinico Umberto I	Roma	Dea II	Cts
RMB	120267	Sandro Pertini	Roma	Dea I	Pst
RMB	120165	Policlinico Casilino	Roma	Dea I	Pst
RMC	120902	AO San Giovanni - Addolorata	Roma	Dea II	Ctz
RMG	120053	San Giovanni Evangelista	Tivoli	Dea I	Pst
RMG	120046	L. Parodi Delfino	Colleferro	PS	Pst
RMG	120051	Coniugi Bernardini	Palestrina	PS	Pst
FR	120216	PO Unificato Frosinone - Alatri	Frosinone	Dea I	Ctz
FR	120228	Ospedale Civile	Cassino	Dea I	Pst
FR	120226	SS. Trinità	Sora	PS	Pst
RMB	120920	Aou Ptv	Roma	Dea I	Ctz
RMC	120076	Madre Giuseppina Vannini	Roma	Dea I	Pst
RME	I20905	AU Policlinico Agostino Gemelli	Roma	Dea II	Cts
RME	120919	Aou Sant'Andrea	Roma	Dea I	Pst
RME	120903	San Filippo Neri	Roma	Dea I	Pst
RME	120071	San Pietro Fatebenefratelli	Roma	Dea I	Pst
RMF	120045	San Paolo	Civitavecchia	Dea I	Pst
RI	120019	San Camillo de Lellis	Rieti	Dea I	Pst
VT	120271	Belcolle	Viterbo	Dea I	Ctz
RMD	I20901	AO San Camillo-Forlanini	Roma	Dea II	Cts
RMA	120072	S.G. Calibita Fatebenefratelli	Roma	Dea I	Pst
RMC	120066	Sant'Eugenio	Roma	Dea I	Ctz
RMD	120061	G. B. Grassi	Roma	Dea I	Pst
RME	120026	Santo Spirito	Roma	Dea I	Pst
RMH	120043	Ospedale Anzio - Nettuno	Anzio	Dea I	Pst
RMH	120054	Ospedale Paolo Colombo	Velletri	Dea I	Pst
RMH	120044	Ospedali Riuniti	Albano/Genzano	PS	Pst (Albano)
RMH	120047	San Sebastiano	Frascati	PS	Pst
LT	120200	Santa Maria Goretti	Latina	Dea II	Ctz
LT	120206	Dono Svizzero	Formia	Dea I	Pst
LT	12020401	A. Fiorini	Terracina	PS	Pst (Terr.)
LT	12020402	San Giovanni di Dio	Fondi		
LT	120215	Casa di cura Città di Aprilia	Aprilia	PS	Pst
LT	120212	Ist. Chir. Ort. Traum. (Icot)	Latina	PS Spec.	Pst

- Attribuzione ai Direttori generali delle Aziende sanitarie, ospedaliere e universitarie dell'obiettivo *Qualità ed esito delle cure* riguardante l'aumento della proporzione di episodi di Stemi, trattati con Ptca primaria entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero.

La rete trauma grave e neurotrauma

Con il decreto 76/2010, la Regione Lazio ha approvato la riorganizzazione della rete assistenziale del trauma grave e neuro-trauma progettata secondo il modello hub e spoke, con un'articolazione territoriale su tre macroaree e una distinzione dei centri in tre livelli: Pronto soccorso traumatologico (Pst), Centro trauma di zona (Ctz), Centro trauma specialistico (Cts hub).

Attualmente sono previsti 3 Cts (Policlinico Umberto I, Policlinico Gemelli e AO San Camillo Forlanini), 5 Ctz (PO Santa Maria Goretti di Latina, PO Spaziani di Frosinone, PO Belcolle di Viterbo, Aou Ptv, PO Sant'Eugenio) e 17 Pst.

Il riordino della rete trauma e trauma grave, in linea con l'indicazione del Regolamento ministeriale del 5 agosto 2014, per quanto riguarda i bacini di utenza prevede i seguenti interventi prioritari:

- il riordino della rete regionale per trauma grave e neurotrauma prevede la conferma degli attuali tre (3) centri traumi specializzati (Cts), la rimodulazione dei centri traumi di zona (Ctz) e l'individuazione di 24 Pronto soccorso trauma definiti per un numero di accessi annui superiore a 25.000 o in quanto PS specialistico;
- è prevista a regime la centralizzazione primaria verso i tre Ctz mediante l'implementazione con l'Ares 118 di protocolli per il trasferimento primario di pazienti con codice rosso e giallo con diagnosi di trauma grave e neurotrauma per l'area metropolitana e verso i Ctz per le aree extra metropolitane;
- revisione dei Percorsi clinico-assistenziali dell'emergenza (Pcae) per trauma;
- gestione ottimale dei posti letto ad alta intensità attraverso posti letto di terapia sub intensiva dedicati e integrazione con la rete della riabilitazione;
- condivisione dei percorsi di cura tra la fase acuta e sub acuta tra i Cts e le unità di neuro-riabilitazione e spinale unipolare per la gestione dei pazienti con esiti di trauma grave con esiti di grave cerebro-lesione acquisita (Gsa);
- implementazione di un percorso su Pcae rivolto a tutti gli operatori dei centri Cts e Cts.

La rete ictus

Con il decreto 75/2010 la Regione Lazio ha approvato la riorganizzazione della rete assistenziale dell'ictus prevista dalla Dgr 420/2007, progettandola secondo il modello hub e spoke. Tale modello prevedeva un'articolazione territoriale su quattro ambiti territoriali (Aree) e una distinzione dei centri in tre livelli: Ospedale con presenza di un Team neurovascolare/Pronto soccorso esperto (Tnv/Pse) per cui sono state individuate 19 strutture, Ospedale con una Unità di trattamento neurovascolare di primo livello (Utn I) per cui sono state individuate 11 strutture e Ospedale con una Unità di trattamento neurovascolare di secondo livello (Utn II hub) per cui sono state individuate 4 strutture. Per ogni Utn II e I era previsto un modulo, rispettivamente di 8 e 6 posti letto.

Le indicazioni previste dal decreto 75/2010 con la nuova organizzazione vengono confermate, superando però alcune criticità rilevate in corso di attuazione, in particolare come descritto di seguito.

- Attivare l'intera rete ictus entro il 2015 con adeguamento dei requisiti previsti dal decreto 8/2011 (requisiti autorizzativi e di accreditamento delle strutture sanitarie). Per dare impulso all'avvio della rete ictus (praticamente inattuata a tutto il 2013) sono stati previsti in-

Tabella 4  **Nuovo assetto della rete ictus**

Asl territoriale	Codice struttura	Istituto	Comune	PS/Dea	Livello nella rete	Afferenza per PS senza Tnv/Pse
RMB	120920	AU Ptv	Roma	Dea I	Utn II	
RMB	120165	Policlinico Casilino	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RMC	120076	Madre Giuseppina Vannini	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RMH	120044	Ospedali Riuniti	Albano/Genzano	PS	Tnv/Pse	
RMH	120047	San Sebastiano	Frascati	PS	Tnv/Pse	
RMH	120054	Ospedale Paolo Colombo	Velletri	Dea I	Tnv/Pse	
FR	120216	PO Unificato Frosinone-Alatri	Frosinone/Alatri	Dea I	Utn I	
FR	120226	SS. Trinità	Sora	PS	Tnv/Pse	
FR	120228	Ospedale Civile	Cassino	Dea I	Tnv/Pse	
RMA	120906	AU Policlinico Umberto I	Roma	Dea II	Utn II	
RMB	120267	Sandro Pertini	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RMC	120902	AO San Giovanni - Addolorata	Roma	Dea II	Utn I	
RMG	120053	San Giovanni Evangelista	Tivoli	Dea I	Tnv/Pse	
RMG	120052	A. Angelucci	Subiaco	PS	-	AU Policlinico Umberto I
RMG	120049	SS. Gonfalone	Monterotondo	PS	-	AU Policlinico Umberto I
RMG	120046	L.Parodi Delfino	Colleferro	PS	Tnv/Pse	
RMG	120051	Coniugi Bernardini	Palestrina	PS	Tnv/Pse	
RMD	120901	AO San Camillo-Forlanini	Roma	Dea II	Utn II	
RMA	120072	S.G. Calibita Fatebenefratelli	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RMC	120066	Sant'Eugenio	Roma	Dea I	Utn I	
RMD	120061	G. B. Grassi	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RME	120026	Santo Spirito	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RME	120073	San Carlo di Nancy	Roma	PS	-	AO San Camillo - Forlanini
RMH	120134	Casa di Cura Sant'Anna	Pomezia	PS	Tnv/Pse	
RMH	120043	Ospedale Anzio - Nettuno	Anzio	Dea I	Tnv/Pse	
LT	120200	Santa Maria Goretti	Latina	Dea II	Utn I	
LT	120215	Casa di Cura Città di Aprilia	Aprilia	PS	Tnv/Pse	
LT	120206	Dono Svizzero	Formia	Dea I	Tnv/Pse	
LT	12020401	A. Fiorini	Terracina	PS	Tnv/Pse	
LT	12020402	San Giovanni di Dio	Fondi			

segue **Tabella 4**  **Nuovo assetto della rete ictus**

Asl territoriale	Codice struttura	Istituto	Comune	PS/Dea	Livello nella rete	Afferenza per PS senza Tnv/Pse
RME	120905	AU Policlinico A. Gemelli	Roma	Dea II	Utn II	
RME	120919	Aou Sant'Andrea	Roma	Dea I	Utn I	
RME	120903	PO San Filippo Neri	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RME	120074	Ospedale Generale di Zona Cristo Re	Roma	PS	-	AU Policlinico A. Gemelli
RME	120071	San Pietro Fatebenefratelli	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RME	120180	Aurelia Hospital	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RMF	120059	Padre Pio	Bracciano	PS	-	Aou Sant'Andrea
RMF	120045	San Paolo	Civitavecchia	Dea I	Tnv/Pse	
VT	120271	Belcolle	Viterbo	Dea I	Utn I	
VT	120003	Ospedale di Civita Castellana	Civita Castellana	PS	-	Belcolle
VT	120007	Ospedale di Tarquinia	Tarquinia	PS	-	Belcolle
RI	120019	San Camillo de Lellis	Rieti	Dea I	Utn I	

contri almeno semestrali tra le strutture identificate come Unità di trattamento neurovascolare di tipo II e le strutture afferenti sedi di Utn I e di Team neurovascolare (Tnv).

- Avvio di una formazione allargata a tutti gli operatori dei PS/Dea sede di Utn I presso i centri hub.
- Adeguamento, entro il 30 giugno 2015, di tutti i centri previsti dal decreto 75/2010 e dal Regolamento. Così come previsto dal decreto 75 viene confermata la presenza di 4 Utn II, sede di Dea di II o I livello e tutte con reparto di neurochirurgia. Alla rete del Ptv afferiscono due istituti delle Asl Roma B e C, alcuni della Roma H e quelli della Asl di Frosinone il cui ospedale provinciale svolge il ruolo di Utn I. Alla rete del Policlinico Umberto I afferiscono due istituti delle Asl Roma B e C e quelli dell'Asl Roma G. Alla rete del San Camillo - Forlanini afferiscono tre istituti delle Asl Roma A, C e D, alcuni della Roma H e quelli della Asl

di Latina. In quest'area due istituti che si caratterizzano per un elevato numero di accessi (Sant'Eugenio e Santa Maria Goretti) svolgono il ruolo di Utn I. Alla rete del Policlinico Gemelli afferiscono la gran parte degli istituti della Roma E e quelli della Asl Roma F, Viterbo e di Rieti. In quest'area il Sant'Andrea e i due ospedali di provincia svolgono un ruolo di Utn I.

- Entro gennaio 2015 attivazione della Utn presso il PO Sant'Eugenio; entro giugno 2015 apertura dell'Utn presso il PO San Camillo de Lellis di Rieti, il PO F. Spaziani di Frosinone, il PO Belcolle di Viterbo e il Santa Maria Goretti di Latina.
- Entro dicembre 2015, messa a regime per ciascuna delle quattro reti di un sistema regionale per la trasmissione di immagini e la consulenza a distanza, già in fase di avanzata sperimentazione in alcune Utn II come il Policlinico Umberto I con l'ospedale di Tivoli.

La rete perinatale

Con il decreto del Commissario ad acta 56/2010 è stato avviato il percorso di riorganizzazione della rete perinatale ospedaliera. Il modello organizzativo programmato si basava su tre distinti livelli di complessità assistenziale: I, II e III livello, cui corrispondevano specifici assetti strutturali, tecnologici e organizzativi.

Il decreto 56/2010 prevedeva che le strutture di I livello dovessero assicurare assistenza alla gravidanza, parto e neonati fisiologici, quelle di II livello cure intermedie con un reparto di patologia neonatale e quelle di III assistenza a gravidanze e parti ad alto rischio e a neonati che necessitano di cure intensive. Tale modello prevedeva che la struttura di livello maggiore dovesse garantire anche le funzioni del livello inferiore.

Il nuovo riordino della rete perinatale è stato adottato in linea con le *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*, approvate nel dicembre del 2010 dalla Conferenza unificata Stato-Regioni. I principali interventi previsti per il riordino della rete perinatale possono essere così sintetizzati:

- rimodulazione della rete, riconducendo a due livelli (I e II) i precedenti tre livelli assistenziali previsti dal decreto 56/2010;
 - concentrazione dell'offerta attraverso la chiusura di Unità con un volume di attività ostetrica inferiore a 500 parti per arrivare tendenzialmente, entro il 2016, a un assetto caratterizzato dalla presenza di Unità con un volume minimo di 1.000 parti/anno;
 - progressivo adeguamento dei posti letto di Terapia intensiva neonatale al fabbisogno previsto, verificando l'adeguato rapporto fra pl di terapia intensiva con quelli di sub-intensiva;
 - tempestivo riferimento delle gravidanze a rischio verso centri di livello adeguato sia in condizioni di urgenza che di non urgenza.
- Entro il 2015 sono previsti una serie di interventi specifici per superare le attuali criticità e rispondere alle indicazioni di cui all'accordo del dicembre 2010. In particolare è previsto che:
- entro il 31 dicembre 2015, la rete viene riorganizzata su due livelli di cura rispetto ai tre attuali, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 sul percorso nascita;
 - entro il 30 giugno 2015, l'accorpamento della UO ostetrica/neonatalogica di Monterotondo (419 nati nel 2013 con un indice di migrazione del 70% delle gravidanze residenti nel distretto G1) con la rispettiva UO di Tivoli (Asl Roma G);
 - entro il 30 giugno 2015, l'accorpamento della UO ostetrica/neonatalogica di Collesferro (407 nati nel 2013) con la rispettiva UO di Palestrina (Asl Roma G);
 - entro il 30 giugno 2015, la chiusura della Unità ostetrica/neonatalogica di Tarquinia (Asl Viterbo) e contestuale qualificazione di quella di Civitavecchia, unico punto nascita della Asl Roma F; nel Presidio ospedaliero di Tarquinia si mantiene l'attività ostetrica come Casa di maternità intraospedaliera;
 - entro il 30 giugno 2015, l'accorpamento della UO ostetrica/neonatalogica di Alatri (576 nati nel 2013 con un indice di migrazione del 46% delle gravidanze residenti nel distretto FR-A e a una distanza di 14 chilometri dall'Ospedale provinciale) con la rispettiva UO di Frosinone; nel Presidio ospedaliero di Alatri si mantiene l'attività ostetrica come Casa di maternità intraospedaliera;
 - entro il 31 marzo 2015, la verifica del numero di nascite 2014 nelle strutture private accreditate; a partire dal secondo semestre 2015, non contrattualizzazione dell'attività ostetrica-neonatalogica per le strutture che documentano dal

Box I  **Il Servizio di trasporto emergenza neonatale (Sten)**

Il servizio è oggi formalizzato come Centro di riferimento regionale per l'emergenza neonatale presso la Clinica Pediatrica dell'Azienda ospedaliera Policlinico Umberto I di Roma.

Obiettivi dello Sten. Garantire la migliore assistenza e stabilizzazione del neonato al centro trasferente, con standard strutturali e funzionali più adeguati per ridurre il rischio aggiuntivo del deterioramento clinico durante il trasporto.

Organizzazione del servizio. Il servizio effettua i trasferimenti di neonati patologici dai centri di tutta la Regione Lazio e dagli aeroporti (neonati aviotraspor-

tati da altre regioni) verso le terapie intensive e sub intensive neonatali, reparti di chirurgia neonatale, cardio-chirurgia e neuro-chirurgia.

Il servizio è dotato di due mezzi di soccorso avanzato dedicati, 4 sistemi incubatrice da trasporto neonatale (Sit). Il team di trasporto *dedicato* attuale è composto da 7 medici neonatologi, 8 infermieri con esperienza di rianimazione neonatale, da personale ausiliario-tecnico e da autisti. Il trasporto è attivo 24h/24h.

Il servizio è operativo presso il Policlinico Umberto I di Roma e l'Ospedale Bambino Gesù di Roma.

Volume attività	Anno 2013
Trasferimenti per motivo medico	795
Trasferimenti per motivo chirurgico	314
Trasferimenti A/R	32
Backtransport	16
Media giornaliera trasporti	3,3
Media minuti tempo/trasferimento	150,6

Sistema informativo ospedaliero un volume di nati inferiore a 500;

- promozione dei 10 passi dell'iniziativa Oms/Unicef *Ospedale Amico del Bambino* in tutte le UO perinatali pubbliche e private con identificazione entro il 31 marzo 2015 di un referente dei 10 passi;

- entro il 31 dicembre 2015, l'adeguamento dell'offerta regionale dei pl di Utin allo standard di 1 pl ogni 750 nati (la dotazione programmata è comprensiva dei pl di terapia sub-intensiva);
- entro il 31 dicembre 2015, l'attivazione di una UO di II livello a Latina.

Tabella 5  Nuovo assetto della rete perinatale

Asl territoriale	Codice struttura	Istituto	Comune	PS/Dea	Nati 2013	Livello	PL ostetricia
RMA	120906	Policlinico Umberto I	Roma	Dea II	1.602	II	31
RMA	120072	San Giovanni Calibita Fatebenefratelli	Roma	Dea I	4.172	II	48
RMG	120053	San Giovanni Evangelista	Tivoli	Dea I	769	I	25
RMG	120051	Coniugi Bernardini	Palestrina	PS	628	I	25
RMG	120046	L. Parodi Delfino	Colleferro	PS	409	-	-
RMG	120049	SS. Gonfalone	Monterotondo	PS	419	-	-
FR	120216	F. Spaziani	Frosinone	Dea I	906	I	34
FR	120217	San Benedetto	Alatri	PS	576	-	-
FR	120228	Ospedale Civile	Cassino	Dea I	754	I	15
FR	120226	SS. Trinità	Sora	PS	818	I	15
RMC	120902	AO San Giovanni - Addolorata	Roma	Dea II	1.642	II	38
RMB	120165	Policlinico Casilino	Roma	Dea I	2.258	II	31
RMB	120267	Sandro Pertini	Roma	Dea I	1.237	I	27
RMC	120157	Fabia Mater	Roma	-	1.963	I	28
RMC	120076	Madre Giuseppina Vannini	Roma	Dea I	744	I	22
RMH	120044	Ospedali Riuniti	Albano/Genzano	PS	887	I	22
RMH	120048	San Giuseppe	Marino	-	164	-	-
RMH	120054	Ospedale Paolo Colombo	Velletri	Dea I	563	I	19
RMD	120901	AO San Camillo - Forlanini	Roma	Dea II	3.151	II	52
RMC	120066	Sant'Eugenio	Roma	Dea I	998	II	12
RMD	120061	G. B. Grassi	Roma	Dea I	1.937	I	25
RMD	120171	Città di Roma	Roma	-	1.845	I	19
RMD	120113	Casa di cura Villa Pia	Roma	-	335	-	-
RMH	120043	Ospedale Anzio-Nettuno	Anzio	Dea I	663	I	15
LT	120200	Santa Maria Goretti	Latina	Dea II	2.039	I	26
LT	120215	Casa di cura Città di Aprilia	Aprilia	PS	579	I	13
LT	12020402	San Giovanni di Dio	Fondi	PS	866	I	12
LT	120206	Dono Svizzero	Formia	Dea I	683	I	12
RME	120905	Policlinico A. Gemelli e CIC	Roma	Dea II	3.349	II	76
RME	120071	San Pietro Fatebenefratelli	Roma	Dea I	4.466	II	79
RME	120903	AO San Filippo Neri	Roma	Dea I	1.028	I	16
RME	120074	Ospedale generale di zona Cristo Re	Roma	PS	1.922	I	40
RME	120115	Santa Famiglia	Roma	-	1.983	I	44
RME	120180	Aurelia Hospital	Roma	Dea I	580	I	11
RME	120026	Santo Spirito	Roma	Dea I	651	I	12
RMF	120045	San Paolo	Civitavecchia	Dea I	296	I	16
VT	120007	Ospedale di Tarquinia	Tarquinia	PS	389	-	-
RI	120019	PO Unificato San Camillo de Lellis	Rieti	Dea I	596	I	17
VT	120271	Belcolle	Viterbo	Dea I	1.280	II	21
RMA	120904	Bambino Gesù	Roma	Dea II	-	II	-

La riorganizzazione della rete ospedaliera nel Lazio

Istituto	PL patologia neonatale	PL Tin-sub Tin	Note
Policlinico Umberto I	24	20	
San Giovanni Calibita Fatebenefratelli	13	16	
San Giovanni Evangelista	11	-	
Coniugi Bernardini	6	-	
L. Parodi Delfino	-	-	Chiusura UUOO e accorpamento con Palestrina
SS. Gonfalone	-	-	Chiusura UUOO e accorpamento con Tivoli
F. Spaziani	8	-	
San Benedetto	-	-	Chiusura UUOO e accorpamento con Frosinone
Ospedale Civile	2	-	
SS. Trinità	2	-	
AO San Giovanni - Addolorata	16	16	
Policlinico Casilino	16	16	
Sandro Pertini	6	-	
Fabia Mater	9	-	
Madre Giuseppina Vannini	2	-	
Ospedali Riuniti	4	-	
San Giuseppe	-	-	Chiusura dell'UO ostetrica/neonatologica nel 2013
Ospedale Paolo Colombo	2	-	
AO San Camillo - Forlanini	20	16	
Sant'Eugenio	6	4	Svolge funzione di II livello per parti e neonati residenti nella Asl di Latina fino all'attivazione del III livello al Santa Maria Goretti
G. B. Grassi	6	-	
Città di Roma	7	-	
Casa di cura Villa Pia	-	-	Se numero nati 2014 < 500, non contrattualizzazione dell'attività ostetrica/neonatologica dal 1° gennaio del 2015
Ospedale Anzio - Nettuno	2	-	
Santa Maria Goretti	12	8	
Casa di cura Città di Aprilia	2	-	
San Giovanni di Dio	2	-	
Dono Svizzero	2	-	
Policlinico A. Gemelli e CIC	14	32	
San Pietro Fatebenefratelli	8	12	
AO San Filippo Neri	8	-	
Ospedale generale di zona Cristo Re	8	-	
Santa Famiglia	8	-	
Aurelia Hospital	2	-	
Santo Spirito	4	-	
San Paolo	2	-	
Ospedale di Tarquinia	-	-	Chiusura UUOO e accorpamento con Civitavecchia
PO Unificato San Camillo de Lellis	4	-	
Belcolle	8	4	Svolge funzione di II livello per parti e neonati residenti nella Asl
Bambino Gesù	15	20	Svolge funzione di II livello prevalentemente per neonati che necessitano di Tin post chirurgica e provenienti da fuori regione

Tabella 6  **Quadro generale sul riordino della rete ospedaliera regionale**

Asl territoriale	Codice struttura	Istituto	Comune	Emergenza	Ictus	
RMA	120906	Policlinico Umberto I	Roma	Dea II	Utn II	
RMA	120072	S.G. Calibita Fatebenefratelli	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RMA	120902	AO San Giovanni - Addolorata	Roma	Dea II	Utn I	
RMB	120920	Aou Ptv	Roma	Dea I	Utn II	
RMB	120165	Policlinico Casilino	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RMB	120267	Sandro Pertini	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RMC	120066	Sant'Eugenio	Roma	Dea I	Utn I	
RMC	120076	Madre Giuseppina Vannini	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RMC	120157	Fabia Mater	Roma	-	-	
RMD	120901	AO San Camillo - Forlanini	Roma	Dea II	Utn II	
RMD	120061	G. B. Grassi	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RMD	120171	Città di Roma	Roma	-	-	
RME	120905	Policlinico A. Gemelli e CIC	Roma	Dea II	Utn II	
RME	120919	Aou Sant'Andrea	Roma	Dea I	Utn I	
RME	120903	San Filippo Neri	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RME	120071	San Pietro Fatebenefratelli	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RME	120026	Santo Spirito	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RME	120180	Aurelia Hospital	Roma	Dea I	Tnv/Pse	
RME	120073	San Carlo di Nancy	Roma	PS	-	
RME	120074	Ospedale Gen. di Zona Cristo Re	Roma	PS	-	
RME	120115	Santa Famiglia	Roma	-	-	
RMF	120045	San Paolo	Civitavecchia	Dea I	Tnv/Pse	
RMF	120059	Padre Pio	Bracciano	PS	-	
RMG	120053	San Giovanni Evangelista	Tivoli	Dea I	Tnv/Pse	
RMG	120046	L. Parodi Delfino	Colleferro	PS	Tnv/Pse	
RMG	120051	Coniugi Bernardini	Palestrina	PS	Tnv/Pse	
RMG	120049	SS. Gonfalone	Monterotondo	PS	-	
RMG	120052	A. Angelucci	Subiaco	PS	-	
RMH	120044	Ospedali Riuniti	Albano/Genzano	PS	Tnv/Pse	
RMH	120047	San Sebastiano	Frascati	PS	Tnv/Pse	
RMH	120043	Ospedale Anzio - Nettuno	Anzio	Dea I	Tnv/Pse	
RMH	120054	Ospedale Paolo Colombo	Velletri	Dea I	Tnv/Pse	
RMH	120134	Casa di cura Sant'Anna	Pomezia	PS	Tnv/Pse	
VT	120271	Belcolle	Viterbo	Dea I	Utn I	
VT	120003	Ospedale di Civita Castellana	Civita Castellana	PS	-	
VT	120007	Ospedale di Tarquinia	Tarquinia	PS	-	
VT	120002	Ospedale Civile di Acquapendente	Acquapendente	PS	-	
RI	120019	San Camillo de Lellis	Rieti	Dea I	Utn I	
RI	120022	F. Grifoni	Amatrice	PS	-	
LT	120200	Santa Maria Goretti	Latina	Dea II	Utn I	
LT	120206	Dono Svizzero	Formia	Dea I	Tnv/Pse	
LT	120204	PO Latina Centro	Terracina-Fondi	PS	Tnv/Pse	
LT	120215	Casa di Cura Città di Aprilia	Aprilia	PS	Tnv/Pse	
LT	120212	Istit. Chir. Ortop. Traumat.	Latina	PS-Spec	-	
FR	120216	F. Spaziani	Frosinone	Dea I	Utn I	
FR	120228	Ospedale Civile	Cassino	Dea I	Tnv/Pse	
FR	120226	SS. Trinità	Sora	PS	Tnv/Pse	
FR	120217	San Benedetto	Alatri	PS	-	
RMA	120904	Bambino Gesù	Roma	Dea II	-	

La riorganizzazione della rete ospedaliera nel Lazio

	Istituto	Cardiologica	Trauma	Perinatale	Emergenza pediatrica
	Policlinico Umberto I	E+CC	Cts	II	Hub (Medica)
	S.G. Calibita Fatebenefratelli	C	Pst	II	-
	AO San Giovanni - Addolorata	E	Ctz	II	-
	Aou Ptv	E+CC	Ctz	-	-
	Policlinico Casilino	E	Pst	II	-
	Sandro Pertini	E	Pst	I	Spoke
	Sant'Eugenio	E	Ctz	II	Spoke
	Madre Giuseppina Vannini	E	Pst	I	-
	Fabia Mater	-	-	I	-
	AO San Camillo-Forlanini	E+CC	Cts	II	Hub (Chirurgica)
	G. B. Grassi	E	Pst	I	Spoke
	Città di Roma	-	-	I	-
	Policlinico A. Gemelli E C.I.C.	E+CC	Cts	II	Hub (Medica/Neuroch.)
	Aou Sant'Andrea	E+CC	Pst	-	Spoke
	San Filippo Neri	E	Pst	I	-
	San Pietro Fatebenefratelli	C	Pst	II	Spoke
	Santo Spirito	E	Pst	I	-
	Aurelia Hospital	C	-	I	-
	San Carlo di Nancy	-	-	-	-
	Ospedale Gen. di Zona Cristo Re	-	-	I	-
	Santa Famiglia	-	-	I	-
	San Paolo	C	Pst	I	Spoke
	Padre Pio	-	-	-	-
	San Giovanni Evangelista	E	Pst	I	Spoke
	L. Parodi Delfino	C	Pst	-	-
	Coniugi Bernardini	-	Pst	I	Spoke
	SS. Gonfalone	-	-	-	-
	A. Angelucci	-	-	-	-
	Ospedali Riuniti	C	Pst (Albano)	I	Spoke
	San Sebastiano	C	Pst	-	-
	Ospedale Anzio-Nettuno	C	Pst	I	Spoke
	Ospedale Paolo Colombo	-	Pst	I	Spoke
	Casa di Cura Sant'Anna	C	-	-	-
	Belcolle	E	Ctz	II	Spoke
	Ospedale di Civita Castellana	-	-	-	-
	Ospedale di Tarquinia	-	-	-	-
	Ospedale Civile di Acquapendente	-	-	-	-
	San Camillo de Lellis	E	Pst	I	Spoke
	F. Grifoni	-	-	-	-
	Santa Maria Goretti	E	Ctz	I	Spoke
	Dono Svizzero	E*	Pst	I	Spoke
	PO Latina Centro	-	Pst (Terracina)	I (Fondi)	Spoke (Fondi)
	Casa di Cura Città di Aprilia	-	Pst	I	-
	Istit. Chir. Ortop. Traumat.	-	Pst	-	-
	F. Spaziani	E	Ctz	I	Spoke
	Ospedale Civile	C	Pst	I	Spoke
	SS. Trinità	C	Pst	I	Spoke
	San Benedetto	-	-	-	-
	Bambino Gesù	-	-	II	Hub (M/NCH/C)

* Emodinamica h12

ATTI AZIENDALI E PIANI STRATEGICI

La Regione contemporaneamente ai Programmi operativi 2013-2015, ha approvato le linee guida sugli atti aziendali e le linee guida sui piani strategici.

L'approvazione degli atti aziendali è stata condizionata, per espressa previsione delle linee guida regionali, alla valutazione di una apposita commissione di esperti costituita da dirigenti regionali e da esperti esterni.

I nuovi atti di autonomia aziendale contengono i seguenti principi ispiratori:

- centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute;
- piena assunzione della responsabilità pubblica nella tutela della salute dei cittadini;
- universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari per tutte le persone presenti sul territorio regionale;
- globalità di copertura in base alla necessità/fabbisogno assistenziale di ciascuno, secondo quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza.

I nuovi assetti delle Aziende sanitarie previsti dagli atti aziendali sono quelli definiti nei Programmi operativi 2013-2015 che possono essere così sintetizzati:

- qualificazione del San Filippo Neri come Presidio a gestione diretta dell'Asl Roma E;
- integrazione tra l'Asl Roma A e l'Asl Roma E;
- dismissione del Forlanini con trasferimento di tutte le attività sanitarie al Presidio San Camillo Forlanini;
- impegno a ricondurre nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'art. 8 del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. (accreditamento definitivo) di tutte le strutture private ex Pii Istituti;
- riassetto territoriale con una diversa perimetrazione delle attuali Asl, nel rispetto della nuova configurazione di Roma Capitale, che ha ridotto il numero dei Municipi da 19 a 15, con

necessità di rivedere i confini delle Asl Roma A, Roma B, Roma C e Roma E;

- integrazione e coordinamento tra le diverse Asl di Roma attraverso momenti di confronto e di concerto tra le Aziende interessate dalle modifiche.

La dotazione di posti letto e numero delle strutture complesse e semplici

Gli standard riferiti alla dotazione dei posti letto per popolazione e al numero delle strutture complesse e semplici sono quelli previsti dal Comitato Lea, recepiti integralmente dai Programmi operativi 2013-2015 (Tabella 7).

La struttura commissariale, così come previsto dalla nota del Ministero della salute n. 17867 del 12 luglio 2012, ha inteso applicare detti standard su scala regionale riservandosi, fermo restando il rispetto dei limiti imposti, aggiustamenti e correzioni tra singole Aziende.

I nuovi atti aziendali, oltre a prevedere il giusto rapporto tra posti letto/popolazione e numero di Unità operative complesse e semplici, indicano anche il rapporto che dovrà esistere tra le diverse strutture (Dipartimenti, Unità complesse ospedaliere e non, Unità semplici ospedaliere e semplici). Per ogni Dipartimento ospedaliero dovranno essere previste almeno 8,5 Unità operative complesse e per quello territoriale almeno 7.

A prescindere dalla tipologia, l'individuazione delle strutture dipartimentali deve essere orientata al modello di organizzazione per intensità e gradualità delle cure, superando l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica, in un'ottica di integrazione dell'attività dei professionisti nella rete di assistenza, di multidisciplinarietà e sviluppo dei percorsi di cura a livello inter-ospedaliero.

Così come previsto dal riordino della rete ospedaliera, l'offerta assistenziale e di conseguenza le singole Asl e Aziende ospedaliere devono avere una loro specifica *mission* da esplicitare all'interno

Tabella 7  **Standard riferiti alla dotazione dei posti letto/popolazione e al numero di Strutture semplici e complesse**

Tipo di struttura		Indicatore	Standard
Strutture complesse previste	Ospedaliera	Posti letto pubblici Regione/ SC ospedaliera Regione	17,5
	Non ospedaliera	Popolazione residente Regione/ SC non ospedaliera Regione	1 ogni 13.515 residenti (per Regioni con popolazione >2,5 mln)
Strutture semplici totali previste (comprese le dipartimentali)		Strutture semplici totali/ Strutture complesse totali	1,31 ogni struttura complessa

dell'intera rete. Ogni singolo atto di autonomia aziendale dovrà prevedere:

- definizione del ruolo assegnato alla struttura sia essa Asl e/o Azienda ospedaliera all'interno delle reti di emergenza, delle reti tempodipendenti e specialistiche;
- revisione dell'assetto secondo una logica di sistema *a rete* come previsti dal modello hub e spoke;
- prevedere la rete territoriale e il sistema delle cure primarie, secondo assetti organizzativi che privilegino la continuità, l'equità, l'accesso alle cure, la prossimità dei servizi, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale;
- ridefinizione del privato accreditato secondo la logica della *complementarietà*.

Gli atti aziendali, dunque, declinati secondo la riorganizzazione della rete ospedaliera e nel pieno rispetto della programmazione regionale sono rispettosi dei seguenti criteri e principi:

- adeguamento del numero dei posti letto all'effettiva programmazione regionale;
- conseguente razionalizzazione del numero delle strutture (Dipartimenti, UOC e UOS) evitando la frammentazione e la duplicazione delle funzioni;
- organizzazione dell'ospedale per aree omogenee per intensità di cura;
- assistenza basata su percorsi, anche prevedendo reti professionali plurispecialistiche;
- organizzazione dei reparti di chirurgia in moduli articolati sul modello del week hospital (ospedale a cinque giorni);

I nuovi criteri di organizzazione aziendale

- Le Aziende saranno articolate in direzioni strategiche e strutture operative.
- Le strutture operative verranno articolate in Dipartimenti, Distretti e Presidi ospedalieri.
- La valenza strategica, la complessità organizzativa, il contenuto tecnico-professionale e il livello di autonomia saranno gli elementi che caratterizzeranno l'articolazione e ne specificheranno le diverse responsabilità a cui i rispettivi organi aziendali (Direttore generale, Direttore amministrativo e sanitario) saranno chiamati a rispondere di persona.

Tipologie dei dipartimenti

Ogni Azienda sarà articolata secondo una *logica* dipartimentale: le tipologie dei dipartimenti saranno:

- Dipartimenti strutturali;
- Dipartimenti funzionali;
- Dipartimenti ad attività integrata (Dai): modello dipartimentale ordinariamente adottato dalle Aziende ospedaliere universitarie;
- Dipartimenti interaziendali che aggrenderanno strutture appartenenti ad Aziende sanitarie diverse, con finalità e obiettivi comuni di gestione integrata.

Dopo anni di ritardo la Regione Lazio, con l'adozione delle linee guida sugli atti aziendali, ha recepito la legge nazionale (legge 251/2000) sull'istituzione della dirigenza delle professioni sanitarie, dando indicazioni alle Asl e alle Aziende ospedaliere di pre-

vedere al proprio interno il Dipartimento aziendale delle professioni sanitarie, articolato secondo specifiche esigenze aziendali (territorio-ospedale). Il dipartimento sarà una struttura dotata di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione organizzazione e coordinamento delle risorse afferenti.

Processo di razionalizzazione delle funzioni di supporto amministrative, tecniche interaziendali

Mutuando esperienze di altre realtà territoriali, per alcuni servizi amministrativi la Regione intende procedere alla fusione/accorpamento di alcune funzioni interaziendali che, in via esemplificativa, potranno riguardare: patrimonio, acquisizione di beni e servizi, contabilità e bilancio, affari generali, sistemi informatici, rischio clinico e gestione sinistri, formazione.

Potenziamento della sanità distrettuale

Anticipando le indicazioni del nuovo Patto per la salute 2014-2016 e recependo le indicazioni del cosiddetto Decreto Balduzzi (convertito in L. 189/2012), la Regione ha previsto che nei nuovi atti aziendali venissero inserite alcune delle funzioni strategiche per le attività distrettuali:

- Case della salute;
- integrazione socio-sanitaria;
- Punti unici di accesso;
- valutazione multidimensionale distrettuale e integrazione ospedale-territorio;
- assistenza alla popolazione detenuta.

L'iter di approvazione dei singoli atti aziendali

Tutti gli atti aziendali (eccetto i Policlinici universitari) sono stati approvati e pubblicati sul bollettino ufficiale della Regione Lazio il 21 e 28 aprile scorsi, dopo la verifica della Commissione di esperti, istituita a livello regionale e coordinata dalla Direzione regionale Sanità e dalla Struttura commissariale. Prima dell'approvazione sono stati attivati i *meccani-*

smi di condivisione con la Conferenza dei Sindaci, le organizzazioni sindacali di categoria e territoriali, il Collegio di direzione e i diversi stakeholder interessati. L'iter di approvazione ha visto il coinvolgimento del Consiglio regionale, con audizioni/informative in Commissione Politiche sociali e salute, cui hanno partecipato il Sub Commissario Giovanni Bissoni, la Direttrice della Direzione regionale Salute, Flori Degrassi e i Direttori generali e/o Commissari delle Asl e Aziende. Ogni atto aziendale è stato approvato con decreto del Commissario ad acta ed eventuali modifiche saranno possibili una volta l'anno, previo assenso della Struttura commissariale e della Direzione regionale sanità.

Con l'approvazione degli atti aziendali, fermi dal 2008, si apre un nuovo capitolo per la sanità laziale. La loro approvazione consente un'inversione di rotta basata su una nuova gestione delle finanze. Basti pensare che nel 2008 il disavanzo era di 1,7 miliardi e il preconsuntivo per il 2014 lo abbassa a 400 milioni. Inoltre, la Regione potrà incidere sulle dotazioni organiche, parametrando al reale fabbisogno rispetto agli obiettivi assegnati alle aziende e non più limitate alla fotografia dell'esistente.

Sblocco del turn over

Con la conclusione dell'iter di approvazione degli atti aziendali, del riordino della rete ospedaliera e con la conferma da parte del tavolo tecnico dei buoni risultati ottenuti sul fronte del disavanzo (stimato a circa 300 milioni di euro per il 2014), la Regione Lazio si troverà nelle condizioni di provvedere progressivamente allo sblocco del turn over in vigore da 8 anni. Lo sblocco del turn over oltre la soglia del 15% permetterà alla Regione, fermo restando il rispetto dei parametri imposti dalla normativa nazionale in materia di spese sul personale, (spesa anno 2014 meno l'1,4%) di rinforzare gli organici del personale medico e infermieristico oltre che avviare il percorso per la stabilizzazione dei precari, da anni sono impegnati nelle strutture del Ssr.

L'esperienza siciliana

di **Lucia Borsellino**

Assessore della salute - Regione Siciliana*

N

ell'ambito della cornice programmatica del nuovo Patto per la salute 2014-2016 e della Legge di stabilità si inserisce questa nuova fase di rilancio e di riqualificazione del Servizio sanitario regionale che vede nella rimodulazione della rete ospedaliera e territoriale il principale e il più sfidante degli interventi strutturali volti all'efficientamento del sistema e al governo della domanda di salute e dell'offerta sanitaria.

Il nuovo progetto di rete ospedaliera e territoriale della nostra Regione è stato disegnato con l'obiettivo di allineare gli indicatori ospedalieri agli standard nazionali non potendo prescindere, il processo di innovazione ed efficientamento del sistema sanitario, da una ripensamento dei modelli organizzativi e dei percorsi assistenziali in maniera più coerente agli effettivi bisogni della popolazione e alle peculiarità del territorio e all'ineludibile esigenza di innalzamento dei livelli di qualità dell'assistenza e alla sua sostenibilità.

La nuova programmazione è stata il frutto di un'approfondita analisi dei fabbisogni e di concertazione con i territori al fine di determinare a monte, attraverso la partecipazione degli stakeholder, le condizioni di una concreta attuazione.

Lo sforzo compiuto, seppure nella gradualità degli interventi per l'allineamento *a tendere* agli standard nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 98/CSR del 5 agosto 2014 come modificata dall'Intesa n.198/CSR del 13 gennaio 2015, ha prodotto, tra i primi risultati, un accrescimento della consapevolezza di cittadini e operatori sull'esigenza irrinunciabile di riorganizzazione della rete sanitaria e dei relativi servizi sia in termini strutturali sia di appropriatezza organizzativa.

* Hanno collaborato:

Maria Grazia Furnari, Responsabile UO Pianificazione strategica, Azienda Arnas Palermo (già responsabile Area del Piano di rientro e del Piano sanitario, Assessorato salute)
e Rosalia Murè, Direttore sanitario, Azienda Arnas Palermo (già responsabile del Servizio Programmazione ospedaliera, Assessorato salute)

Gli obiettivi di salute, certamente prevalenti ma non disgiunti dalle esigenze di contenimento della spesa pubblica imposte dalle contingenze di ordine economico-finanziario, costituiscono il prioritario interesse pubblico la cui salvaguardia richiede, invero, un'inversione di tendenza verso un reale efficientamento delle risorse destinate alla tutela del diritto alla salute e una maggiore responsabilità nel loro impiego a beneficio di tutta la collettività.

INTRODUZIONE

Il Sistema salute della Regione Siciliana ha visto negli ultimi anni un percorso virtuoso di cambiamento e di risanamento, in coerenza con il variare del contesto normativo nazionale, e per rispondere alle crescenti e mutate esigenze epidemiologiche della popolazione. Tale percorso ha dovuto integrarsi con gli obblighi di carattere economico-finanziario conseguenti al disavanzo maturato dalla Regione nei decenni precedenti e, pertanto, è stato puntualmente verificato dai Ministeri affiancanti (Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze).

Il Sistema salute della Regione ha le proprie fondamenta negli strumenti di legge e di programmazione che via via si sono succeduti, quali il Piano di rientro 2007-2009 e il Programma operativo 2010-2012, oltre che in quelli vigenti, come la legge regionale 5/2009, il Piano della salute 2011-2013, il Programma operativo di consolidamento e sviluppo (Pocs) 2013-2015, i Piani attuativi aziendali (Paa).

In questo percorso di riqualificazione e rinnovamento si inserisce, inoltre, la recente rimodulazione delle rete ospedaliera in linea con gli standard nazionali, che ha visto l'applicazione di uno specifico modello innovativo.

IL PIANO DI RIENTRO

La Regione Siciliana, registrando nel 2006 una situazione di disequilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale per oltre 800 milioni di euro, ha sottoscritto con i Ministeri, in data 31 luglio 2007, un Accordo per l'approvazione del Piano di contenimento e riqualificazione del Sistema sanitario regionale 2007-2009, (il cosiddetto Piano di rientro) in attuazione di quanto disposto dall'art. 1, comma 180, della legge 311/2004 e s.m.i.

In ragione di tale accordo, la Regione Siciliana ha colto l'opportunità del Piano di rientro per intraprendere un percorso di risanamento dal deficit, con l'introduzione di misure orientate alla riduzione dei costi e alla razionalizzazione delle risorse, consentendo di contenere la spesa entro livelli definiti e sviluppando al contempo una programmazione più efficace e vincolata delle risorse disponibili, prevedendo anche la rimozione delle cause strutturali di inadeguatezza e inappropriata, costituenti pesanti vincoli per il Sistema sanitario regionale (Ssr), attraverso opportuni interventi organizzativi e gestionali.

LA LEGGE 5/2009

Allo scadere del Piano di rientro, la Sicilia si è dotata di una legge di riforma, la legge 5/2009, che ha rappresentato un'ulteriore evoluzione anche rispetto al Piano di rientro. Essa ha costituito, infatti, il fondamento normativo per rinnovare in modo incisivo le modalità con cui la sanità è articolata, gestita ed erogata nella Regione, in quanto ha inciso sull'assetto organizzativo del sistema, sulla sua modalità di programmazione, sul riequilibrio dell'offerta tra la rete ospedaliera e il territorio e ha introdotto chiari meccanismi operativi di governo e controllo delle attività sanitarie e delle relative risorse.

L'azione di governo regionale, delineata dalla legge di Riforma, si articola lungo le seguenti linee di intervento:

- il progressivo spostamento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio al fine di un più corretto ed efficace bilanciamento delle prestazioni in funzione dei fabbisogni;
- il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata realizzato attraverso l'accorpamento e la rifunzionalizzazione di Presidi ospedalieri sotto-utilizzati;
- il superamento della frammentazione e/o duplicazione di strutture, attraverso processi di aggregazione e integrazione operativa e funzionale;
- il potenziamento dei servizi e dei posti letto destinati alle attività di riabilitazione, lungodegenza e post acuzie;
- la riduzione della mobilità sanitaria passiva extra-regionale;
- il progressivo contenimento dei ricoveri inappropriati sia sotto il profilo clinico, sia organizzativo;
- l'introduzione di un sistema di assegnazione delle risorse commisurato alla erogazione delle attività programmate, alla qualità e alla efficienza dell'operato delle Aziende;
- l'attuazione del principio della responsabilità attraverso un sistema di controlli e verifiche che trovi fondamento in ben definiti processi tecnico-gestionali e nell'informatizzazione dei flussi.

In termini programmatici la legge stabilisce che l'assegnazione delle risorse delle Aziende deve essere pilotata dall'individuazione degli obiettivi di attività, volumi e qualità delle prestazioni determinate dal livello di fabbisogno territoriale, inserendo i presupposti necessari ad attuare una sinergia virtuosa tra l'attribuzione degli obiettivi, l'assegnazione delle risorse e una puntuale verifica dei risultati.

In particolare la legge stabilisce:

- la nuova articolazione dell'assetto organizzativo del sistema sanitario, prevedendo la costituzione di 17 nuove Aziende sanitarie che subentrano alle sopresse 29;
- i Distretti ospedalieri (20 in tutta la Sicilia) e i Distretti sanitari in numero coincidente con gli ambiti territoriali dei Distretti socio-sanitari che erogano le prestazioni in materia di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria;
- la creazione di due bacini territoriali, per ottimizzare gli acquisti di beni e servizi, per il coordinamento delle funzioni e dei servizi a livello interaziendale e per lo sviluppo di progetti comuni;
- i termini della riorganizzazione strutturale e funzionale della rete dell'emergenza-urgenza sanitaria, articolata in quattro centrali operative che coordinano il servizio attraverso nove unità periferiche (una per provincia) e le modalità di affidamento delle attività di trasporto;
- l'indicazione degli atti e delle procedure, dei tempi di vigilanza e controllo che possono essere esercitati dall'Assessorato sulle Aziende al fine di assicurare il monitoraggio dei dati economico-gestionali;
- attività di verifica e controllo sulla corrispondenza tra i risultati raggiunti dalle Aziende e quelli fissati negli atti di programmazione locale;
- un sistema di controllo di gestione delle Aziende che assicuri la verifica dell'appropriatezza, l'adeguatezza e la qualità delle prestazioni, idonei tassi di utilizzo dei posti letto e delle dotazioni tecnologiche, l'accoglienza delle strutture e l'accessibilità dei servizi e l'attivazione di procedure per il governo del rischio clinico;
- le condizioni e le modalità in base alle quali si stabiliscono gli accordi e i contratti con gli erogatori privati: i rapporti con le strutture private vengono subordinate ai vincoli derivanti dalla

programmazione economico-finanziaria (tetti di spesa), agli esiti delle verifiche su qualità e appropriatezza, ai vincoli di determinazione dell'effettivo fabbisogno di prestazioni e vengono introdotti meccanismi di remunerazione per le strutture capaci di assistere pazienti provenienti da altre regioni;

- l'individuazione della destinazione delle risorse finanziarie disponibili per il Ssr;
- il divieto di esternalizzazione delle funzioni da parte delle aziende sanitarie.

IL PIANO SANITARIO REGIONALE

Nel 2011, come previsto dall'art. 3 della L.R. 5/2009, la Regione si è dotata del nuovo Piano sanitario "Piano della salute 2011-2013" che, in attuazione dei Lea, si colloca quale armonizzatore tra la programmazione regionale e le indicazioni programmatiche riferite al quadro normativo nazionale e regionale. Il Piano della salute, a partire da alcuni principi di fondo quali l'universalità, il rispetto della libertà di scelta, il pluralismo erogativo e l'equità di accesso a tutti i percorsi di cura per tutti i cittadini, pone l'accento su un'esigenza fondamentale del sistema: il recupero dell'appropriatezza. Si pone, cioè, il cittadino al centro del sistema assistenziale, affinché le risposte siano appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute sia sul territorio che in ospedale.

Il Piano mira, da un lato, alla promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari, con la realizzazione di un sistema di assistenza che costituisca un forte riferimento per la prevenzione, la cronicità, l'assistenza post-ricovero, le patologie a lungo decorso e la personalizzazione delle cure; dall'altro, alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando all'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

È in questa prospettiva organizzativa e gestionale che va a inserirsi un processo culturale, fondato sull'appropriatezza dell'assistenza, traducibile – in termini di trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio – in un cambiamento di orientamento e investimento strategico aziendale a cura dei vertici aziendali, destinato allo sviluppo di appropriati strumenti gestionali finalizzati alla realizzazione/implementazione di opportune attività assistenziali.

Il processo di riqualificazione dell'assistenza introduce il nuovo modello organizzativo secondo le reti hub e spoke.

Lavorare in una logica di sistema significa far sì che gli operatori della sanità, come quelli del sociale, possano comunicare tra di loro, condividere obiettivi e progetti collettivi e assicurare in maniera integrata la continuità dell'assistenza.

Infatti, attraverso le reti possono essere offerte risposte alle esigenze di superamento della compartimentazione da cui scaturisce uno degli aspetti più critici dell'assistenza sanitaria e cioè la frammentarietà.

Contestualmente, il Piano ha previsto la creazione di un punto unico per bacino territoriale di accesso alla rete dei servizi territoriali, che sia in grado di offrire non solo l'accompagnamento del paziente nel passaggio da un nodo all'altro della rete stessa e la semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni, ma anche una risposta globale che includa la valutazione multidisciplinare dei bisogni e la formulazione di un piano personalizzato di assistenza.

Gli elementi innovativi del Piano sanitario regionale, conformati agli indirizzi di politica sanitaria nazionale e regionale, rappresentano la risposta coraggiosa e coerente per un accettabile riequilibrio tra l'universo dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini e le risorse disponibili intendendo, così, sostenere una sanità non considerabile solo come un costo, ma soprattutto come un investimento di-

retto al miglioramento della qualità della vita delle persone, a beneficio di tutta la società.

Con il Piano, la Regione ha assunto inoltre l'impegno di accompagnare gli interventi mirati al perseguimento degli obiettivi di salute, attraverso una puntuale verifica e validazione dei risultati via via conseguiti, sia in termini di efficienza ed efficacia che di compatibilità economica.

Esso rappresenta lo strumento attraverso il quale fornire ai Direttori generali delle Aziende sanitarie del Ssr sufficienti elementi per programmare l'assistenza sanitaria e sociosanitaria secondo obiettivi, criteri, parametri e modelli che consentano una rimodulazione dei rispettivi ambiti gestionali e organizzativi, puntando alla riqualificazione della rete dell'offerta a partire dal potenziamento del territorio, alla riorganizzazione degli ospedali e all'avvio dell'assistenza sociosanitaria in forma integrata, quale nuova modalità operativa da porre a sistema.

L'efficacia del Piano si determina per la Regione attraverso la sua attuazione mediante le azioni delle Aziende sanitarie, espresse nella realizzazione degli obiettivi assegnati in sede contrattuale ai Direttori generali delle Aziende sanitarie, che costituiscono elemento condizionante la valutazione della loro operatività anche ai fini della permanenza nell'incarico.

I PROGRAMMI OPERATIVI

Nel frattempo, concluso il triennio del Piano di rientro, la Regione Siciliana, pur avendo raggiunto – dopo il conferimento del fondo transitorio di accompagnamento – significativi risultati in termini di riequilibrio economico-finanziario, al fine di conseguire il completamento di tutte le azioni previste dal Piano, si è avvalsa della facoltà prevista dall'art. 11, comma 1, del D.L. 78/2010, convertito con la legge 122/2010, richiedendo la

prosecuzione del piano per un ulteriore triennio. Si è pervenuti così all'approvazione del Programma operativo regionale 2010-2012 per la prosecuzione del Piano di rientro 2007-2009, richiesta ai sensi dell'art. 11 del D.L. n. 78 del 31 maggio 2010 convertito dalla legge n. 122 del 30 luglio 2010.

La prosecuzione e il completamento del Piano di rientro sono, infatti, condizioni per l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie in termini di competenza e di cassa, già previste dalla legislazione vigente legate alla piena attuazione dello stesso.

Il Programma operativo è stato definito sulla base dell'analisi critica dei punti di forza e di debolezza che hanno caratterizzato il Piano di rientro, imponendo l'introduzione di ulteriori elementi di ammodernamento e sviluppo del sistema.

In quest'ottica l'Assessorato della salute della Regione Siciliana ha articolato il Programma operativo su due assi d'intervento.

■ **Interventi di sistema:** intesi come l'insieme delle manovre strutturali che, in continuità con quanto già intrapreso, mirano a consolidare il cambiamento del sistema e a promuoverne lo sviluppo con interventi finalizzati al miglioramento della capacità di governo e controllo. L'asse degli interventi di sistema è distinto, infatti, in due categorie di azioni:

1. Interventi di completamento delle manovre intraprese nel precedente Piano;
2. Interventi di sviluppo.

■ **Interventi di efficientamento:** intesi come l'insieme delle azioni messe in atto a seguito del recepimento della normativa nazionale e/o di specifiche linee di programmazione regionale, entrambe volte a contenere i costi attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse.

Il Programma è stato strutturato in diverse sezioni in funzione delle principali aree d'intervento

contenenti, ciascuna, una tabella riepilogativa delle azioni specifiche previste per l'area di riferimento, nonché le valorizzazioni economiche e il relativo cronoprogramma, ove previsti. Al fine di agevolare le operazioni di monitoraggio dei singoli interventi, per ciascuna azione sono stati altresì individuati i risultati programmati, i relativi indicatori di risultato e le articolazioni dell'assessorato (aree e servizi) di riferimento.

IL PROGRAMMA OPERATIVO DI CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO (POCS) 2013-2015

Nel 2012 il Legislatore nazionale ha introdotto stringenti disposizioni in tema di spending review e di sostenibilità del Sistema sanitario nazionale imponendo, in un contesto di minus-finanziamento complessivo del sistema di welfare, la definizione di ulteriori misure per:

- adeguare la produzione di salute al nuovo sistema parametrico di finanziamento del Ssn basato sui fabbisogni e costi standard;
- garantire i livelli essenziali di assistenza intervenendo anche sulle reti assistenziali e sull'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi e sulle modalità di erogazione degli stessi;
- rispettare l'equilibrio economico-finanziario della gestione, agendo in modo selettivo sulle residue aree di inefficienza nell'acquisizione dei fattori produttivi e nel loro utilizzo.

La nuova pianificazione regionale ha inteso quindi, a questo punto, fondarsi sul consolidamento dei risultati raggiunti nei due trienni precedenti e rilanciarsi in ulteriori interventi di sistema derivanti dall'obbligo di attuare le nuove disposizioni normative.

Occorrendo, quindi, la necessità di sviluppare ulteriori strategie d'intervento per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere della popolazione, nonostante il progressivo decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario e sociosanitario, sono state poste le basi per agire sull'organizzazione e sull'appropriatezza clinica, investendo sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali, anche avvalendosi della partecipazione della società civile.

Con queste motivazioni, la Regione Siciliana ha chiesto di avvalersi della facoltà prevista all'art. 15, comma 20, del D.L. 95/2012, convertito in legge 135/2012, in continuità con il Programma operativo 2010-2012 di prosecuzione del Piano di rientro, di operare mediante un nuovo "Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale" per il triennio 2013-2015¹.

I PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

Nelle ultime fasi di attuazione del Programma operativo, l'Assessorato ha adottato nel 2012 precise linee guida per la stesura di Piani attuativi aziendali per l'attuazione del Piano sanitario regionale.

I Piani attuativi, previsti dalla legge 5 rappresentano lo strumento fondamentale per l'applicazione del Piano sanitario, attraverso l'intervento delle Aziende sanitarie nei diversi territori della regione.

Il Piano sanitario regionale è attuato quindi nella programmazione sanitaria locale dalle Aziende sanitarie attraverso i Piani attuativi aziendali (Paa), anch'essi previsti dalla L.R. 5/2009.

Al fine di uniformare e facilitare le azioni aziendali, nel necessario rispetto delle vocazioni delle

1. http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_Decreti/PIR_Decreti2014/PIR_Aprile2014/PIR_POCS20132015

single Aziende e dei contesti territoriali di riferimento, l'Assessorato della salute, a partire dall'anno 2012, ha avviato con Agenas un progetto di supporto alle Aziende sanitarie, finalizzato alla stesura dei Piani triennali e dei rispettivi Programmi annuali di attività secondo una logica di project management.

La Regione ha adottato cioè un modello di *governance* delle azioni aziendali attraverso i Piani attuativi aziendali finalizzato non soltanto alla realizzazione di quanto contenuto nei Piani, ma anche all'aggiornamento dei Programmi sanitari stessi, in considerazione delle indicazioni prescritte a livello ministeriale relativamente al nuovo Pocs e a seguito di un'accurata analisi del contesto regionale e delle criticità emerse in sede di verifica dei Lea.

I Paa, infatti, vengono rivisti e riconfigurati in modo dinamico in molti ambiti specifici proprio nella misura in cui l'azione sinergica tra l'Assessorato e le Aziende sanitarie, a partire dall'esame dei punti critici irrisolti e dagli obiettivi del Pocs, determina un aggiornamento complessivo dei Piani aziendali stessi e di conseguenza agendo in senso inverso sulla Programmazione sanitaria.

Il modello dunque, nel rispetto delle azioni previste nel Pocs e delle prescrizioni ministeriali in termini di Lea, lascia alle Aziende sanitarie uno spazio di espressione mediante proposte di revisione dei Piani coerenti con scelte aziendali e provinciali. Tale processo di allineamento tra la pianificazione regionale e la programmazione realizzata a livello aziendale, nonché di revisione dei Piani stessi, a partire dalle proposte aziendali fino alla condivisione ragionata con l'Assessorato, è supportato e monitorato mensilmente, attraverso incontri dedicati a ciascuna area provinciale al fine di consentire il rispetto degli interventi deliberati nonché il raccordo tra Assessorato e Aziende.

Inoltre il modello prevede, al fine di migliorare il raccordo tra le Aziende presenti in uno stesso ter-

ritorio, che il Paa per le Aziende ricadenti nelle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina, sia unico su base provinciale, cioè comprenda i Paa delle singole Aziende sanitarie provinciali e ospedaliere in una logica unitaria di integrazione ospedale-territorio.

Rispondendo a una logica di project management a supporto del raccordo tra pianificazione regionale e programmazione aziendale, il Piano attuativo aziendale si qualifica quale strumento di governo degli obiettivi triennali del Psr, annualmente declinati, demandati alle Aziende sanitarie. Alla luce di tale impostazione il Paa ricomprende al suo interno, come previsto dalle Linee guida regionali, le principali macro-aree di rilevanza assistenziale ovvero: assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro; assistenza territoriale e continuità assistenziale; assistenza ospedaliera; integrazione socio-sanitaria; salute della donna, del bambino e dell'età giovanile; oncologia; cure palliative e terapia del dolore; cardiologia; neuroscienze; gestione del politraumatizzato; trapianti e piano sangue; salute mentale e dipendenza; qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti; rete formativa, comunicazione e rete civica; partecipazione a programmi di sviluppo e innovazione. I Piani attuativi, al fine di facilitare il cambiamento culturale delle logiche di gestione della *governance* aziendale, contemplan e realizzano una partecipazione attiva dei Comitati consultivi aziendali (Cca), anche questi previsti dalla legge 5/2009, dalla definizione dei contenuti al raggiungimento dei risultati, caratterizzandosi nel panorama nazionale come una delle prime esperienze di coinvolgimento proattivo e trasversale dei cittadini nella ricerca e realizzazione di quelle sinergie, utili al superamento dei vincoli che la sostenibilità del Ssn oggi impone a garanzia della sua universalità.

L'efficacia riferita alla partecipazione dei Cca vede il suo massimo punto di forza in due momenti fondamentali: nella partecipazione attiva

alla redazione dei contenuti del Paa e negli incontri di accompagnamento che Agenas e l'Assessorato svolgono mensilmente con i gruppi di coordinamento delle Aree metropolitane (per le quali è previsto un unico Piano attuativo integrato per Aziende ospedaliere e Asp) e delle Asp non metropolitane. La proposta di definizione dei contenuti si realizza, in conformità con la programmazione regionale, attraverso due direttrici principali che potremmo distinguere in un contributo *orizzontale* e *verticale*. La prima caratterizzata dalla partecipazione trasversale dei Cca a una prima individuazione e caratterizzazione, per ciascuna area di intervento del Paa, delle azioni ad alto impatto per il cittadino/utente. La seconda direttrice d'intervento, cosiddetta *verticale*, vede la caratterizzazione univoca, per tutto il territorio regionale, degli interventi previsti per l'area riferita alla rete formativa, alla comunicazione e alla rete civica, rispondendo così a un preciso obiettivo di crescita omogenea degli strumenti di partecipazione e responsabilizzazione dei cittadini in qualità di stakeholder attivi del sistema. Anche grazie a tale processo di interlocuzione aziendale i Piani vengono validati dall'Assessorato e adottati dalle Aziende in qualità di strumento programmatico annuale.

Una volta avviata la fase operativa, la partecipazione dei Cca agli incontri mensili di avanzamento svolti con le direzioni aziendali, permette non solo di introdurre il punto di vista del cittadino nella gestione diretta delle azioni programmate, ma soprattutto consente di realizzare sinergie utili al raggiungimento degli obiettivi di Piano quali ad esempio: la diffusione delle campagne relative agli screening oncologici, l'implementazione delle reti assistenziali attraverso il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti, la promozione delle campagne di donazione sangue e organi, la facilitazione della diffusione dei questionari di customer satisfaction.

Nel complesso, tale esperienza ha permesso di sperimentare e rilevare l'efficacia di un modello di gestione che consente concretamente alla rappresentanza dei cittadini di partecipare non solo come spettatore esterno, ma in qualità di parte attiva al processo di gestione della salute pubblica.

IL SISTEMA OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE

Ai sensi dell'art. 19, comma 3, della legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009, l'operato dei Direttori generali delle Aziende del Ssr è monitorato e valutato durante l'espletamento del mandato e a conclusione di esso, secondo quanto previsto dal D.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni e dalle norme vigenti nel territorio della Regione. A tal fine a partire dal 2009, con il supporto di Agenas, l'Assessorato ha deciso di avviare un sistema di valutazione di carattere fortemente operativo. Annualmente, l'Assessorato della salute definisce in coerenza con la programmazione regionale il set di obiettivi e relativi indicatori individuando per ciascuno di essi un referente interno.

In seguito alla formale consegna degli obiettivi alle Direzioni generali si dà avvio al processo di monitoraggio e accompagnamento. Tale processo viene attuato attraverso una serie di incontri periodici con le Direzioni strategiche delle Aziende. Il confronto con le Direzioni è operato privilegiando alla logica della verifica valutativa, una prospettiva di condivisione del lavoro svolto, di supporto e, dove necessario, di riallineamento sugli obiettivi concordati.

I Paa, rappresentando una congrua parte degli obiettivi assegnati ai Direttori generali, sono implementati dalle Aziende sanitarie anche in ragione degli obiettivi stessi, assegnati annualmente alle Direzioni aziendali, e degli indirizzi scaturenti dalle innovazioni normative e di pianificazione

strategica; il correlato processo della loro definizione e attuazione costituisce esso stesso obiettivo strategico delle Aziende ed è sottoposto al sistema di valutazione delle attività dei Direttori generali. Con tali premesse, il sistema obiettivi, oltre che rafforzare e dare continuità alle linee programmatiche perseguite negli anni precedenti, si dimensiona coerentemente con quanto presente nel Pocs e nelle revisioni del Piano sanitario regionale, realizzate attraverso le revisioni dei Piani attuativi aziendali, articolando il sistema secondo una logica *rolling* per il triennio 2014-2016, declinato su livelli di raggiungimento annuali.

LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI

Un altro strumento di programmazione, complementare al Piano sanitario regionale, è il Documento unitario di programmazione degli investimenti sanitari in Sicilia (Dupiss) che definisce, coerentemente alle politiche sanitarie e integrando le varie fonti finanziarie nazionali e comunitarie dedicate agli interventi strutturali, la programmazione degli investimenti, da quelli relativi all'edilizia sanitaria a quelli relativi all'ammodernamento del parco tecnologico delle Aziende sanitarie, concorrendo virtuosamente alla risposta al fabbisogno sanitario e allo sviluppo economico della Regione.

Ai suddetti strumenti si aggiungono i piani specifici di programmazione a valere sui fondi comunitari per il settore salute, nell'ambito degli obiettivi strategici di programmazione europea per il settennio di programmazione vigente.

Il Documento unitario di programmazione degli investimenti sanitari in Sicilia (Dupiss) riunisce la pianificazione degli investimenti infrastrutturali programmata su fonti nazionali ed europee. Redatto seguendo la MexA (metodologia ex ante),

il Dupiss è lo strumento per poter accedere alle risorse ex art. 20 previste dalla legge finanziaria 67/1988, avendo superato positivamente la valutazione tecnica del Nucleo di valutazione al Ministero della salute, e per consentire l'adeguamento perequativo necessario per lo sviluppo economico della regione.

A corredo della programmazione sanitaria regionale, gli obiettivi del Piano sanitario nazionale concorrono annualmente all'implementazione di linee strategiche di attività che sviluppano, attraverso appositi progetti, modelli di buone pratiche e/o strumenti di monitoraggio e valutazione che incidono sul profilo gestionale e sulla qualità del sistema.

IL NUOVO REGOLAMENTO SUGLI STANDARD OSPEDALIERI. IL MODELLO SICILIA

La Regione Siciliana, per rispondere alle indicazioni del Regolamento, ha definito la nuova rete ospedaliera rivedendo l'assetto organizzativo delle strutture ospedaliere e disponendo che le stesse adeguino le proprie modalità assistenziali, assicurando la presa in carico delle persone assistite, secondo livelli di gravità e di bisogno differenziati, introducendo il nuovo modello di *Ospedali Riuniti*. La Regione è tenuta, infatti, a provvedere alla riorganizzazione della rete ospedaliero-territoriale su base regionale, per bacino e provincia di riferimento, nonché per singolo Presidio, in esito a una profonda rivisitazione dei criteri e del metodo alla base dell'avvio della fase di implementazione secondo i nuovi parametri, definendo, per ogni presidio pubblico e privato sia per acuti che per post acuti, la mission specifica, il dettaglio per singola disciplina e posto letto specificamente per attività di ricovero ordinario e di day hospital e assegnando a ogni disciplina anche l'identificazione relativa alla tipologia di struttura semplice o complessa.

La revisione della rete assistenziale offre alla Regione la possibilità e l'opportunità di sviluppare ulteriori strategie d'intervento che, agendo sull'organizzazione e sull'appropriatezza clinica, investendo sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali, determinino le condizioni per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere della popolazione, nonostante il progressivo decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario e sociosanitario. La rimodulazione della rete ospedaliera e territoriale regionale prevede un allineamento progressivo agli standard previsti dal documento adottato dal comitato Lea nella seduta del 26 marzo 2012 e dal Regolamento ministeriale, richiamato dal D.L. 95/2012 convertito in legge 135/2012, prevedendo fin d'ora un piano di rimodulazione del numero delle Uoc.

I provvedimenti inerenti al riordino della rete ospedaliera dovranno essere adottati intervenendo sul miglioramento dell'appropriatezza organizzativa (trasformazione dei ricoveri in setting assistenziali più appropriati a minore consumo di risorse) e sulla ri-articolazione dell'offerta ospedaliera (dotazione posti letto, distribuzione per disciplina, articolazione Unità operative), integrando la stessa nella logica del continuum dei Livelli essenziali di assistenza.

Per effetto dell'attuazione delle normative nazionali e regionali, il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa focalizza l'attenzione sul trasferimento di ricoveri in setting assistenziali alternativi al ricovero ordinario, maggiormente adeguati alle esigenze dei pazienti e con un minor costo. Pertanto la Regione pone l'accento sulla necessità di trasferire i pazienti, dopo la fase acuta, in ricoveri in lungodegenza o riabilitazione e di trasformare quota parte dei ricoveri in assistenza sostitutiva in ambito residenziale (Rsa, hospice) e in attività ambulatoriale e/o in day service o in prestazioni da effettuarsi nell'ambito di

ospedali rifunzionalizzati (ospedali di comunità e i Presidi territoriali di assistenza - Pta), quale conseguenza della ridefinizione dell'assetto organizzativo e della mission dei Presidi ospedalieri sia a livello di bacino che di provincia.

Il modello siciliano prevede la riorganizzazione dei Presidi ospedalieri ricadenti in un medesimo distretto in *Ospedali Riuniti* multipresidio, tanto ai fini organizzativi che ai fini dell'omogenea erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, in aree geografiche critiche, nonché la loro integrazione in rete con le aree in cui sono presenti differenziati livelli assistenziali.

Il modello degli Ospedali Riuniti di distretto risponde, in analogia a quanto previsto dal Regolamento sugli standard, all'esigenza di determinare, nella fase di prima e immediata applicazione del Regolamento, riconducendo a un unico soggetto giuridico due o più Presidi sanitari ricadenti in uno stesso Distretto, le precondizioni organizzative e funzionali per la graduale riqualificazione degli stessi, sia attraverso processi di riassetto interni delle funzioni ospedaliere per acuti e post acuti in coerenza dei fabbisogni e dell'economicità di sistema, concorrendo all'allineamento agli standard regolamentari, sia attraverso processi di riconversione di quei Presidi che, all'interno del nuovo soggetto giuridico, presentino le caratteristiche di ospedali cosiddetti di comunità e di ospedale di zona particolarmente disagiata o di zona sede di insediamenti industriali.

Inoltre, in corrispondenza del nuovo modello, identificato negli Ospedali Riuniti di Distretto e delle caratteristiche dei Presidi che compongono il nuovo soggetto giuridico, la Regione ridetermina coerentemente il sistema di codifica identificativo delle singole strutture e delle funzioni ivi previste, al fine di consentire, in linea con i flussi ministeriali e del sistema informativo regionale, la puntuale tracciabilità delle attività sanitarie nei diversi livelli produttivi.

Tale riqualificazione dei nodi della rete dell'assistenza ospedaliera e territoriale, risponde, in concorso con il settore privato, alla diversificazione dell'offerta sanitaria sul territorio regionale, avuto riguardo delle peculiari caratteristiche orografiche dello stesso, degli investimenti effettuati e/o avviati nei precedenti cicli di programmazione, delle condizioni infrastrutturali relative tanto alla rete delle comunicazioni che dei servizi non sanitari, fattori questi non trascurabili nell'ambito di una pianificazione strategica che non può prescindere da una logica di intersettorialità e di analisi multilivello. Il complesso processo di trasformazione e di efficientamento della rete, così come previsto, nelle diverse fasi di avanzamento, analiticamente e temporalmente programmate, potrà gradualmente permeare la percezione da parte della collettività della nuova configurazione dei servizi rispetto alla domanda di salute, semplificando la comunicazione istituzionale e orientando a un sempre migliore uso degli stessi e delle risorse pubbliche correlate. Per l'individuazione, in fase di prima applicazione del Regolamento, delle strutture da rifunzionalizzare in ospedali cosiddetti di comunità, vengono stabiliti nel decreto i seguenti criteri di inclusione/esclusione:

1. caratteristiche generali previste all'art. 10, comma 10.1 del Regolamento ministeriale (adattabilità alle esigenze sanitarie territoriali);
 2. dislocazione territoriale (presenza di un ospedale per acuti nell'ambito dello stesso Distretto);
 3. presenza di discipline che orientano alla gestione delle cronicità, alla assistenza di tipo infermieristico e di continuità assistenziale, alla presa in carico post ricovero;
 4. previsione o meno di investimenti per adeguamenti strutturali e tecnologici;
 5. sussistenza o meno di insediamenti industriali.
- Qualora permangano all'interno dello stesso Presidio attività di livello ospedaliero e territoriale, la struttura dovrà essere organizzata al fine di ren-

dere evidente e inequivocabile l'afferenza alle rispettive aree di riferimento.

Il modello tiene conto degli obiettivi generali e specifici relativi al completamento e alla riorganizzazione della rete ai sensi del decreto legge n.95 del 6 luglio 2012, convertito, con modificazione, dalla legge n. 135 del 7 agosto 2012, che possono essere sinteticamente rappresentati come di seguito:

- individuazione dei fabbisogni di prestazioni ospedaliere, ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina e regime di ricovero;
- riduzione del numero di posti letto ospedalieri per acuti e incremento del numero di posti letto ospedalieri per post acuti;
- riduzione delle Unità operative, posizioni organizzative e di coordinamento eccedenti gli standard;
- connotazione in modo specifico di ogni Presidio della rete ospedaliera per livelli di complessità crescente e specifica mission;
- efficientamento della rete delle terapie intensive e completamento del processo di messa in sicurezza dei punti nascita;
- efficientamento della rete di emergenza-urgenza e messa a regime delle funzioni di PS e Dea di I e II livello con rifunzionalizzazione delle attività oggi in capo ad alcuni piccoli ospedali confluiti nel sistema degli Ospedali Riuniti;
- sviluppo e riorganizzazione del sistema integrato delle funzioni ospedaliere avvalendosi del modello hub and spoke;
- riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera secondo i modelli di tipo dipartimentale e per intensità di cura;
- riequilibrio dei ruoli ospedale-territorio e riorganizzazione delle attività territoriali per l'integrazione con l'ospedale e contestuale progressivo potenziamento delle attività territoriali;

- sinergia tra il sistema di offerta pubblico e il sistema di offerta privato;
- revisione delle reti di patologia in atto programmate, ove non aderenti, alle determinazioni della presente rete ospedaliera;
- riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotti volumi di attività.

In considerazione del fatto che la riorganizzazione dell'offerta ospedaliera richiede il parallelo progressivo potenziamento delle attività territoriali, attraverso la messa a punto di interventi organici di sistema, sotto gli aspetti strutturali, organizzativi e di empowerment, il processo di riordino della rete ospedaliera non può prescindere dal riordino della rete territoriale e deve contestualmente prevedere il riordino della rete del sistema emergenza-urgenza, ospedaliera-territoriale in modo da garantire all'assistito cure immediate di stabilizzazione e di trasporto tempestivo nel contesto ospedaliero più appropriato, con conseguente riduzione degli accessi a setting assistenziali impropri.

La riorganizzazione, dunque, si svilupperà attraverso la rete integrata dei servizi ospedale-territorio con il mantenimento dei piccoli presidi ospedalieri riorganizzati secondo il modello Ospedali Riuniti, al fine di garantire un livello assistenziale omogeneo con modelli tecnico-professionali condivisi, utilizzo di equipe integrate e percorsi assistenziali definiti. L'assistenza, attraverso la sperimentazione del modello Ospedali Riuniti, prevede la completa integrazione dei livelli di cura fra i diversi Presidi ospedalieri che appartengono allo stesso modello al fine di completare il percorso assistenziale tra l'alta intensità, la media intensità e la bassa intensità (per pazienti post acuti), avuto riguardo dell'integrazione e multidisciplinarietà tra i diversi apporti affinché i percorsi terapeutico-assistenziali messi in atto si potenzino completandosi.

La rete ospedaliera-territoriale dovrà essere svi-

luppata secondo una concezione dinamica dell'assistenza che assicuri l'integrazione tra i nodi della rete e possa essere modificata sulla base dell'evoluzione delle conoscenze e competenze professionali e gestionali, nonché di intervenute innovazioni legislative e fermi e impregiudicati gli effetti degli obblighi derivanti da pronunce di organi giurisdizionali.

Per le strutture private accreditate, purché monospecialistiche, il decreto prevede il mantenimento della struttura sanitaria, anche con un numero di posti letto inferiore al valore soglia previsto dal Regolamento ministeriale, con particolare riferimento alle strutture psichiatriche e a quelle sede di punto nascita di I e II livello e, nelle more della definitiva approvazione del Piano interregionale delle "Isole Minori e zone a difficoltà di accesso", in sede di Conferenza Stato-Regioni, nei Presidi in cui vengono dismessi i punti nascita, si mantengono le Unità operative di ostetricia e ginecologia per le attività, sia di ricovero ordinario che a ciclo diurno, inerenti alle prestazioni di ginecologia e ostetricia con la sola esclusione dell'evento parto.

La Regione nel corso degli anni precedenti ha già parzialmente realizzato la rideterminazione delle Unità operative, delle posizioni organizzative e di coordinamento, pertanto si è reso necessario provvedere, con tale nuovo atto di programmazione, alla rimodulazione della rete ospedaliera territoriale propedeutica alla riadozione degli atti aziendali e delle dotazioni organiche.

Il progetto di rimodulazione della rete prevede un allineamento progressivo agli standard previsti dal documento adottato dal comitato Lea nella seduta del 26 marzo 2012 e dal Regolamento ministeriale richiamato dal D.L. 95/2012 convertito in legge 135/2012 e pertanto si prevede fin d'ora un piano di rimodulazione del numero equivalente fuori standard delle Uoc².

2. http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_Decreti/PIR_Decreti2015/PIR_Decretiassessorialianno2015/D.A.%20n.%2046%20del%2014%20gen.%202015.pdf

Tutte le Uoc, secondo la disciplina di appartenenza, saranno sottoposte a valutazione comparativa utilizzando i parametri di performance, volumi, esiti e appropriatezza erogativa.

Analoga previsione dovrà essere effettuata in riferimento alle discipline il cui numero complessivo fra erogatori pubblici e privati eccede lo standard di riferimento di cui al Regolamento, nonché per il numero dei posti letto equivalenti eccedenti lo standard.

Al termine della valutazione, qualora le Uoc siano rappresentative del corrispondente livello di complessità e di presenza territoriale, anche se interessate da valutazione negativa, le stesse continuano a essere mantenute nel rispetto delle funzioni minime previste nel Regolamento ministeriale; in ogni caso le predette Uoc devono rispondere agli standard di sicurezza e qualità previste dalla normativa di settore.

Gli effetti del riordino della rete ospedaliera, potranno essere valutati solo in progress avviando un percorso complesso che richiede l'attivazione, trasformazione e dismissione di attività, adeguamenti strutturali, tecnologici, processi di adeguamento della dotazione organica nonché delle procedure di assegnazione, mobilità di personale e formazione dello stesso.

Concludendo, il nuovo progetto di rete contiene una puntuale rideterminazione dei posti letto

per acuti e per riabilitazione e lungodegenza per bacino, per singola provincia, per singola Azienda, in coerenza con la prospettiva di riordino del sistema sanitario ospedaliero e territoriale, adeguandola tendenzialmente ai parametri e agli standard previsti nell'arco del prossimo triennio di validità del Pocs (Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale). Tale rideterminazione è stata frutto di un percorso virtuoso di confronti con le singole Aziende sanitarie, con la VI Commissione legislativa competente per materia anche rispetto ai diversi territori della Regione, con Agenas, con Aiop, con la Conferenza dei Sindaci, con gli Ordini dei medici e degli odontoiatri e con le società scientifiche.

Poiché tale atto di programmazione ha valenza pluriennale, gli effetti dello stesso dovranno essere sistematicamente monitorati a cadenza semestrale, al fine di valutarne lo stato di attuazione, l'efficacia degli interventi avvalendosi di tutti gli strumenti disponibili e utili allo scopo e orientare, ove necessario, le scelte programmatiche a livello regionale e aziendale; tanto anche al fine di riqualificare i servizi sanitari, garantire maggiore soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso di assicurare un più adeguato controllo della spesa.

BIBLIOGRAFIA

■ Legge 5/2009

<http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g09-17o/g09-17o.html>

■ Programma operativo

http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_PianoSanitarioRegionale2011/PROGRAMMA_OPERATIVO_DEFINITIVO.pdf

■ Piano per la salute

http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_PianoSanitarioRegionale2011/Piano_Sanitario_Regionale_2011_-_2013_-_Allegato_definiti

■ Pocs

http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_Decreti/PIR_Decreti2014/PIR_Aprile2014/PIR_POCS20132015

■ Dupiss

http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_PianoSanitarioRegionale2011/DUPISS%209%20LUGLIO%20FINALE%20CON%20FIRMA.pdf

■ Decreto rete ospedaliera

<http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g15-04o/g15-04o>

Il Regolamento



Presidenza del Consiglio dei Ministri

Regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, in attuazione dell’articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311” e dell’articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135

Repertorio Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015

66

mobar

RT. I

Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera

1. Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera delle strutture dedicate all’assistenza ospedaliera sono individuati nell’Allegato 1 che costituisce parte integrante del presente Regolamento.

2. Le regioni provvedono, entro il 31 dicembre 2014, ad adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, a un livello non superiore a 3,7 posti letto (pl) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, e i relativi provvedimenti attuativi, garantendo il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto nel corso del triennio 2014-2016, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, nell’ambito della propria autonomia organizzativa nell’erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni.

3. Ai fini del calcolo della dotazione dei posti letto di cui al comma 2, in ciascuna regione:

a) si fa riferimento alla popolazione residente in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro-livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale di cui all’articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;

b) il numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alla lettera a), è incrementato o decrementato nel modo che segue per tenere conto della mobilità tra regioni:

1. si calcola il costo medio per posto letto a livello nazionale, dividendo il costo complessivo nazionale dell'assistenza ospedaliera, contabilizzato nel modello economico LA consolidato regionale relativo all'anno 2012 e il numero dei posti letto effettivi che risultino attivi nei reparti ospedalieri al 1° gennaio 2013 e rilevati nei modelli utilizzati per la verifica annuale dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'Intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;
2. si divide il costo medio per posto letto a livello nazionale per il valore finanziario del saldo di mobilità attiva e passiva riferito al flusso dei ricoveri di ciascuna regione, come riportato nella matrice della mobilità utilizzata per la determinazione del fabbisogno sanitario regionale per l'ultimo anno disponibile al fine di individuare il numero dei posti letto equivalenti utilizzati per la mobilità dei pazienti tra le regioni;
3. tale numero di posti letto equivalenti viene moltiplicato per un coefficiente di 0,80. Il suddetto coefficiente di 0,80 è ridotto a 0,65 a decorrere dall'anno 2016;
4. l'allineamento alla dotazione attesa, nelle Regioni in piano di rientro, avverrà progressivamente entro il triennio di attuazione del Patto per la salute 2014-2016, nei tempi e con le modalità definite nei vigenti Programmi operativi 2013-2015 ovvero nei piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del Servizio sanitario regionale, così come ridefiniti ai sensi dell'articolo 12 del nuovo Patto per la salute 2014-2016.

c) sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nella rela-

tiva dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore a un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione dei posti presso: le strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale, le strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (repertorio 30/CSR-2011), nonché le strutture sanitarie 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). A tal fine le regioni certificano, con riferimento ai posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, il numero dei posti con costo giornaliero inferiore al valore soglia, il numero di quelli con costo giornaliero superiore al valore soglia, il numero di quelli con specifica finalità assistenziale come definita dal presente comma;

d) con successivi provvedimenti programmatici saranno adottate disposizioni dirette ad assicurare, nell'ulteriore processo di riassetto delle reti ospedaliere il raggiungimento di 3,7 posti letto per mille abitanti in ciascuna regione, fermo restando il rispetto di tale parametro a livello nazionale.

4. In relazione al numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alle previsioni del comma 3, l'allineamento è realizzato e diventa

vincolante, in incremento, solo se necessario al fine di realizzare l'obiettivo di rispettare il tasso di ospedalizzazione del 160/1000 abitanti.

5. I provvedimenti regionali di cui al comma 2 sono adottati in modo da:

- procedere alla classificazione delle strutture ospedaliere in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1, prevedendo, per le strutture ospedaliere private, la soglia indicata nel punto 2.5 del medesimo paragrafo, per l'accreditabilità e la sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali.

Le regioni, nell'ambito delle procedure di accreditamento adottano le opportune iniziative affinché gli erogatori privati accreditati, ivi compresi gli ospedali classificati ai sensi della legge 132/1968 e della legge 817/1973, trasmettano alla regione stessa annualmente il proprio bilancio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. Tale adempimento è previsto negli accordi contrattuali e nei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 502/1992 e s.m.i. Le regioni dispongono che tra i requisiti di accreditamento sia ricompresa l'applicazione delle norme di cui al D.lgs 231/2001:

- perseguire gli standard per disciplina indicati nel paragrafo 3 dell'Allegato 1, tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline e fatto salvo quanto previsto dai protocolli d'intesa Università Regione limitatamente alle regioni che, avendo una popolazione inferiore ai due milioni di abitanti, ospitano una sola azienda ospedaliero-universitaria, alla data di emanazione del presente decreto, fermo restando il rispetto dello standard di dotazione dei posti letto di cui ai commi 2 e 3;
- assumere come riferimento quanto indicato nel paragrafo 4 dell'Allegato 1, in materia di

rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e del *risk management*, provvedendo altresì ad assicurare modalità di integrazione aziendale e interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal Pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza;

- applicare gli standard generali di qualità di cui al paragrafo 5 dell'Allegato 1;
- applicare gli standard di cui al paragrafo 6.3, tenendo presenti le indicazioni contenute nel decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189;
- tener conto degli ulteriori standard indicati nei paragrafi 6 e 7 dell'Allegato 1 in materia di standard organizzativi, strutturali e tecnologici e di standard per le alte specialità;
- assicurare forme di centralizzazione di livello sovra-aziendale per alcune attività caratterizzate da economia di scala e da diretto rapporto volumi/qualità dei servizi, tra le quali alcune specifiche linee di attività del sistema trasfusionale, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012;
- articolare la rete ospedaliera nelle reti per patologia in base a quanto indicato nel paragrafo 8 dell'Allegato 1; oltre al modello *hub and spoke* previsto espressamente per alcune reti nella quali risulta più appropriato, adottare altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica;
- adeguare la rete dell'emergenza-urgenza alle indicazioni contenute nel paragrafo 9 dell'Allegato 1, anche prevedendo specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero

nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso, comunque nel rispetto degli standard di cui al comma 2;

- definire un documento che, tenendo conto di quanto riportato nel paragrafo 10 dell'Allegato 1, individua le regole di integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati;
- assumere come riferimento, nelle more dell'adozione di uno specifico accordo da sancire in sede di Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, quanto indicato in materia di strutture per la chirurgia ambulatoriale nell'Appendice 2 dell'Allegato 1.

ART. 2

Clausola di invarianza finanziaria

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano attuano il presente Regolamento senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale.

ART. 3

Regioni a statuto speciale e province autonome

1. Le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le Regioni e le Province autonome, che provvedono autonomamente al finanziamento del servizio sanitario regionale esclusivamente con fondi del proprio bilancio, compatibilmente con le pe-

culiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.

Il presente regolamento viene inviato, per il visto e per la registrazione alla Corte dei conti e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente regolamento, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

ALLEGATO I

Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135

1. PREMESSA, OBIETTIVI E AMBITI DI APPLICAZIONE

1.1. I significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria e in particolare in quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del Ssn, partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione della *Clinical governance* e la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, nonché gli impegni che discendono dall'appartenenza alla comunità europea, anche a seguito dell'adozione della Direttiva EU/24/2011 sulla mobilità transfrontaliera e la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate.

Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare

secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione, nel rispetto della dignità della persona. Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni – epidemiologica, demografica e sociale – che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni. Un tale cambiamento strutturale e organizzativo determina una inevitabile redistribuzione delle risorse che può essere oggettivamente ed equamente effettuata attraverso la valutazione dei volumi e strategicità delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici.

1.2. In tal senso l'art. 15, comma 13, lettera c) del DL 95/2012 convertito dalla legge 135/2012 ha previsto la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, al fine di rendere la rete ospedaliera in grado di rispondere in maniera adeguata ai nuovi bisogni e alle nuove modalità del loro estrinsecarsi.

In questa logica, per promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza. La conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media e del tasso di ospedalizzazione, consentirà che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre

in un netto miglioramento del Ssn nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato da un lato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro con l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui sono radicati.

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere a una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) a insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un *setting* tecnologicamente e organizzativamente articolato e complesso per essere affrontate in maniera adeguata alla patologia e al bisogno di pazienti con problemi di salute caratterizzati da acuzie e gravità ovvero, nei reparti per la post acuzie, da peculiari esigenze sanitarie e riabilitative. In ogni caso, l'ospedale assicura la gestione del Percorso diagnostico terapeutico (Pdt) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocatione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare. Tale logica di rete deve includere l'individuazione di poli d'eccellenza a livello nazionale e deve essere considerata in una visione solidaristica tra regioni per la soddisfazione dei casi di particolare complessità (come già avviene in campo trapiantologico). La rete assistenziale ospedaliera deve essere formalmente definita e resa nota ai cittadini.

La gestione dei posti letto deve avvenire pertanto con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal Pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza. È raccomandata anche l'informatizzazione delle disponibilità dei posti letto per aree geografiche.

L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di Linee guida per la gestione integrata dei Pdt per le patologie complesse e a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Le Regioni avviano programmi di telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche ove ciò sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete.

1.3. Il presente documento, fermi restando i criteri di accreditamento già fissati dalle singole regioni in riferimento alle singole strutture pubbliche e private, nonché quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, definisce le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità clinico-assistenziale della struttura e alla sua interazione sinergica nell'ambito della rete assistenziale territoriale, fissando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e promuovendo l'ampliamento degli ambiti

dell'appropriatezza, efficacia, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure.

In materia di qualità e sicurezza strutturale si applicano i contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture.

Per quanto attiene alle strutture sanitarie pubbliche si richiamano gli standard sulle unità operative semplici e complesse, approvati nella seduta del 26 marzo 2012 dal Comitato ex art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, lettera b) del Patto per la salute 2010-2012.

1.4. Per promuovere un uso appropriato dell'ospedale, ai fini di migliorare la qualità dell'assistenza offrendo al paziente la giusta intensità di cura per le sue condizioni cliniche, nel *setting* assistenziale più rispondente ai suoi bisogni, è indispensabile che le Regioni, nel recepire i contenuti del presente provvedimento, adottino anche un atto di indirizzo alle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale nonché alle strutture private accreditate, relativo a specifici criteri per l'ammissione ai trattamenti ospedalieri sia di elezione che in condizioni di emergenza-urgenza. I criteri dovranno essere definiti tenuto conto di linee guida elaborate da un tavolo tecnico che verrà istituito entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento presso il Ministero della salute, composto da rappresentanti del Ministero stesso, Agenas, Regioni e P.A., e stabilite con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Le linee guida dovranno fornire indicazioni, in modo che i criteri di ammissione ai trattamenti ospedalieri:

- a) siano finalizzati a valutare e selezionare i pazienti ai fini dell'ammissione sotto il profilo di:
 - severità della condizione clinica/evento mor-

- boso/trauma che ha portato il paziente in ospedale
- intensità/complessità dell’assistenza necessaria.
- b) siano specificamente definiti per l’ammissione in:
- ricovero ordinario in strutture/UO ospedaliere per acuti
 - ricoveri diurni in strutture/UO ospedaliere per acuti
 - ricoveri ordinari in strutture/UO ospedaliere per lungodegenza
 - ricoveri ordinari in strutture/UO ospedaliere per riabilitazione
 - ricoveri diurni in strutture/UO ospedaliere per riabilitazione
 - osservazione breve.

1.5. Le Regioni nell’adottare la riorganizzazione della rete ospedaliera nel rispetto della dotazione di p.l. previsti dalla citata legge 135/2012, assumono come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. In tal senso, ai fini del corretto calcolo del tasso di ospedalizzazione, per ogni trasferimento del paziente ad altro tipo di attività o regime di ricovero, si richiamano le indicazioni già operanti a livello nazionale in materia di compilazione di distinte schede di dimissione ospedaliera nel passaggio da un’attività/regime di ricovero ad altro, ad esempio da ricovero ordinario a ricovero diurno o da ricovero per acuti a ricovero in recupero e riabilitazione funzionale o lungodegenza.

2. CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

2.1. La programmazione regionale provvede alla definizione della rete dei posti letto ospedalieri per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni en-

tro il limite di 3 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalità di cui all’articolo 1, comma 3 del presente decreto e in base alla classificazione di cui ai successivi punti 2.2 e seguenti, declinata secondo l’organizzazione per complessità e intensità di cura.

L’organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti, tramite un modello in rete organizzato in base alle specificità di contesto, concorre a rispondere in maniera appropriata agli obiettivi individuati nel precedente paragrafo. Le strutture ospedaliere, comprese quelle in cui non tutte le specialità previste nei presidi sono dotate di posti letto dedicati, prevedono tre livelli a complessità crescente.

2.2. I presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto dal successivo punto 9.2.2, sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di “Osservazione Breve Intensiva”.

2.3. I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di DEA di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la preve-

dono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di “Osservazione Breve Intensiva” e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

2.4. I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende Ospedaliere, alle Aziende Ospedaliere universitarie, a taluni IRCCS e a Presidi di grandi dimensioni della ASL. Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l’Ospedale di I Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell’Ospedale di I Livello, quali a titolo indicativo, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza di cui al successivo punto 3.: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Neurochirurgia, Cardiocirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità; devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con almeno T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Nelle regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti, con uno scostamento del 6%, l’attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata

interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del bacino di utenza sopra indicato. Tale accordo interregionale va stipulato entro il 31 dicembre 2014.

2.5. I provvedimenti regionali di cui all’articolo 1, comma 2, del presente decreto stabiliscono 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 e i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale, considerando la presenza delle specialità previste per i tre livelli a complessità crescente di cui ai punti 2.2, 2.3 e 2.4, e sono prevedibili, altresì, strutture con compiti complementari e di integrazione all’interno della rete ospedaliera, stabilendo altresì che, a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti secondo le modalità di cui all’ultimo periodo del presente punto. Al fine di realizzare l’efficientamento della rete ospedaliera, per le strutture accreditate già esistenti alla data del 1° gennaio 2014, che non raggiungono la soglia dei 60 posti accreditati per acuti, anche se dislocate in siti diversi all’interno della stessa Regione, sono favoriti i processi di riconversione e/o di fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell’accredimento da realizzarsi entro il 30 settembre 2016 al fine di consentirne la piena operatività dal 1° gennaio 2017. In questi casi, con riferimento al nuovo soggetto giuridico ai fini dell’accredimento, la soglia dei p.l. complessivi non può es-

sere inferiore a 80 p.l. per acuti e le preesistenti strutture sanitarie che lo compongono devono assicurare attività affini e complementari. Di norma, il processo di fusione delle suddette strutture deve privilegiare l'aggregazione delle stesse in unica sede e, preliminarmente, ciascuna struttura oggetto di aggregazione finalizzata alla costituzione del nuovo soggetto accreditato deve possedere una dotazione di p.l. autorizzati e accreditati non inferiore a 40 posti letto per acuti. Gli eventuali processi di rimodulazione delle specialità delle strutture accreditate verranno effettuati in base alle esigenze di programmazione regionale. Conseguentemente dal 1° luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti. Dal 1° gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non sono state interessate dalle aggregazioni di cui al precedente periodo. Con specifica Intesa in Conferenza Stato-Regioni da sottoscrivere entro il 30 settembre 2014 sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti.

2.6. La programmazione regionale provvede alla attribuzione ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, anche monospecialistici, delle funzioni di lungodegenza e riabilitazione, entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalità di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto, di cui almeno 0,2 per la lungodegenza. Le funzioni della riabilitazione ospedaliera sono quelle indicate dal documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per

i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprensivi dei posti letto di neuro-riabilitazione entro un limite di 0,02 p.l. per mille abitanti.

2.7. I processi di riconversione al trattamento dei pazienti post acuti delle strutture per acuti da disattivare ai sensi del punto 2.5 sono attuati nel rispetto dello standard fissato, dal presente provvedimento, per la lungodegenza e la riabilitazione.

3. STANDARD MINIMI E MASSIMI DI STRUTTURE PER SINGOLA DISCIPLINA

3.1. Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3,7/1000 ab) e al tasso di ospedalizzazione (160/1000 ab.), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni. Pertanto sulla base del tasso di ospedalizzazione atteso (160 per 1000 abitanti) di ricoveri appropriati facendo riferimento alle Regioni con migliore performance sui tassi di ospedalizzazione, suddividendo per singola disciplina il tasso complessivo, si sono individuati i tassi di ospedalizzazione attesi per disciplina o specialità clinica e i relativi bacini di utenza. Per i Servizi senza posti letto si fa riferimento a volumi di prestazione attesi in appropriatezza ed efficienza dimensionale. L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera pertanto deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di seguito indicati, laddove le Regioni non dimostrino di avere già strutturato una rete, con caratteristiche di efficacia e appropriatezza, con un numero di strutture inferiore allo standard previsto.

Disciplina o specialità clinica	Bacino di utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
	Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo
Allergologia			2	1
Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15
Cardiochirurgia infantile	6	4		
Cardiochirurgia	1,2	0,6		
Cardiologia	0,3	0,15		
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)			0,6	0,3
Chirurgia generale	0,2	0,1		
Chirurgia maxillo-facciale	2	1		
Chirurgia pediatrica	2,5	1,5		
Chirurgia plastica	2	1		
Chirurgia toracica	1,5	0,8		
Chirurgia vascolare	0,8	0,4		
Ematologia	1,2	0,6		
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	1,2	0,6		
Immunologia e centro trapianti			4	2
Geriatrics	0,8	0,4		
Malattie infettive e tropicali	1,2	0,6		
Medicina del lavoro	2	1		
Medicina generale	0,15	0,08		
Nefrologia	1,2	0,6		
Neurochirurgia	1,2	0,6		
Neurologia	0,3	0,15		
Neuropsichiatria infantile	4	2		
Oculistica	0,3	0,15		
Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4		
Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1		
Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15		
Otorinolaringoiatria	0,3	0,15		
Pediatria	0,3	0,15		
Psichiatria	0,3	0,15		
Tossicologia			6	4
Urologia	0,3	0,15		
Grandi ustionati	6	4		
Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2		
Terapia intensiva	0,3	0,15		
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	0,3	0,15		
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	0,3	0,15		

Disciplina o specialità clinica	Bacino di utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
	Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo
Dermatologia	1,2	0,6		
Emodialisi			0,6	0,3
Terapia del dolore	4	2,5	0,5	0,3
Farmacologia clinica			n.a.	
Recupero e riabilitazione funzionale*				
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia	4	2		
Gastroenterologia	0,8	0,4		
Lungodegenti	0,15	0,08		
Medicina nucleare**	4	2	1,2	0,6
Neonatologia	1,2	0,6		
Oncologia	0,6	0,3	0,3	0,15
Oncoematologia pediatrica	4	2		
Oncoematologia (vedere Ematologia)	0			
Pneumologia	0,8	0,4		
Radiologia			0,3	0,15
Radioterapia (vedere radioterapia oncologica)				
Reumatologia	1,2	0,6		
Terapia intensiva neonatale	1,2	0,6		
Radioterapia oncologica			1,2	0,6
Neuroriabilitazione	1,2	0,6		
Neurochirurgia pediatrica	6	4		
Nefrologia pediatrica	6	4		
Urologia pediatrica	6	4		
Anestesia e rianimazione (vedere terapia intensiva)				
Farmacia ospedaliera			0,3	0,15
Laboratorio d'analisi			0,3	0,15
Microbiologia e virologia			1,2	0,6
Fisica sanitaria			1,2	0,6
Servizio trasfusionale***			0,3	0,15
Neuroradiologia			2	1
Genetica medica			4	2
Dietetica/dietologia			1,2	0,6
Direzione sanitaria di presidio			0,3	0,15

* Le soglie minima e massima verranno definite con un documento elaborato da un tavolo Ministero/Regioni

** Vanno previsti p.l. protetti in base al D.Lgs.187/2000

*** I bacini di utenza devono essere coerenti con le previsioni dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 e del 25 luglio 2012, con riferimento alle attività di preparazione e trattamento degli emocomponenti

Nota: Alcune specialità cliniche possono essere gestite con una unica struttura organizzativa (a titolo di esempio, nefrologia e dialisi).

Per alcune specialità (ad esempio geriatria e medicina generale, neuropsichiatria infantile pediatria e psichiatria) le Regioni potranno rimodulare i posti letto, sulla base della domanda di salute, fermo restando il numero complessivo dei posti letto.

La tabella rappresenta un documento unico in cui si trattano l'organizzazione e il dimensionamento delle tre reti principali del sistema sanitario: Emergenza-urgenza, Ospedaliera e Territoriale.

Nell'ambito della rete ospedaliera è stato articolato il dimensionamento delle diverse discipline in dipendenza del bacino di utenza. Il bacino di utenza della singola disciplina è stato calcolato sulla base delle patologie normalmente trattate dalla disciplina, della frequenza delle patologie nella popolazione e della numerosità minima di casi per motivare un reparto ospedaliero con un Direttore di struttura complessa. Un altro parametro preso in considerazione è la necessità di una corretta articolazione dei presidi ospedalieri nella rete di Emergenza-urgenza, in particolare per i DEA di primo e di secondo livello che formano la "dorsale" di questa rete.

Il percorso per l'applicazione della tabella di cui sopra è il seguente:

1. identificazione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere di acuzie e lungodegenza e riabilitazione post acuzie applicando un percorso di appropriatezza sui ricoveri effettivamente erogati e con una eventuale correzione per la mobilità in considerazione dei volumi di attività dell'Emergenza-urgenza, in ambito Ospedaliero e Territoriale, fermo restando le attività di ricovero di alcune regioni virtuose;
2. calcolo del numero corrispondente di posti letto normalizzati (pubblico e privato) presupponendo un utilizzo efficiente di ciascun posto letto (tipicamente un utilizzo medio tra l'80% e il 90% durante l'anno); il calcolo è effettuato per una sua applicazione sia per l'intera regione sia per le aree omogenee della regione ed è articolato anche per singola specialità;
3. il disegno della rete ospedaliera (pubblica e privata) parte dai presidi e dalle specialità necessarie a garantire la rete di Emergenza-urgenza e definisce il bacino di utenza di ciascuna specia-

lità, il fabbisogno di prestazioni ospedaliere e di posti letto normalizzati relativi nonché delle strutture pubbliche e private esistenti;

4. nel definire il modello organizzativo dei singoli presidi la regione provvederà ad assicurare modalità di integrazione aziendale e interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello per intensità di cure.

L'applicazione del percorso sopra definito prevede dati in riduzione rispetto ai parametri relativi ai posti letto esistenti al momento (4,0 PL per mille abitanti di cui 0,7 PL per le discipline di lungodegenza e riabilitazione post acuzie) per renderlo coerenti con la riduzione al 3,7. La riduzione del fabbisogno di posti letto deriva sia dal percorso di appropriatezza che prevede una conversione di ricoveri ordinari in day hospital e prestazioni territoriali e la conversione di ricoveri in day hospital in prestazioni territoriali, sia dal calcolo dei posti letto normalizzati nel caso di scarso utilizzo dei posti letto esistenti. Il numero di strutture complesse ospedaliere risultanti è anche perfettamente compatibile con l'orientamento del Ministero della salute (17,5 PL per Struttura Complessa previsto dal Comitato Lea) e lo declina per singola disciplina.

Inoltre l'introduzione di soglie di volumi minime comporterà un'ulteriore riduzione, in particolare per le strutture complesse delle discipline chirurgiche, che nelle regioni in piano di rientro si aggira sul 25% mentre nelle restanti regioni su circa il 10%. Per l'area medica la riduzione è minore ma comunque significativa per la rete Cardiologica.

Per quanto concerne le strutture complesse senza posti letto (laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, centro trasfusionale, direzione sanitaria, farmacia ospedaliera, ecc.) si è identificato, sulla base delle prestazioni attese, nonché della necessità della presenza di tali discipline nei Dea di I livello, un bacino di utenza tra 150.000/300.000 abitanti.

La variabilità dei bacini di utenza tiene conto dei tempi di percorrenza dei cittadini, calcolata anche con la georeferenziazione, e quindi, le regioni dovranno utilizzare i bacini minimi in presenza di territori a bassa densità abitativa e quelli massimi in caso opposto.

3.2. I parametri sopra indicati tengono conto della necessità, per l'alta specialità, di offrire una buona qualità di prestazioni, attraverso una concentrazione in un numero limitato di presidi con un ampio bacino d'utenza per ciascuna struttura organizzativa. Esempi di queste discipline sono i grandi ustionati, la cardiocirurgia, alcune specifiche attività di testing e di preparazione del sistema trasfusionale. Normalmente esse trovano posto in una o più strutture, oppure possono essere dislocate nell'ottica di un'area di utenza maggiore della Regione ed essere oggetto di contrattazione tra Regioni confinanti, da definirsi secondo le indicazioni contenute nel nuovo Patto per la salute 2014-2016. Altre discipline sono di media diffusione e sono presenti presso una o più strutture nell'ambito di ciascuna area geografica. Le discipline ad alta e altissima diffusione sono quelle che rappresentano l'offerta base di ogni presidio ospedaliero pubblico. Nella determinazione del numero di posti letto per disciplina, la programmazione regionale può seguire il seguente percorso:

1. Identificare, partendo dai ricoveri appropriati per ciascuna disciplina, il tasso di ospedalizzazione che, prendendo in considerazione la struttura della popolazione e la mobilità attiva/passiva "strutturale", porta complessivamente a un dato compatibile con l'obiettivo nazionale. Il tasso di ospedalizzazione include ricoveri ordinari e day hospital, ma non il nido.
2. Individuare, per ciascuna disciplina, la degenza media relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni.

3. Determinare il tasso di occupazione standard da utilizzare nel calcolo.

4. Calcolare, sulla base dei punti precedenti, il numero regionale totale di posti letto.

5. Sulla base dei ricoveri appropriati e della programmazione regionale determinare la quota dei ricoveri fornita dagli erogatori pubblici.

6. Calcolare il numero di posti letto atteso nelle strutture pubbliche e nelle strutture private.

Nelle regioni con popolazione inferiore ai valori soglia del bacino di utenza per specifica disciplina sopra indicati, l'attivazione o la conferma, nei propri presidi ospedalieri pubblici o privati accreditati, di strutture operative della specifica disciplina è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del relativo bacino di utenza, secondo le indicazioni contenute nel nuovo Patto per la salute 2014-2016.

4. VOLUMI ED ESITI

4.1. La necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, comporta necessariamente una riconversione di servizi, strutture e ospedali, per far fronte ai mutati bisogni demografici epidemiologici, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere. In tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti. L'unità di riferimento per valutare opzioni di razionalizzazione della rete ospedaliera è rappresentata dai volumi di attività specifici per processi assistenziali (percorsi diagnostico-terapeutici) e l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, a cui deve fare seguito un coerente numero di posti letto, nel contesto di un efficace sistema di *governance*.

4.2. Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze o altri esiti), e in particolare per:

- a) Chirurgia del Cancro Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica;
- b) Procedure chirurgiche: Colecistectomia; Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, By pass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori, Artroplastica ginocchio e anca, frattura femore;
- c) Processi e percorsi diagnostico-terapeutici: TIN e Maternità; Infarto del miocardio.

4.3. Per queste e per altre attività cliniche, procedure e percorsi diagnostico-terapeutici la revisione sistematica continua della letteratura scientifica consentirà di identificare e aggiornare continuamente le conoscenze disponibili sulla associazione tra volumi di attività e qualità delle cure. Agenas, avvalendosi di specifiche competenze scientifiche, ha la funzione di aggiornare costantemente le conoscenze disponibili sul rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure.

4.4. Per le attività cliniche di cui ai punti a) e b), le unità di riferimento dei volumi di attività sono attualmente le unità operative complesse e, quando saranno disponibili dati della SDO opportunamente modificata, i singoli operatori. Per le attività di cui al punto c) le unità di riferimento sono gli istituti di cura-ospedalieri.

4.5. Per numerosi percorsi diagnostico-terapeutici, procedure e attività cliniche, sono misurabili sistematicamente (anche in termini di processi misurabili sistematicamente fortemente predittivi di esiti di salute non misurabili sistematica-

mente) gli esiti e possono essere identificati valori di rischi di esito al di sotto (per gli esiti positivi) o al di sopra dei quali alle strutture (UOC o ospedali, ove applicabile) non possono essere riconosciuti i requisiti di accreditamento specifici. Per queste linee di produzione ospedaliera, per le quali è definita l'associazione volumi-esiti, la letteratura scientifica non consente di identificare in modo univoco soglie di volume al di sotto delle quali non possono aversi sufficienti garanzie di efficacia e sicurezza. Tali soglie minime possono essere, tuttavia, scelte sulla base soprattutto di criteri costi-efficacia e di rapporto con i fabbisogni specifici.

Il rapporto osservato tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità specifica di strutture per ciascun valore del rapporto tra volumi ed esiti, consente di effettuare valutazioni di impatto per la scelta di soglie di volume e soglie di esiti.

4.6. Sia per volumi che per esiti, le soglie minime, identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento. Entro 6 mesi dalla data di emanazione del presente Regolamento, verranno definiti i valori soglia per volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori, e soglie per rischi di esito. A tal fine si prevede di istituire, presso l'Agenas un tavolo tecnico composto da rappresentanti del Ministero della salute, Agenas, Regioni e P.A., che provvederà anche a formulare proposte per l'aggiornamento periodico delle soglie di volume e di esito sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili da recepire come integrazione del presente Regolamento.

Le soglie identificate si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati. Nelle more di tali definizioni anche di tipo qualitativo, tenuto conto anche degli aspetti correlati all'efficienza nell'u-

utilizzo delle strutture si definiscono valide le seguenti soglie minime di volume di attività:

Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI
Maternità	Si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010

e le seguenti soglie di rischio di esito:

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età >= 65 anni	minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti	massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%
Intervento di By pass aorto-coronarico isolato, mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%

4.7. Entro sei mesi dalla data di approvazione del presente Regolamento, nella attuazione delle procedure di riconversione e di accreditamento della rete ospedaliera in applicazione dei criteri di cui sopra le Regioni e P.A. dovranno:

- identificare, in relazione alle risorse disponibili, le strutture (Ospedali e Unità Operative in relazione allo specifico requisito) che possono svolgere le funzioni assistenziali identificate, per garantire le soglie di volume e di esito stabilite;
- definire modalità e tempi definiti di attuazione degli interventi di riconversione;
- identificare strutture (Ospedali e Unità Operative in relazione allo specifico requisito) per le quali, in relazione alle risorse disponibili, non sono determinabili condizioni e interventi che consentano il rispetto dei requisiti di volume ed esito rispetto al volume complessivo e di attività e per le quali pertanto si determinano le condizioni per la disattivazione;

- adottare procedure di controllo e di auditing clinico e organizzativo per prevenire i fenomeni opportunistici di selezione dei pazienti e/o di inappropriatezza, prevedendo le relative misure sanzionatorie;
- adottare misure per regolare l'ingresso nel sistema di nuove strutture erogatrici, in particolare per quanto riguarda i tempi per la verifica dei requisiti di volume e di esito.

Le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal PNE di Agenas ai sensi del comma 25 bis dell'art. 15 della legge 135/2012.

5. STANDARD GENERALI DI QUALITÀ

5.1. I requisiti di autorizzazione e di accreditamento definiti dalle Regioni in attuazione del DPR 14.01.1997 e delle successive disposizioni regionali in materia, nonché in attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, sono applicati ed eventualmente integrati, per le finalità del presente provvedimento, tenendo conto delle indicazioni che seguono.

5.2. È necessario promuovere e attivare standard organizzativi secondo il modello di *Clinical governance*, per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile (*accountability*), centrato sui bisogni della persona. Le strutture ospedaliere declinano le dimensioni della *Clinical governance*, secondo linee di indirizzo e profili organizzativi. Tali linee di indirizzo verranno elaborate da un tavolo tecnico istituito presso il Mi-

nistro della salute, composto da rappresentanti del Ministero della salute, Agenas e Regioni e P.A., entro 6 mesi dall'emanazione del presente Regolamento, che comprendano almeno i programmi di seguito specificati, ordinati per livelli organizzativi, assicurando un programma di valutazione sistematico.

5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello

Lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di:

- Gestione del rischio clinico
 - Sistema di segnalazione degli eventi avversi
 - Identificazione del paziente, Checklist operatoria e Scheda unica di terapia
 - Sistemi di reporting delle infezioni correlate all'assistenza, Sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione disinfezione e sterilizzazione, Protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani
 - Programmi di formazione specifica.
- Evidence Based Medicine e Health Technology Assessment
 - Implementazione di linee guida e Definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici
 - Acquisizione delle valutazioni delle tecnologie sanitarie prodotte a livello nazionale e internazionale
 - Partecipazione a reti di HTA, facenti capo alla rete nazionale HTA coordinata dalla Agenas.
- Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche
 - Misurazione della performance clinica e degli esiti
 - Audit Clinico
 - Valutazione della qualità percepita dell'assistenza dai cittadini/pazienti.

- Documentazione sanitaria, Comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente
 - Integrazione dei sistemi informativi relativi alla trasmissione di informazioni sia di carattere gestionale che sanitario
 - Disponibilità delle informazioni da rendere ai cittadini via web o con altri metodi di comunicazione
 - Procedure di comunicazione con i pazienti per il coinvolgimento attivo nel processo di cura.
- Formazione continua del personale
 - Rilevazione e valutazione sistematica dei bisogni formativi, con particolare attenzione alla introduzione di innovazioni tecnologiche e organizzative nonché all’inserimento di nuovo personale
 - Valutazione dell’efficacia dei programmi formativi attuati.

5.4. Standard per le strutture di II Livello

Le strutture di II livello, oltre a garantire quanto previsto per le strutture di I livello, svolgono un ruolo di promozione e sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili ad altre strutture di I/II livello in ambito regionale e nazionale.

Gli standard individuati devono essere periodicamente aggiornati in base alle conoscenze e alle evidenze scientifiche che si renderanno disponibili.

6. STANDARD ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

6.1. I requisiti di autorizzazione e di accreditamento definiti dalle Regioni in attuazione del DPR 14.01.1997 e delle successive disposizioni regionali in materia sono applicati ed eventualmente integrati, per le finalità del presente provvedimento, nonché in attuazione a quanto previsto dall’Intesa

Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 recante: “Disciplinare sulla revisione della normativa dell’Accreditamento” e successive disposizioni, tenendo conto delle indicazioni che seguono.

6.2. Nei presidi ospedalieri il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale non può superare il valore del 7 per cento.

6.3. Ogni struttura, tenendo anche conto del suo interfacciamento con la componente impiantistica e con le attrezzature, ha l’obbligo del rispetto, con controlli periodici, dei contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture con riferimento a:

- protezione antisismica;
- antincendio;
- radioprotezione;
- sicurezza per i pazienti, degli operatori e soggetti ad essi equiparati;
- rispetto della privacy sia per gli aspetti amministrativi che sanitari;
- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza delle attrezzature biomedicali;
- graduale sostenibilità energetico-ambientale in termini di riduzione dei consumi energetici;
- smaltimento dei rifiuti;
- controlli periodici per gli ambienti che ospitano aree di emergenza, sale operatorie, rianimazione e terapie intensive e medicina nucleare;
- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza degli impianti tecnici e delle attrezzature biomedicali;
- controllo periodico della rispondenza delle opere edilizie alle normative vigenti.

6.4. Va promossa una completa informatizzazione delle procedure e dei servizi, compresa la gestione dei rapporti con il pazienti e *care-*

giver informali per il monitoraggio e consulenza on-line.

7. STANDARD SPECIFICI PER L'ALTA SPECIALITÀ

Per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero per acuti per le attività assistenziali contemplate nel Decreto Ministeriale 29 gennaio 1992, si fa riferimento a quanto indicato nell'Allegato C dello stesso decreto, ovvero alle intervenute disposizioni nazionali o regionali in materia, nelle more della definizione di standard specifici da parte di un tavolo tecnico che si prevede di costituire presso il Ministro della salute, composto da rappresentanti del Ministero della Salute, Agenas e Regioni e P.A., che elaboreranno un documento di aggiornamento entro 12 mesi dalla emanazione del presente documento, al fine di aggiornare il predetto Decreto ministeriale.

8. RETI OSPEDALIERE

8.1. Aspetti generali

8.1.1. All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale:

- rete infarto;
- rete ictus;
- rete traumatologica;
- rete neonatologica e punti nascita;
- rete medicine specialistiche;
- rete oncologica;
- rete pediatrica;
- rete trapiantologica;
- rete terapia del dolore;
- rete malattie rare.

Per la definizione delle reti sopra elencate le regioni adottano specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni sulle rispettive materie. Relativamente alle reti sopra elencate, per le quali non siano disponibili linee guida e raccomandazioni, è istituito uno specifico tavolo tecnico presso Agenas composto da rappresentanti del Ministero della salute, di Agenas, Regioni e PA, con il compito di definire entro un anno dalla data di approvazione del presente Regolamento le relative linee guida e raccomandazioni, nonché di aggiornare quelle già esistenti. Le Regioni considerano, altresì, le indicazioni provenienti dall'Unione Europea finalizzate a sollecitare specifici percorsi di integrazione terapeutici assistenziali quali ad esempio quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso le unità mammarie interdisciplinari (*breast unit*), nonché di quelle di cui al documento di indirizzo nazionale avente ad oggetto la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia, elaborato dal gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della salute, Regioni e PA ed esperti di Agenas e di società scientifiche. Nell'ambito dell'implementazione delle reti oncologiche, le Regioni considerano la necessità di migliorare la qualità della vita delle persone malate di cancro, assicurando loro cure riabilitative e cure palliative anche in ambito pediatrico. In coerenza con gli atti di indirizzo dell'Unione Europea, presso i centri di oncologia deve essere assicurato adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato. Nel presente documento vengono fornite direttamente indicazioni solo per le reti tempo-dipendenti.

8.2. Indicazioni per le reti ospedaliere per le patologie complesse tempo-dipendenti

Sulla base dell'impatto sanitario della patologie tempo-dipendenti, in questa prima fase, si fa riferimento alla rete per le emergenze cardiologiche, alla rete per il trauma e identificati gli standard dei Centri per il trattamento di pazienti con politrauma, alla rete per l'ictus.

8.2.1. Rete per le emergenze cardiologiche

I documenti di consenso delle Società scientifiche e la Società Europea di Cardiologia sottolineano come per la gestione ottimale del paziente con IMA sia necessario un modello organizzativo coordinato di assistenza territoriale in rete. La rete per l'infarto miocardico acuto (IMA) diviene pertanto lo standard di cura attuale per l'infarto miocardico con soprallivellamento del tratto ST (STEMI).

La rete rappresenta il sistema organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA, che integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza con il territorio e ospedali a diversa complessità assistenziale, con interconnessione assicurata da un adeguato sistema di trasporto.

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

Le principali finalità sono:

- ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;
- utilizzare il sistema di riperfusione più efficace per il paziente su tutto il territorio regionale;
- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno e a

più alto rischio, e ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;

- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione Elettrocardiografica a distanza in primis da parte del 118;
- migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il modello organizzativo adottato è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 a cui si affianca una rete interospedaliera coordinata di tipo HUB & SPOKE adeguando agli standard di una emodinamica per un bacino di utenza di 300.000-600.000 abitanti (vedi tabella delle strutture complesse, capitolo 3).

Questo modello è già consolidato in numerose realtà italiane ed è suggerito dal documento di consenso delle Società scientifiche italiane di Cardiologia. Si tratta di una rete di intervento che parte dal territorio e si coniuga efficacemente con un'organizzazione inter-ospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati (diretti, intra- e inter-ospedalieri) concordati, utilizzando Servizi e Ospedali con funzioni differenziate per livelli di competenza e di risorse, e valorizzando l'importanza e la "pari dignità" di ogni ruolo e di ogni intervento.

8.2.2. Rete per il trauma

Al fine di ridurre i decessi evitabili per trauma è necessario attivare un Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT). Tale sistema è costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e delle competenze disponibili in: Presidi di pronto soccorso per traumi (PST), Centri traumi di zona (CTZ), Centri traumi di alta specializzazione (CTS). Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata "hub e spoke", che

prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub) fortemente integrati con i centri periferici (spoke). Sono integrati con centri che svolgono funzioni particolarmente specifiche concentrate in un unico Centro Regionale o in centri sovra-regionali quali Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleeni.

8.2.2.1. Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST): si colloca in un ospedale con Pronto soccorso generale e garantisce il trattamento immediato anche chirurgico delle lesioni con instabilità cardiorespiratoria prima di un eventuale trasferimento a una struttura di livello superiore.

8.2.2.2. Centro traumi di zona (CTZ): si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce H24, il trattamento in modo definitivo di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità, in modalità H24. Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Personale addestrato alla gestione del trauma
- Area attrezzata di accettazione (*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
- Chirurgia generale
- Anestesia e Rianimazione
- Medicina d'urgenza
- Ortopedia
- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT
- Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale

- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica ed eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato.

8.2.2.3. Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS): ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000-4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono più regioni.

Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata. Afferisce anche funzionalmente a una struttura sede di DEA di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitano di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST).

Identifica e tratta 24 ore su 24, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o polidistrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche svolte in centri regionali/supra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleeni).

Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici
- T.A.C., angiografia interventistica nelle immediate adiacenze
- Sale operatorie H24
- Attivazione della Damage Control Surgery H24
- Medicina d'Urgenza
- Chirurgia Generale e d'Urgenza
- Anestesia-Rianimazione
- Rianimazione pediatrica laddove prevista l'accettazione pediatrica

- Ortopedia
- Neurochirurgia
- Radiologia con possibilità interventistica
- Laboratorio e Centro trasfusionale.

Inoltre devono essere presenti specialità quali cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia.

8.2.3. Rete per l'ictus

Per meglio garantire l'approccio alle problematiche dell'ictus al fine di pervenire a una presa in carico complessiva del paziente, si individua un percorso che prevede 3 fasi:

- fase pre-ospedaliera;
- fase ospedaliera;
- fase post-ospedaliera.

Vengono in questa sede definiti gli standard delle Stroke unit (Unità ospedaliera di trattamento per i pazienti con ictus), sistema di strutture dedicate che garantisce l'assistenza efficace ed efficiente a pazienti con ictus cerebrale acuto. Sono previsti 2 livelli.

8.2.3.1. Stroke Unit (SU) di I livello o area stroke

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura per la maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, dei seguenti standard:

- Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura
- Un neurologo dedicato e Personale infermieristico dedicato

- Almeno un posto letto con monitoraggio continuo
- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale)
- Terapia fibrinolitica endovenosa
- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico)
- Disponibilità h.24 di TC cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati e/o RM encefalo, RM DWI, angio-RM
- Diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, ecodoppler TSA ed ecocardiografia
- Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o più strutture riabilitative.

8.2.3.2. Stroke Unit di II livello

La Stroke Unit di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per le SU di I livello, deve garantire i seguenti standard:

- Personale dedicato h.24,
- Neuroradiologia h.24 con TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale. Apparecchio da 1,5 Tesla per RM, RM-DWI, RM-PWI e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione,
- Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel h.24,
- Neurochirurgia h.24,
- Chirurgia vascolare h.24,
- Angiografia cerebrale,
- Fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza), trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- e intracranico,

- Embolizzazione di malformazioni AV, aneurismi, endoarteriectomia (urgenza),
- Craniotomia decompressiva,
- Clipping degli aneurismi.

9. RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA

Il sistema dell'emergenza-urgenza opera attraverso le centrali Operative 118, la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera.

9.1. Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso

9.1.1. Centrale operativa

La CO effettua la valutazione del grado di complessità dell'intervento necessario, definendo il grado di criticità dell'evento e, conseguentemente, attiva l'intervento più idoneo, utilizzando i codici colore gravità.

Le centrali operative gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate con medico e infermiere a bordo, le Automediche (i mezzi avanzati di base con infermiere e le ambulanze di base con personale soccorritore certificato in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non che intervengono nel soccorso sanitario. Tra i mezzi di soccorso l'eliambulanza, che rappresenta un mezzo integrativo e non alternativo delle altre forme di soccorso, deve essere usato in quelle situazioni tempo-dipendenti o legate a particolari condizioni assistenziali o a realtà territoriali disagiate (isole, zone montane).

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano provvedono a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard che verranno indicati, per le tipologie dei mezzi non ancora identificati nel presente documento,

dalla Conferenza Stato-Regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali, entro sei mesi dalla data di approvazione del presente Regolamento.

Sulla base dell'esperienza organizzativa e gestionale maturata, nonché degli investimenti informatici, nelle tecnologie di supporto con importanti contributi di modernità ed efficienza, si ritiene percorribile una revisione organizzativa che preveda una centrale operativa con un bacino di riferimento orientativamente non inferiore a 0,6 milioni e oltre di abitanti o almeno una per Regione/provincia Autonoma.

La Regione stabilisce quali Centrali operative mantengono funzioni operative sovrazionali per l'elisoccorso, trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie, considerando la organizzazione comune con regioni viciniori per funzioni a basso volume di attività.

La configurazione dei dati raccolti deve necessariamente adeguarsi al percorso Ministeriale EMUR, che permette anche la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale.

Alle Regioni che hanno un bacino di popolazione inferiore a quello minimo indicato nel presente punto è fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle Regioni confinanti tramite apposite convenzioni.

9.1.2. Rete territoriale di soccorso

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, deve prevedere la presenza di uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera garantendo, in tal modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la ge-

stione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati.

9.1.3. Le postazioni territoriali

La definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 kmq, applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico-assistenziali.

Nel calcolo delle postazioni territoriali occorre tener conto della peculiare risposta organizzativa del 118 scelta, ad esempio con l'affidare o meno al 118 la totalità dei trasporti non solo secondari urgenti ma anche dei trasporti ordinari, in alcune regioni attualmente a carico dei presidi ospedalieri e in altre a carico del servizio 118.

Nel caso in cui i trasporti secondari programmati vengano affidati al 118, la gestione degli stessi deve essere assolutamente separata dalla gestione dei servizi di soccorso sanitario urgente.

Pertanto, nel calcolo del totale di mezzi di soccorso riorganizzati vanno considerati i trasporti primari e secondari urgenti, in particolare per l'implementazione delle reti delle patologie complesse tempo-dipendenti, e poi a parte gli ordinari.

9.1.4. Elisoccorso sanitario ed elisuperfici a servizio delle strutture sanitarie Ospedaliere e Territoriali

L'analisi condotta sul numero degli interventi di soccorso effettuati nelle Regioni e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano in particolare sugli eventi con codice di gravità giallo e rosso, permette di calcolare l'adeguato fabbisogno di basi operative di elisoccorso. Alla luce dei dati di

attività del servizio negli ultimi cinque anni, nonché dei dati relativi al servizio territoriale con mezzi a terra, si propone un servizio di elisoccorso regionale, integrato con il sistema di soccorso a terra, che impieghi un numero di mezzi diurno pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 400 e 600 anno per ogni base operativa in relazione, motivata, alla numerosità dei mezzi a terra e alla definizione della rete ospedaliera.

Per i mezzi notturni, si propone un servizio di elisoccorso integrato con il sistema di soccorso a terra tramite adeguata rete di elisuperfici notturne a servizio delle destinazioni sanitarie, ed elisuperfici a servizio di comunità isolate o aree disagiate, che impieghi un numero di mezzi notturni pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 350 e 550 anno per ogni base operativa in relazione, motivata, alla numerosità dei mezzi a terra, alla definizione della rete ospedaliera e alla rete di elisuperfici notturne.

Le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano potranno definire riduzioni dei parametri sopra descritti in relazione alla necessità di erogare il servizio per situazioni peculiari, quali l'assistenza alle isole minori o a comunità isolate, dove l'integrazione con il soccorso ordinario presenti difficoltà non altrimenti superabili anche esperite le possibili sinergie interregionali.

Data la peculiarità del servizio e dei mezzi sono fortemente auspiccate sinergie di intervento a copertura delle aree di confine tra le diverse Regioni. In caso di particolari emergenze o comunque quando se ne ravvisino necessità organizzative in relazione alla rete di emergenza, dovrà essere possibile la gestione flessibile delle basi operative con trasferimenti temporanei o definitivi delle stesse negli ambiti regionali.

La complessità degli adempimenti richiesti dalla vigente normativa aeronautica richiede che le Regioni e province autonome di Trento e Bol-

zano individuino, anche a fini di ottimizzazione del servizio, un piano complessivo di interventi che possa trovare graduale applicazione nel tempo, relativamente a una rete integrata di siti collegati all'attività di elisoccorso, individuati a diversi livelli. In adesione a quanto già previsto nelle JAR-OPS 3 (normativa internazionale di riferimento), anche la normativa italiana recepisce in proposito la seguente distinzione:

- 1) Basi operative HEMS;
- 2) Destinazioni sanitarie;
- 3) Elisuperfici a servizio di strutture sanitarie;
- 4) Elisuperfici a servizio di comunità isolate;
- 5) Siti HEMS.

Alle Regioni per le quali si preveda un numero di interventi annui inferiori a quelli minimi indicati nel presente punto è fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle Regioni confinanti tramite apposite convenzioni.

9.1.5. Punti di Primo Intervento (PPI)

Esclusivamente a seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post-acuzie oppure in una struttura territoriale, potrebbe rendersi necessario prevedere, per un periodo di tempo limitato, il mantenimento nella località interessata di un Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 ore diurne e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne. Qualora gli accessi superino le 6.000 unità anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul D.E.A. di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura.

La mission dei Punti di Primo Intervento è la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito, implementando la attività territoriale al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza con-

divisi tra 118, DEA, HUB o Spoke di riferimento e Distretto, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell'assistenza primaria. Nei punti di primo intervento non è prevista l'osservazione breve del paziente. Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale.

Possono essere organizzati Punti di Primo Intervento anche per esigenze temporanee e in occasione di manifestazioni di massa, gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema "118". Nella fase di transizione verso la gestione del 118, la loro funzione per le urgenze si limita unicamente ad ambienti e dotazioni tecnologiche atti al trattamento delle urgenze minori e a una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato.

9.2. Rete ospedaliera dell'emergenza

La rete ospedaliera dell'emergenza è costituita da strutture di diversa complessità assistenziale che si relazionano secondo il modello "Hub and Spoke" integrato dalle strutture sotto indicate. Tali strutture sono in grado di rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla loro complessità, alle competenze del personale nonché alle risorse disponibili.

La rete si articola su quattro livelli di operatività:

9.2.1. Ospedale sede di Pronto Soccorso

È la struttura organizzativa ospedaliera deputata a 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 (ad esempio, reti assistenziali ad alta complessità). Devono essere presenti le discipline di Medicina interna, Chirurgia generale, Anestesia,

Ortopedia e Servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H/24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, coordinati come previsto al capitolo 2.

La funzione di Pronto Soccorso è prevista per:

- un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti,
- un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento,
- un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

Può essere prevista la funzione di PS, come descritta, in presidi ospedalieri di aree disagiate (zone montane, isole) anche con un numero di abitanti di riferimento inferiore a 80.000.

9.2.2. Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate

Sono presidi ospedalieri di base che le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano possono prevedere per zone particolarmente disagiate in quanto definibili, sulla base di oggettive tecniche di misurazione o di formale documentazione tecnica disponibile, distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso) superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. Per centri hub e spoke si intendono anche quelli di regioni confinanti sulla base di accordi interregionali da sottoscrivere secondo le indicazioni contenute nel nuovo Patto per la salute 2014-2016. Tali situazioni esistono in molte regioni italiane per presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi, oppure in ambiente insulare.

Nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate.

In questi presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto attività di medicina interna, di chirurgia generale ridotta. Sono strutture a basso volume di attività con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, con un numero di casi troppo basso per garantire la sicurezza dei ricoveri anche in relazione ai volumi per il mantenimento dello skill e delle competenze e che incidono pesantemente sulle tipologie di investimento richieste dalla sanità moderna, devono essere integrati nella rete ospedaliera di area disagiata e devono essere dotati indicativamente di:

- un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;
- una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità dei casi imprevisi) per i casi che non possono essere dimessi in giornata; la copertura in pronta disponibilità, per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco;
- un Pronto soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo. È organizzata in particolare la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub o spoke

più vicino, indagini laboratoristiche in pronto soccorso. È 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 più vicino.

9.2.3. Ospedale sede di D.E.A. di I Livello (Spoke)

La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di PS e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza al D.E.A. di II Livello (Hub) per livello superiore di cura.

La struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000 e deve essere dotato delle strutture di cui al paragrafo 2 punto 2.

9.2.4. Ospedale D.E.A. di II Livello (Hub)

La struttura ospedaliera sede di DEA di II livello esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse; effettua oltre agli interventi previsti per il DEA di I livello, le funzioni di accettazione in emergenza-urgenza per il trattamento delle patologie acute a elevata complessità, in particolare per quanto attiene alle alte specialità o alle specialità che fanno riferimento a centri regionali o sovra-regionali (Centro ustioni, Centro trapianti, Unità spinali, Cardiocirurgia, Neurochirurgia).

La struttura sede di DEA di II Livello serve un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000 e deve essere dotato delle

strutture di cui al capitolo 2 paragrafo 3. È inoltre prevista, qualora i volumi di attività consentano di garantire le competenze richieste, una Struttura Complessa di Chirurgia d'Urgenza, che assolva a compiti di trattamento specialistico di patologie urgenti.

La rete di teleconsulto rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle Centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in Ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto. Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, negli Hub di personale sanitario formato, con specifica programmazione regionale, alla gestione delle richieste di consulenza.

9.2.5. Rapporti con il Servizio di Continuità Assistenziale

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale.

Dovranno essere messe a disposizione della continuità Assistenziale le dotazioni tecnologiche delle centrali Operative e l'integrazione con i medici di medicina generale, con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza. Altri elementi di razionalizzazione provengono da una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale che dovrà essere definita a livello regionale con adeguato dimensionamento in rapporto all'attività attesa e alla distribuzione territoriale. Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite nel momento in cui il sistema di acquisizione dei dati, previsto dal D.M. 17 dicembre 2008 "istituzione del sistema infor-

mativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza”.

Il servizio di continuità assistenziale viene organizzato anche tenendo conto di quanto previsto dall'art. 1 decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158.

10. CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO

La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale. L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che le prime svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale a una centrale della continuità o altra struttura equivalente posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero, nonché la promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bi-

sogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità, così come previsto dal nuovo Patto per la salute 2014-2016. In attuazione della legge n. 38/2010 e per il completamento della legge n. 39/1999, al fine di assicurare lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica, le regioni completano l'attivazione degli hospice e assicurano sul territorio l'accesso alle cure palliative domiciliari specialistiche.

Le iniziative di continuità ospedale territorio possono, pertanto, identificarsi nei programmi di dimissione protetta e/o assistita, in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta, nelle disponibilità di strutture intermedie con varie funzioni, nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, nei centri di comunità/poliamulatori, nelle strutture di ricovero nel territorio gestite dai Medici di Medicina Generale.

Per struttura Intermedia, omnicomprensiva della qualsivoglia tipologia o “provenienza” del paziente, si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare:

- pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:
 - consolidare le condizioni fisiche,
 - continuare il processo di recupero funzionale,
 - accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero,
- pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.

Per lo sviluppo di questi percorsi è necessario favorire l'implementazione di forme di lavoro multidisciplinare, attraverso la predisposizione di specifici strumenti (quali i sistemi informativi, l'organizzazione di gruppi di lavoro o l'attivazione di progetti per consolidare il circuito locale di relazione tra professionisti).

Le regioni, al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera devono procedere contestualmente al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale, in coerenza con quanto previsto dal vigente quadro normativo in materia di livelli essenziali di assistenza e con gli obiettivi economico-finanziari nazionali fissati per il Servizio sanitario nazionale. In questa sede ci si limita a fornire indicazioni solo relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità.

10.1 Ospedale di comunità

È una struttura con un numero limitato di p.l. (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Prende in carico pazienti che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare);
- di sorveglianza infermieristica continuativa.

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni. L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

L'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico e addetto all'assistenza, dai Medici di Medicina generale e dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale. La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

APPENDICI

Appendice I

DEFINIZIONE DEI POSTI LETTO ORDINARI OSPEDALIERI - CRITERI

Posto letto ordinario: Posto letto per ricovero H24

Posto letto autorizzato: posto letto fisico previsto negli atti autorizzativi; si distinguono in:

- fisicamente disponibile
- fisicamente indisponibile, per ragioni strutturali (temporanee) quali manutenzione, ristrutturazione, ecc.

Posto letto fisicamente disponibile:

- organizzativamente disponibili: occupabili in qualsiasi momento per pazienti urgenti o elettivi (esistenti e utilizzabili)
- organizzativamente indisponibili, per ragioni quali insufficienza di personale, procedure di disinfezione

Posti letto organizzativamente disponibili:

- posto letto libero
- posto letto occupato

Appendice 2

CHIRURGIA AMBULATORIALE

I trattamenti chirurgici, che l'evoluzione delle procedure tecniche e delle tecnologie ha reso possibile effettuare in ambito ambulatoriale in alternativa al ricovero ordinario o diurno in day surgery, hanno una crescente rilevanza sotto il profilo terapeutico assistenziale e organizzativo. Contestualmente sono cresciute le connesse esigenze di garantire per questa tipologia di trattamenti uniformi e omogenei criteri di sicurezza e qualità, in campo nazionale. Con la presente appendice si forniscono specifiche indicazioni.

Con il termine *chirurgia ambulatoriale* si intende la possibilità clinica, organizzativa e amministrativa di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia, (fino al II grado della scala di sedazione) su pazienti accuratamente selezionati comprese le prestazioni di chirurgia odontoiatrica in anestesia loco-regionale e tronculare effettuabili negli ambulatori/studi odontoiatrici, in quanto comportanti trascurabile probabilità di complicanze.

Per la selezione pre-operatoria dei pazienti, si propone l'utilizzo della classificazione della American Society of Anesthesiology che consente di definire le categorie dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali. Si individuano i pazienti afferenti alle classi ASA 1 e ASA 2 come possibili candidati alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale e alle prestazioni effettuabili nei presidi extraospedalieri di day surgery.

Le Regioni classificano le strutture che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale in base a:

- complessità tecnica/invasività delle prestazioni,
- tecniche e grado di anestesia e sedazione praticabili,

- possibili insorgenze di complicanze cliniche nel paziente,

- gradiente di sicurezza igienico ambientale dell'area operatoria

e definiscono in tal senso classi diverse di standard strutturali, tecnologico-impiantistici, qualitativi e di sicurezza e quantitativi.

STANDARD STRUTTURALI

Le Regioni definiscono le caratteristiche generali degli edifici e dei locali sede dell'ambulatorio e i loro rapporti con attività non sanitarie prevenendo che le strutture di chirurgia ambulatoriale complessa siano ubicate al piano terra o comunque dotati di ascensori atti al trasporto di pazienti in lettiga.

Le Regioni disciplinano espressamente, differenziandoli per la complessità della struttura, tra l'altro, gli standard relativi:

- ai locali e spazi per l'attività sanitaria e per le attività ad essa correlate (attività amministrative, attesa pazienti, servizi igienici, stoccaggio farmaci e materiali).

Devono essere disciplinati, differenziandoli per la complessità della struttura, espressamente gli standard relativi:

- alla zona di spogliatoio e preparazione del personale sanitario;
- alla zona spogliatoio e preparazione paziente;
- al locale chirurgico;
- allo spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento;
- al deposito materiali sterili e dello strumentario chirurgico;
- al locale per visite e medicazioni;
- allo spazio per la disinfezione e la sterilizzazione (pur mantenendo la possibilità, in alternativa, di avvalersi di servizi di sterilizzazione esterni);
- al pavimento e alle superfici in generale.

STANDARD ORGANIZZATIVI

Le regioni definiscono adeguati standard organizzativi comprensivi dei riferimenti alle figure professionali e alla numerosità del personale addetto, nel rispetto, per quanto attiene alle strutture pubbliche, degli obiettivi di contenimento dei relativi costi fissati dalla normativa vigente in materia di personale del SSN.

STANDARD TECNOLOGICO-IMPIANTISTICI

Le Regioni definiscono, differenziandoli per la complessità della struttura, gli standard relativi alle caratteristiche termiche e igrometriche, illuminotecniche e impiantistiche, nonché le caratteristiche tecniche delle attrezzature e degli arredi dei singoli locali o spazi in funzione dell'attività svolta.

Le Regioni definiscono differenziandolo per la complessità della struttura, il contenuto minimo del carrello per la gestione dell'emergenza, comprendente attrezzature e farmaci essenziali per la rianimazione cardiaca e polmonare di base (inclusi aspiratore e attrezzature per la ventilazione) e di frigorifero a temperatura controllata per la conservazione di materiali e farmaci.

La dotazione tecnologica, in relazione alla complessità degli interventi e alla casistica trattata, deve comprendere il defibrillatore semiautomatico.

STANDARD QUALITATIVI E DI SICUREZZA

Ai fini della sicurezza del paziente e della continuità assistenziale le Regioni definiscono, tra l'altro, il contenuto minimo da indicare:

- nella scheda clinica che deve essere redatta per ciascun paziente;
- nel registro ambulatoriale dove deve essere registrata tutta l'attività sanitaria erogata dalla struttura;
- nella relazione finale, comprese le informazioni per la gestione delle complicanze.

I provvedimenti regionali, tra l'altro, prevedono:

- l'adozione di procedure per la selezione del paziente, per l'informazione sulle modalità e il decorso dell'intervento e il consenso informato, per la richiesta dei necessari accertamenti, per la preparazione all'intervento e per l'immediato periodo post operatorio;
- la sorveglianza continua del paziente e il monitoraggio dei parametri vitali adeguato alle procedure cui viene sottoposto il paziente e per tutta la durata della prestazione, compresa la fase preoperatoria e postoperatoria, nonché delle possibili complicanze cliniche (anestesiologiche e operatorie) dei pazienti;
- la compilazione e la conservazione del registro operatorio e della documentazione clinica, compresa copia della relazione di cui al punto precedente, secondo i tempi stabiliti per le attività di ricovero ordinario;
- un sistema atto ad assicurare la reperibilità dei sanitari 24 ore su 24, definendo le modalità secondo le quali è organizzata e le procedure attraverso cui sono rese note al paziente le modalità per attivare il servizio di pronta disponibilità;
- la continuità assistenziale con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, anche tramite una relazione scritta che indichi i nominativi degli operatori, la procedura eseguita, l'ora dell'inizio e della fine della procedura, le eventuali tecniche sedative del dolore o il tipo di anestesia praticata e i consigli terapeutici proposti;
- la prima gestione in loco delle complicanze. Nel caso di complicanze non gestibili in loco, o di impossibilità al trasferimento del paziente al proprio domicilio, le strutture garantiscono il trasporto del paziente a una struttura ospedaliera di riferimento, con possibilità di ricovero, situato a una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze.

A tal fine è stato adottato, precedentemente all'inizio dell'attività chirurgica dell'ambulatorio/struttura, un protocollo formalizzato per il raccordo con la struttura ospedaliera di riferimento;

- la gestione delle emergenze cliniche nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza. In ogni caso, per fronteggiare in loco e in modo efficace la prima fase di eventuali emergenze, la struttura deve avvalersi di professionisti adeguatamente formati e possedere le necessarie dotazioni strumentali.

Per ogni attività clinica svolta, è individuato un medico responsabile.

Al responsabile dell'attività igienico-sanitaria dell'ambulatorio chirurgico compete, tra l'altro, la tenuta del registro delle attività svolte nella struttura e dei provvedimenti adottati per il rispetto delle norme igienico-sanitarie, nonché la trasmissione semestrale alla ASL di riferimento di una relazione in cui siano riportati i risultati dei controlli effettuati. I trasferimenti per complicanze ed emergenze devono essere trasmessi alla ASL di riferimento con l'indicazione del motivo del ricovero e della struttura dove è avvenuto.

Le Regioni prevedono l'adozione da parte delle strutture degli strumenti per la gestione del rischio clinico.

Lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di Gestione del rischio clinico.

Le Regioni, qualora si intenda ricomprendere nella chirurgia ambulatoriale anche interventi chirurgici

effettuati in anestesia generale limitatamente alle sole ipotesi di recupero da parte dell'utente dell'autonomia motoria e della piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non implicanti assistenza continuativa post-intervento, definiranno ulteriori standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi tenendo conto della maggiore complessità della prestazione erogata e del maggior rischio per utenti e operatori.

In particolare per il locale chirurgico le caratteristiche, le relative dotazioni impiantistiche e di sicurezza, attinenti:

- alla temperatura e all'umidità;
- ai ricambi e al filtraggio dell'aria;
- agli impianti di gas medicali e di aspirazione dei gas anestetici;
- alle stazioni di riduzione della pressione;
- all'impianto allarmi di sicurezza, in particolare, con riferimento alla segnalazione esaurimento gas medicali;
- ai controlli periodici e al monitoraggio ambientale

dovranno essere definite dalle Regioni tenuto conto della qualifica prestazionale della sala operatoria assumendo come riferimento i corrispondenti locali chirurgici dove si effettuano prestazioni di day surgery.

Le Regioni disciplinano ulteriori aspetti relativi alla qualità e alla sicurezza non trattati nel presente documento.



Regolamento sugli standard ospedalieri, il punto di vista dell’Aiop

di **Gabriele Pelissero**

Presidente nazionale Aiop - Associazione italiana ospedalità privata

Il Regolamento recante “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, in attuazione dell’art. 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell’art. 15, comma 13, lettera c) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135” (di seguito Regolamento 2015) è un documento complesso ascrivibile, concettualmente, agli strumenti di programmazione sanitaria.

Le considerazioni che seguono non ne affrontano i risvolti giuridici, e non si ripromettono di analizzare analiticamente l’impatto sul Ssn di una sua eventuale completa attuazione, poiché un tale studio richiede risorse e assume dimensioni con ordine di grandezza troppo elevato.

Con tali limiti, esamineremo l’impianto metodologico generale e formuleremo brevi considerazioni su alcuni standard, con un’attenzione particolare rivolta alle possibili ricadute sul Ssn.

In particolare discuteremo:

- a) il modello di programmazione proposto;
- b) il dimensionamento quantitativo della rete ospedaliera e gli standard generali previsti per il calcolo della dotazione di posti letto;
- c) l’utilizzo di standard qualitativi.

Premettiamo che, anche a una lettura inevitabilmente *esterna* al Regolamento, in quanto non supportata dall’accesso alle elaborazioni tecniche sottostanti, si evidenziano alcune contraddizioni anche rilevanti, di cui daremo esempi, ed è fre-

quente il rimando ad altri documenti, non di rado ancora da adottare, o a percorsi di approfondimento successivo, come peraltro è ragionevole prevedere quando si lavora alla programmazione sanitaria.

A questo proposito non si può non manifestare qualche perplessità sulla scelta di introdurre in un Decreto Ministeriale un così ampio documento programmatico, composto da decine di pagine, che solo in parte ha le caratteristiche anche formali di una norma.

Ma l'interrogativo principale riguarda, più in generale, il modello stesso di programmazione che viene proposto.

LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA "TOP-DOWN"

I modelli di programmazione sanitaria che si sono sperimentati nel tempo in Italia trovano la loro prima espressione con la legge 132/1968 e il Dpr 128/1969, la cosiddetta riforma "Mariotti" con la quale giunge a maturazione un modello di organizzazione ospedaliera prodotto dall'evoluzione scientifica e tecnologica della medicina negli anni '50 e '60.

Il contesto generale dell'epoca è assolutamente non comparabile con la situazione attuale, ma interessa il concetto di programmazione che viene prodotto, che esprime in modo compiuto e coerente la visione "top-down".

In essa una struttura centrale definisce tutte le caratteristiche organizzative del sistema ospedaliero, ne indica le dimensioni tramite standard di dotazione strutturale rigidi incentrati sul posto letto e assegna alla periferia il compito di attuare l'indirizzo programmatico con un approccio sostanzialmente meccanicistico.

Per un approfondimento è utile rimandare a un'attenta lettura degli articoli 26 e 27 della L. 132/1968

(metodologia della programmazione) e agli artt. 20-25 della stessa legge (classificazione degli ospedali).

Diciamo subito che il Regolamento 2015 ripropone sostanzialmente lo stesso metodo con contenuti molto simili.

A tale proposito è interessante notare come già a partire dagli anni '70 il metodo di programmazione "top-down" è stato sottoposto a forti critiche, e in effetti l'attuazione di strumenti di programmazione così rigidi non ha per lo più dato risultati pratici soddisfacenti.

A distanza di 45 anni segnaliamo almeno tre fattori di criticità particolarmente rilevanti presenti nella riproposizione di quella metodologia.

a) L'assenza di valutazione sulla reale dimensione dell'attività ospedaliera.

Dal 1968 a oggi il modo di lavorare e il tipo di prestazioni della rete ospedaliera si è enormemente modificato, la mobilità dei pazienti è altrettanto incrementata, unità operative in singoli presidi sono cresciute per capacità delle équipe, diventando poli di attrazione importanti, altre sono praticamente estinte.

Per fare un esempio, che senso ha programmare rigidamente una unità di otorinolaringoiatria in ogni ospedale provinciale/presidio di I livello, ogni 130.000-300.000 abitanti, senza valutare preliminarmente quali unità esistono e con quali dati di funzionalità?

b) L'inconsistenza del posto letto come indicatore di riferimento per il dimensionamento della rete ospedaliera (di cui parleremo più avanti).

c) L'assenza di riferimenti alla domanda espressa, ai volumi di prestazioni erogate nella serie storica, all'appropriatezza e ai tempi di attesa. Tutte variabili che sono alla base di un approccio che possiamo definire "funzionale".

MODALITÀ DI DIMENSIONAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA

Il Regolamento 2015 utilizza quale standard principale per il dimensionamento della rete ospedaliera il posto letto (p.l.) introducendo uno standard di 3,7 p.l. accreditati per 1.000 abitanti, comprensivo di 0,7 p.l. per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

A tale proposito, sinteticamente e solo riferendosi ad alcuni aspetti, si può osservare che:

- a) Il posto letto come unità di misura ha oggi poco senso rispetto al volume di attività, che si può esprimere molto precisamente misurando i Drg.
- b) Se il criterio di finanziamento fosse (come dovrebbe) legato alle prestazioni e non alla struttura, i processi di efficientamento avrebbero una razionalità incomparabilmente superiore.
- c) Lo standard di 3 p.l. per acuti (vedi Tabella 1) sembrerebbe da un lato già raggiunto in Italia, dall’altro assolutamente sottodimensionato rispetto ai principali Paesi Ue con noi confrontabili.

Possiamo domandarci se un contenimento così netto dell’offerta debba essere interpretato come un tentativo di efficientamento o un contingentamento.

d) L’allegato al Regolamento 2015 al Cap. 3, punto 3.1 indica un tasso di saturazione del 90% tendenziale. Sempre allo stesso Cap. 3 punto 3.1 si indica “un utilizzo efficiente di ciascun posto letto (tipicamente un utilizzo medio tra l’80% e il 90% durante l’anno)”.

Qual è lo standard? In una nostra simulazione, un reparto di chirurgia generale con 23 p.l., saturazione dell’84,8% e degenza media 5,28, portata a una dotazione di p.l. corrispondente al 90% di saturazione, perde il 5,8 dei p.l. e va in sovrasaturazione nell’1,2% dei ricoveri. Nel caso dell’intera rete ospedaliera italiana possiamo effettuare una simulazione macrostrutturale partendo dal numero totale dei ricoveri ospedalieri nell’anno 2013, dal numero di posti letto presente in tutti gli ospedali pubblici e privati italiani nello stesso anno, e dal valore della degenza media (vedi Tabella 2).

Tabella 1  **Posti letto per acuti per mille abitanti**

Paese	Anno 2011	Anno 2012
Germania	5,3	5,4
Francia	3,4	3,4
Media Paesi G7	3,9	4,4
Media Paesi Ocse Europa	3,1	3,1
Italia	2,8	2,7

Fonte: Oecd Health Data 2015

Tabella 2  **Ricoveri, posti letto e degenza media negli ospedali italiani. Anno 2013**

	Ricoveri totali	Posti letto	Degenza media
Strutture pubbliche	7.658.484	158.159	7,2
Privato no profit	850.394	19.340	6,4
Privato profit	1.687.889	45.775	5,1
Totale	10.196.767	223.274	6,8*

* Media ponderata

Fonte: Elaborazione su dati Oasi 2014

Utilizzando questi dati, si ottiene una saturazione reale pari all'83%.

Portandola al 90% si perdono 12.644 p.l., pari al 5,7% di quelli esistenti.

Se questo valore viene ribaltato sui 10.196.767 ricoveri con la sovrasaturazione dell'1,2% della nostra simulazione, abbiamo in un anno circa 122.000 ricoveri in sovrasaturazione.

e) Curiosamente, il Regolamento 2015 e il suo allegato sembra interessarsi poco alla durata media della degenza, che a parità di adeguatezza esprime meglio di ogni altro standard il livello di efficienza di una rete ospedaliera.

Il tema andrebbe approfondito, ma possiamo fin qui rilevare che se applicassimo alla rete ospedaliera di diritto pubblico il valore della media ponderata della degenza di cui alla Tabella 2 utilizzando l'algoritmo

$$\frac{(\text{Ric. Tot. x Med. Deg}) - (\text{Ric. Tot. x Media Deg. Ponderata})}{(\text{Ric. Tot. x Med. Deg.})} \times 100$$

avremmo una riduzione di circa 3 milioni di giornate di degenza pari al 5,55% del totale, senza diminuzione di numero di ricoveri (cioè di risposta ai bisogni) ma con un effettivo efficientamento.

In altre parole questo approccio, che rientra nella metodologia di programmazione funzionale, si contrappone a quello strutturale fondato sulla riduzione dei p.l. e/o sull'innalzamento dei livelli di saturazione fin alla sovrasaturazione.

Il vantaggio dell'approccio funzionale consiste nel non ridurre l'offerta di prestazioni, ma ne corregge il livello di efficienza.

f) Nella premessa dell'Allegato 1, la consapevolezza del rischio di sottodimensionamento dell'offerta sembra affiorare nei diversi passaggi in cui si sostiene la necessità di integrare/sostituire parzialmente la rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali. Anche se sussistono legittime perplessità sui progetti di sostituzione delle strutture e professionalità specialistiche con

strutture e professionalità di base e generalistiche, l'ipotesi resta interessante, ma dovrebbe essere verificata ex post. In altre parole la riduzione dell'offerta ospedaliera dovrebbe essere la conseguenza finale di una minore domanda espressa a seguito dell'attivazione concreta di risposte territoriali efficaci e credibili per l'utenza, e non l'azione iniziale dell'attuazione di un programma.

In quest'altro caso, infatti, una riduzione secca dell'offerta ospedaliera determina solo contingentamento delle prestazioni.

CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

Abbiamo già accennato come la classificazione delle strutture ospedaliere di cui al punto 2 dell'Allegato al Regolamento 2015 sia una sostanziale riproposizione del modello contenuto nella L. 132/1968.

Il quadro organizzativo e strutturale delle reti ospedaliere dei Paesi con sistemi sanitari avanzati prescinde oggi da questi modelli, basti solo pensare all'alta specialità, che 45 anni fa si pensava limitata a pochi grandi ospedali regionali e che è praticata oggi in molti Paesi in piccole strutture di alta qualità ad assetto dipartimentale con poche decine di posti letto e moltissima tecnologia.

Peraltro, specialità un tempo diffuse oggi sono molto più aggregabili (abbiamo già ricordato il caso delle unità di otorinolaringoiatria) o strutturate in modalità completamente diverse (vedi ad esempio la psichiatria).

Altrettanto inspiegabilmente il punto 2.5 dell'Allegato al Regolamento 2015 introduce la non accreditabilità delle strutture private sotto i 60 p.l., anche se importanti miglioramenti sono stati introdotti nell'ultima versione del testo con l'accreditabilità delle strutture monospecialistiche e le possibilità di riconversioni e/o fusioni.

Resta impossibile comprendere le ragioni ultime di questa impostazione.

Se l’obiettivo è la qualità, infatti, il limite dovrebbe essere esteso alle strutture ospedaliere pubbliche di analoghe dimensioni, che invece non vengono soppresse.

Se l’obiettivo è l’efficienza, dovrebbero se mai essere soppresse le strutture ospedaliere pubbliche di analoghe dimensioni, che sono tuttora pagate a costi, mentre i corrispondenti privati pagati a prestazione sono economicamente indifferenti.

UTILIZZO DEGLI STANDARD QUALITATIVI

L’utilizzo degli standard qualitativi come strumento di programmazione e soprattutto di monitoraggio, è sicuramente condivisibile.

Tuttavia, si tratta di strumenti ancora imperfetti e soprattutto di uso e interpretazione complessi, che sembrano poco o nulla adatti a un utilizzo all’interno di leggi e decreti, e con metodologie top-down.

L’esempio più vistoso di questa difficoltà è rappresentato dall’infelice approccio del Regolamento 2015 alla Cardiocirurgia.

Come è stato ampiamente rilevato anche dalla Società Italiana di Cardiocirurgia, l’indicazione contenuta nel Cap. 4 dell’Allegato 1 che prevede la riconversione (?) delle cardiocirurgie che effettuano “meno di 200 interventi/anno di bypass aorto-coronarico isolato per struttura complessa”, porterebbe alla soppressione, entro 6 mesi, di 51 cardiocirurgie sulle 67 esistenti, lasciandone in vita 16, che oggi garantiscono il 27% di tutta l’attività cardiocirurgica italiana.

Al di là di questo dato, che si commenta da sé, va osservato come molte delle cardiocirurgie da abolire abbiano altissimi e documentati livelli di qualità, come facilmente osservabile nel Pro-

gramma Nazionale Esiti di Agenas, e alti volumi globali di interventi chirurgici, anche se non rappresentati solo da bypass isolati.

Con questa norma, intere regioni rimarrebbero totalmente prive di cardiocirurgia, mentre scomparirebbero centri di altissima qualità come il Niguarda a Milano, l’Umberto I e il Sant’Andrea a Roma.

Più in generale, a nostro giudizio, gli standard qualitativi dovrebbero essere utilizzati con un approccio più organico e approfondito, che parta dall’analisi dell’attività delle unità operative effettuate anche con metodologia di revisione fra pari, seguita dall’individuazione delle criticità e dalla elaborazione di singoli progetti per superarle.

Solo in caso d’insuccesso e con una tempistica certa si può intervenire sulla struttura, se del caso, azzerandola.

UN ALTRO APPROCCIO È POSSIBILE

Le sintetiche e parziali considerazioni fin qui formulate portano a raccomandare, nell’immediato, l’adozione di un criterio di applicazione del Regolamento 2015 prudente e progressivo.

Attraverso opportuni strumenti normativi e adeguate azioni di indirizzo, infatti, le fasi attuative dovrebbero essere programmate con una tempistica adeguata a valutare analiticamente e criticamente gli effetti, evitando cadute pericolose dell’offerta e operando tutti i necessari correttivi nell’intero arco temporale previsto per l’attuazione. Fondamentale, a tal fine, l’attivazione di una funzione di monitoraggio permanente che intervenga sui sistemi informativi esistenti e che consenta di disporre di una visione approfondita e analitica di tutte le componenti delle reti di offerta regionali.

Più in generale, dobbiamo ancora una volta manifestare un forte scetticismo sulla reale efficacia dei

metodi di programmazione top-down, soprattutto se centrati sul posto letto, e ciò anche sulla base delle esperienze degli anni '70 e '80, che hanno visto l'insuccesso, e spesso la vera e propria mancata predisposizione, dei piani ospedalieri e sanitari previsti dalla L. 138/1968 e dalla L. 833/1978.

Paradossalmente, questa modalità di programmazione tende a realizzarsi quando le istituzioni di governo, nel caso italiano di Governo regionale, sono molto forti e strutturate, e sarebbero comunque in grado di orientare la struttura della rete di offerta, con provvedimenti amministrativi articolati e progressivi.

Per contro, istituzioni di governo meno capaci di programmare e gestire tendono a rimandare l'attuazione di strumenti di programmazione centralistici e molto intensivi, salvo intervenire in modo episodico o poco razionale con il rischio di gravi cadute quali-quantitative nell'offerta di servizi.

Rispetto alla metodologia top-down, a nostro giudizio sarebbe nettamente preferibile, nella programmazione dei sistemi sanitari di tipo Beveridge, un approccio funzionale che, ponendo come vincoli i tetti di spesa e i volumi di prestazioni, assicuri la copertura completa di tutte le prestazioni appropriate tramite un sistema di Drg ben governato, lasciando vera autonomia orga-

nizzativa sul dimensionamento quali-quantitativo della rete di offerta e responsabilizzando veramente tutti i gestori.

La metodologia di programmazione, in questo approccio, è fondata sulla analisi dei flussi reali, dei livelli di qualità ed efficienza delle singole Unità operative e su sistemi di *premi e castighi* che portino al rimodellamento continuo della rete di offerta.

La visione sottostante a questo approccio può essere sintetizzata nel concetto di *meno regole, regole certe, regole applicate*.

Se l'obiettivo per cui ci si muove è quello di salvare l'esistenza di un welfare sanitario universale e solidaristico, e lo strumento ineludibile per raggiungerlo è il conseguimento di maggiori livelli di efficienza, la via migliore è quella della libertà unita alla responsabilità dei gestori, del pluralismo degli erogatori come fattore di sana competitività, del finanziamento rigidamente legato alle prestazioni effettivamente erogate, della libertà di scelta e di mobilità, inteso come diritto dei cittadini ma anche come strumento di prevenzione per incrementare la qualità.

Non è un percorso semplice, ma i Paesi dell'Ue che si muovono in questa direzione stanno affrontando molto bene le crisi del welfare sanitario.

Regolamento sugli standard ospedalieri: l'opinione dell'associazione dei pazienti

di **Tonino Aceti**

Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanzattiva

103



L Il Regolamento sugli standard ospedalieri ridefinisce profondamente la rete ospedaliera, rappresentando, quindi, uno dei provvedimenti più impattanti sull'attuale offerta di servizi ai cittadini, sul loro diritto alla salute e più in generale sul futuro assetto del Servizio sanitario nazionale (Ssn).

Le segnalazioni dei cittadini che ogni anno si rivolgono alle 330 sezioni del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva ci attestano quale sia l'attuale stato di salute del Ssn e le principali criticità che lo caratterizzano (vedi Figura 1), chiarendo quindi il contesto all'interno del quale si colloca lo stesso Regolamento e gli altri principali atti di programmazione sanitaria, che dovrebbero essere volti proprio a fornire risposte a queste difficoltà.

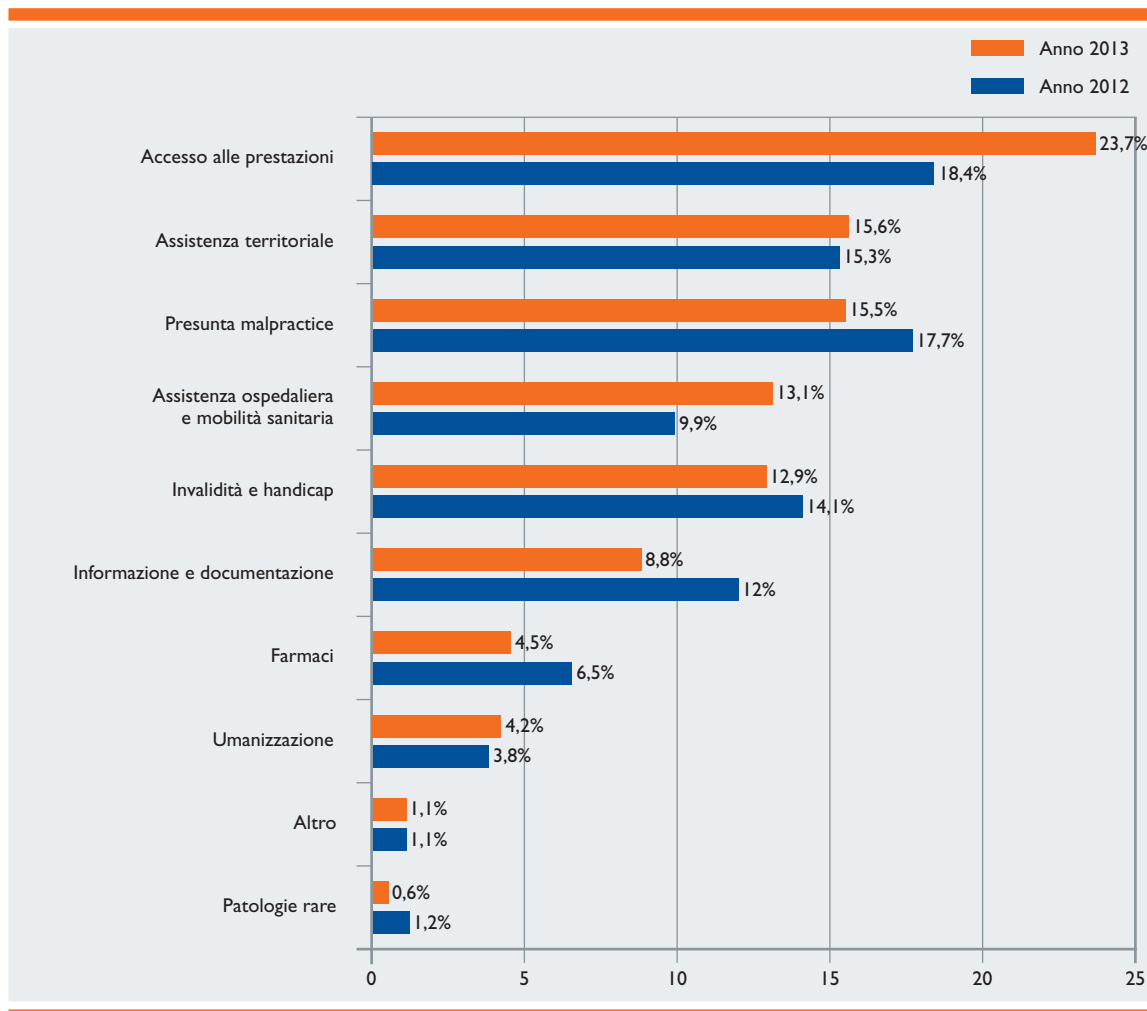
Al primo posto vi è una diffusa difficoltà di accesso alle prestazioni pubbliche (23,7%) a causa di liste di attesa e aumento vertiginoso e insostenibile dei ticket, segue un affanno crescente da parte sia dell'assistenza sanitaria territoriale (15,6%) che di quella ospedaliera (13,1%). Quest'ultima è sempre più alle prese con criticità rilevanti nell'area dell'emergenza-urgenza e in quella di ricovero (vedi Figura 2), continuamente razionata attraverso la riduzione dei posti letto, chiusure di reparti e riduzione del personale medico e infermieristico (vedi Figure 3 e 4). A ciò si aggiunge una condizione delle strutture sanitarie caratterizzate da macchinari obsoleti e guasti, oltre che da condizioni igieniche in continuo peggioramento (vedi Figura 5).

Il Regolamento si inserisce nella più ampia cornice del Patto per la salute 2014-2016, che prevede l'adozione anche di altri provvedimenti strettamente connessi e coordinati con lo stesso Regolamento.

Ci riferiamo innanzitutto:

1. all'Intesa Stato-Regioni “sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente” prevista all'art. 3 comma 2 del Patto per la salute e che si sarebbe dovuta già stipulare entro il 31 ottobre 2014;

Figura 1 Le segnalazioni dei cittadini: ambiti segnalati

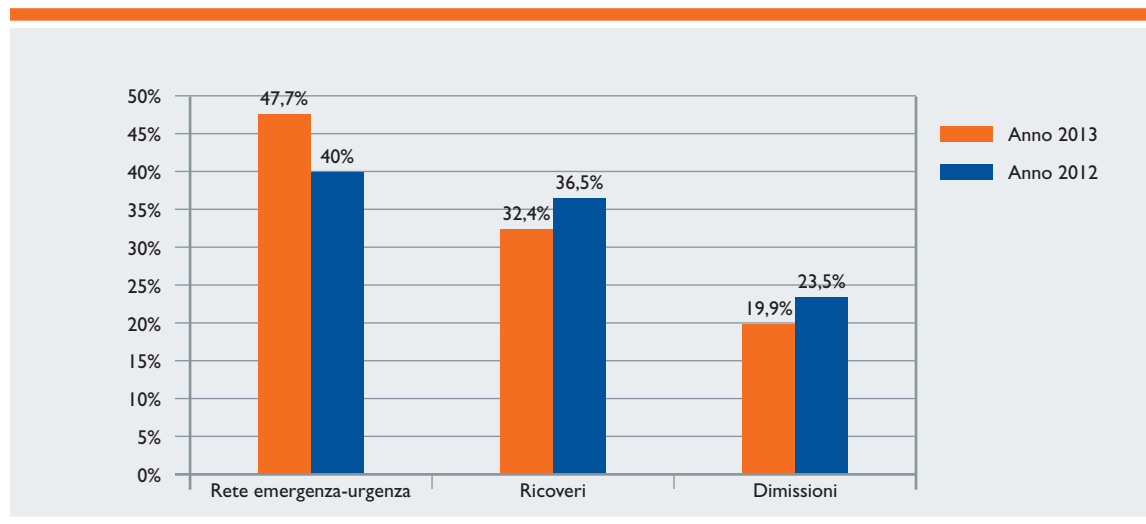


Fonte: Cittadinanzattiva - Rapporto Pit Salute 2014

- 2) all'istituzione delle Unità complesse di cure primarie (Uccp) e delle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) previste all'art. 5 del Patto per la salute;
- 3) all'Accordo Stato-Regioni sui nuovi standard organizzativi del Distretto previsto all'art. 5 comma 8 del Patto per la salute;
- 4) all'Intesa Stato-Regioni per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi dei Presidi territoriali/Ospedali di comunità prevista all'art. 5 comma 17 del Patto per la salute e che si sarebbe dovuta stipulare entro il 31 ottobre 2014.

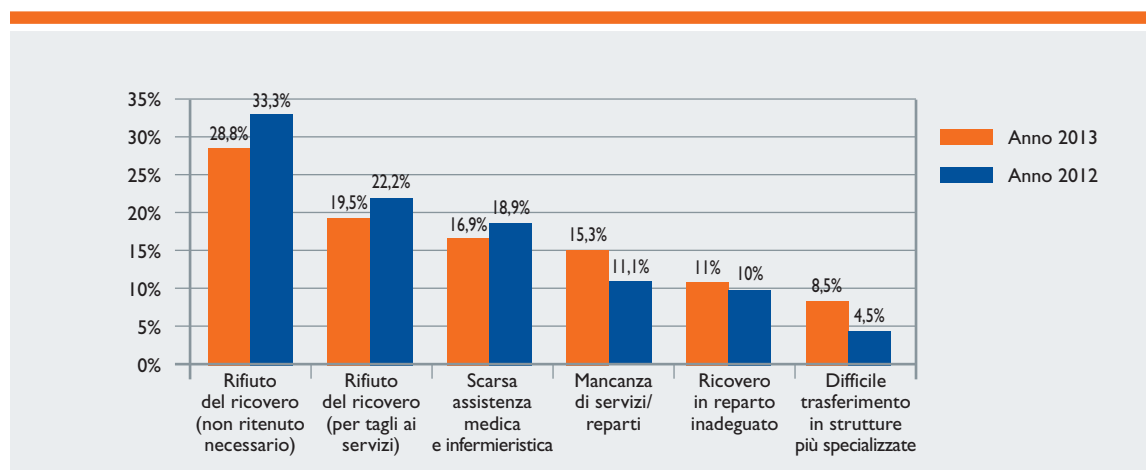
Tutti adempimenti importanti e purtroppo ancora al palo o in forte ritardo, che al contrario sarebbero invece funzionali a realizzare concretamente proprio quegli obiettivi messi nero su bianco nella premessa al Regolamento sugli standard ospedalieri, vale a dire il "Riequilibrio dei ruoli tra Ospedale e territorio" e "l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali", nonché quanto previsto dal paragrafo 10 "Continuità Ospedale Territorio". Tali inadempienze rappresentano un elemento di criticità per l'accessibilità e la qualità dell'assistenza erogata ai cittadini e sono fonte di forti

Figura 2 Le segnalazioni dei cittadini inerenti all'assistenza ospedaliera



Fonte: Cittadinanzattiva - Rapporto Pit Salute 2014

Figura 3 Problematiche segnalate sui ricoveri ospedalieri

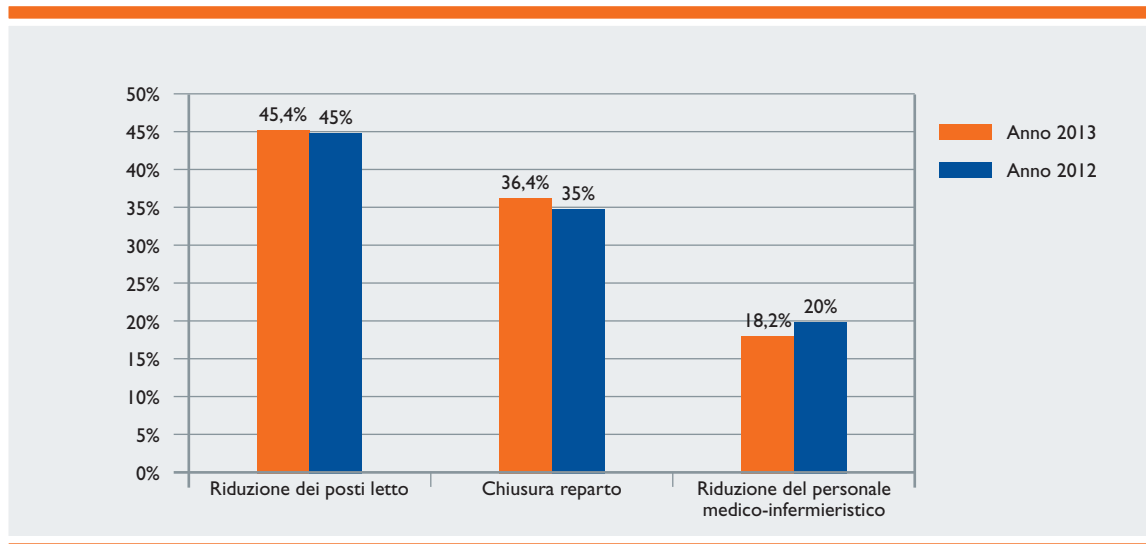


Fonte: Cittadinanzattiva - Rapporto Pit Salute 2014

preoccupazioni per gli stessi, che da troppi anni vedono azioni ripetute solo su un'area di assistenza e cioè quella ospedaliera, con la promessa disattesa dell'immediata riconversione delle strutture sanitarie disattivate in strutture post acuzie e del potenziamento dell'assistenza territoriale, prima fra tutte l'Assistenza domiciliare integrata (Adi).

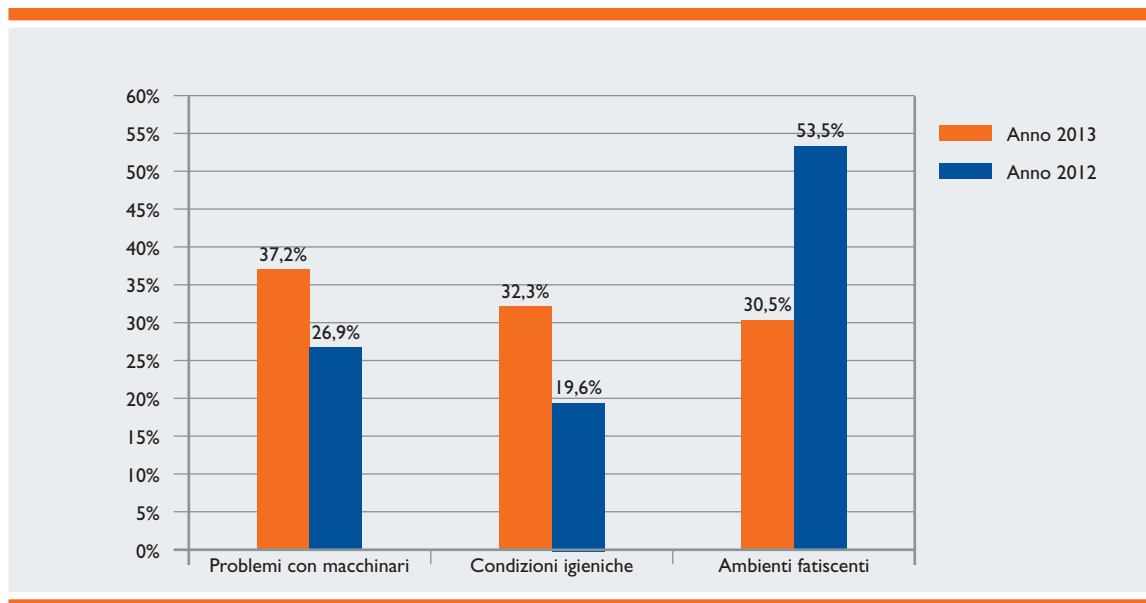
Sul tema dell'assistenza sanitaria territoriale siamo convinti, e lo abbiamo proposto insieme alla Federazione nazionale dei Collegi Ispasvi, che è giunto il momento di varare, come fatto per l'ospedale, gli Standard dell'assistenza territoriale, al fine di definire ciò che deve essere garantito in termini di assistenza e servizi in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Figura 4 Assistenza ospedaliera: segnalazioni sul rifiuto di ricovero per tagli ai servizi



Fonte: Cittadinanzattiva - Rapporto Pit Salute 2014

Figura 5 Condizioni delle strutture sanitarie



Fonte: Cittadinanzattiva - Rapporto Pit Salute 2014

Dal nostro punto di vista rappresenterebbe una risposta efficace alla profonda disomogeneità tra le Regioni e nelle Regioni nell'offerta dei servizi, fonte di importanti disuguaglianze tra cittadini (vedi Tabelle 1 e 2).

Altro adempimento, strettamente connesso al Regolamento, e anche uno dei suoi principali obiettivi previsto nel Patto per la salute 2014-2016 all'art. 22, comma, 4 lettera e), è quello degli Standard di personale per livello di assistenza.

Tabella 1  **Modelli organizzativi per l'erogazione dell'assistenza territoriale. Dati relativi all'anno 2012 (Adempimenti Lea 2013)**

Numero	Regione	Utap	Cds	Uccp	Aft	Ncp	Altro
1	Basilicata			1	11		2 Atib
2	Liguria	3		7			
3	Piemonte		22				
4	Veneto	32			164		
5	Emilia-Romagna		49			216	
6	Toscana		16				
7	Lombardia						5 Creg
8	Marche		14		56		
9	Sicilia						50 Pta
10	Umbria		2			4	
11	Abruzzo	2				31	2 Pta
12	Molise		1				
13	Puglia	1	2				1 Pta 17 Cpt
14	Lazio		2				835 Ucp
15	Campania						5 Sps
16	Calabria					6	
	Totale	38	108	8	231	257	917
	Totale generale (modelli organizzativi per l'erogazione delle cure primarie attivati)						1.559

Fonte: Panorama Sanità, novembre 2014

LEGENDA DEGLI ACRONIMI

Aft	Aggregazione Funzionale Territoriale	Ncp	Nucleo di Cure Primarie
Atib	Assistenza Territoriale Integrata Basilicata	Pta	Presidio Territoriale di Assistenza Primaria
Cap	Centro di Assistenza Primaria	Sps	Struttura Polifunzionale per la Salute
Cds	Casa della Salute	Uccp	Unità Complessa di Cure Primarie
Cpt	Centro Polifunzionale Territoriale	Ucp	Unità di Cure Primarie (Mmg/Pls)
Creg	Chronic Related Group	Utap	Unità Territoriale di Assistenza Primaria
Gcp	Gruppi di Cure Primarie		

È evidente che quando si ridefinisce l'offerta ospedaliera, attraverso standard, non si può non individuare quante saranno le risorse umane che ne garantiranno il rispetto; la questione non è di poco conto se guardiamo all'effettiva garanzia dei servizi per i cittadini in termini di accessibilità, qualità e sicurezza. Anche questo adempimento però non è ancora stato portato a termine, mentre invece gli standard ospedalieri sono già operativi, rappresentando un'ulteriore e rilevante criticità per i cittadini.

Vi è ancora un altro aspetto non chiaro, richiamato più volte all'interno del Regolamento, vale a dire l'informatizzazione, la telemedicina e il teleconsulto. Tutte attività funzionali a realizzare e attuare l'organizzazione dei servizi ospedalieri, così come delineato dal Regolamento. Anche sotto tale profilo registriamo che, a fronte del richiamo esplicito da parte del Regolamento a queste modalità di erogazione dell'assistenza, vi sia un Patto per la sanità digitale

Tabella 2  **Strutture sanitarie, assistenza agli anziani, dati di attività strutture residenziali**

Regione	Numero strutture	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti per 100.000 anziani	Posti x 1.000 anziani
Piemonte	525	24.819	26.080	231	2.549	24,3
Valle d'Aosta	1	5	40	44	148	0,2
Lombardia	652	58.150	82.980	245	4.112	28,8
PA di Bolzano	72	4.037	5.169	269	5.582	43,6
PA di Trento	57	4.452	4.752	339	4.574	42,9
Veneto	349	27.643	39.917	229	3.999	27,7
Friuli Venezia Giulia	102	7.896	18.125	151	6.212	27,1
Liguria	191	6.758	13.540	155	3.163	15,8
Emilia Romagna	393	16.200	25.095	222	2.534	16,4
Toscana	308	12.237	17.770	221	2.030	14,0
Umbria	52	2.037	3.692	196	1.770	9,8
Marche	43	1.588	4.302	122	1.221	4,5
Lazio	72	5.295	6.937	256	623	4,8
Abruzzo	36	1.657	3.444	147	1.211	5,8
Molise	2	40	48	191	69	0,6
Campania	26	863	999	203	105	0,9
Puglia	90	3.870	6.855	182	889	5,0
Basilicata	7	208	425	154	359	1,8
Calabria	42	1.477	1.897	247	505	3,9
Sicilia	39	1.251	5.490	55	580	1,3
Sardegna	6	121	214	132	65	0,4
Italia	3.065	180.604	267.771	219	2.165	14,6

Fonte: Ministero della salute. Direzione Generale del sistema informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2013

ancora non chiuso e in ritardo (il Patto per la salute all'art. 15, comma 1, prevede che si sarebbe dovuto definire il tutto entro il 10 agosto 2014). Inoltre, su tutta la partita dell'informatizzazione vi è ancora un'altra importante zona d'ombra come quella delle risorse necessarie, che si stimano in 3,5/4 miliardi di euro. In un momento come quello attuale, dove Regioni e Governo hanno deciso di tagliare il Fondo sanitario nazionale 2015 di circa 2,5 miliardi di euro, l'impresa di trovare l'effettivo finanziamento per la digitalizzazione e l'informatizzazione sanitaria

sembra piuttosto ardua, se non si guarda in maniera strategica ai fondi messi a disposizione dall'Ue. Nelle linee di finanziamento si dovrebbero privilegiare interventi che portino risultati strutturali e non progetti spot.

Queste osservazioni preliminari sono volte a chiarire come la riqualificazione del Servizio sanitario pubblico può e deve realizzarsi attraverso un sistema integrato, coordinato e contemporaneo di politiche pubbliche non solo sanitarie, attraverso provvedimenti, riforme e attività, che ad oggi facciamo fatica a vedere.

Da questo punto di vista e con riferimento al tema specifico degli standard ospedalieri si pensi ad esempio quanto l'implementazione degli stessi sia connessa al tema della viabilità stradale e del trasporto pubblico locale nelle regioni e nelle relative politiche. Un sistema viario e di trasporto frammentato o inefficiente, infatti, rischia di penalizzare nell'accesso ai servizi, soprattutto le fasce più deboli (anziani soli per fare un esempio), o di creare ulteriori disagi (come nel caso di lunghi viaggi per effettuare radio o chemioterapia) se non vengono disposti ad esempio dei servizi di navetta, sviluppo del trasporto pubblico locale (Tpl) con nuove tratte, etc.

I punti di forza

Passando all'analisi più specifica del Regolamento va detto come questo introduca elementi positivi di novità a partire dagli obiettivi che si prefigge e che dichiara formalmente: "garantire livelli di assistenza ospedalieri omogenei su tutto il territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità clinico-assistenziale della struttura e alla sua interazione sinergica nell'ambito della rete assistenziale territoriale, fissando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e promuovendo l'ampliamento degli ambiti dell'appropriatezza, efficacia, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure".

Anche la *vision* del Regolamento richiamata nella sua premessa è certamente positiva. Ci riferiamo in particolare al "Riequilibrio dei ruoli tra Ospedale e territorio" e "all'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali", nonché alla "Continuità Ospedale Territorio".

Molto importante è l'introduzione del rapporto tra volume di prestazioni, esiti delle cure e numerosità delle strutture. Affermare il principio

che una struttura può continuare a svolgere le sue funzioni in base al volume e agli esiti è certamente un elemento nuovo e di garanzia della qualità e sicurezza delle cure erogate ai cittadini su tutto il territorio nazionale. Altrettanto positivo è aver previsto i "Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate" caratterizzati invece da bassi volumi di attività, ma comunque necessari in alcune specifiche zone d'Italia, nonché gli "Ospedali di comunità".

Anche il criterio del dimensionamento delle strutture per bacino di utenza rappresenta un aspetto positivo del Regolamento, poiché si è ancora la scelta di attivazione di una struttura sanitaria o di un servizio a un parametro chiaro e conosciuto, sottraendola alla discrezionalità delle istituzioni che sinora ha rappresentato il prevalente criterio di valutazione. Tale novità permetterà di superare le attuali duplicazioni di strutture, che ancora oggi sono presenti in alcune parti del Paese, con benefici dal punto di vista dell'efficienza e dell'uso appropriato delle risorse a disposizione del Ssn. Infine il dimensionamento delle strutture per bacino di utenza permetterà ai cittadini di pretendere attivazioni di servizi e strutture in zone che oggi ne risultano sguarnite, come ad esempio accade in molti luoghi per i servizi di emodinamica (ad esempio, nel Lazio sul territorio dell'Asl Roma G), o di pretendere la riattivazione di servizi e strutture chiuse in questi anni a causa dell'attuazione prettamente ragioneristica dei Piani di rientro.

Viene anche sancito l'obbligo per le Regioni di definire formalmente e rendere nota ai cittadini la rete ospedaliera, un elemento, dal nostro punto di vista, certamente positivo poiché rappresenta un passo in avanti per il diritto all'informazione dei cittadini e in generale per la trasparenza del Servizio sanitario regionale stesso. Sulla stessa scia la previsione al paragrafo 5 con la quale si sancisce di rendere disponibili le informazioni da for-

nire ai cittadini via web o con altri metodi di comunicazione. Ciò rappresenta l'occasione per il sistema per superare la scelta della struttura da parte del cittadino attraverso il "passaparola", anche in assenza di evidenze cliniche, e quindi di andare verso una maggiore accessibilità e trasparenza delle informazioni, con particolare riguardo a quelle relative alle performance e alla sicurezza. In questo modo il cittadino potrà orientarsi nella scelta della struttura accedendo a informazioni certe sui volumi, qualità, sicurezza e disponibilità di servizi di ciascuna struttura presente sul territorio. È chiaro come un meccanismo di questo tipo oltre a rispondere concretamente alle indicazioni della Direttiva europea sull'assistenza transfrontaliera e del decreto attuativo, stimoli una tensione continua al miglioramento delle performance da parte delle strutture sanitarie. Positiva l'introduzione del rapporto percentuale che deve esserci tra personale del ruolo amministrativo e numero totale del personale che non può superare il 7 per cento. Sappiamo infatti come in alcuni contesti vi sia un forte sbilanciamento tra le tipologie di personale. Rilevante è la previsione del principio della contemporaneità del riassetto da parte delle Regioni della rete ospedaliera con quello della rete territoriale, al fine di garantire ai cittadini le giuste risposte assistenziali. Questo principio più volte annunciato, soprattutto nelle Regioni in Piano di rientro, è stato nella pratica continuamente disatteso; avere oggi un riferimento specifico su questo, in un atto dello Stato, rappresenta certamente un elemento utile e ulteriore per i cittadini per pretenderne l'effettiva applicazione su tutto il territorio. Giusta anche la previsione del principio dell'organizzazione delle strutture ospedaliere per intensità di cura, poiché rappresenta il presupposto per sviluppare una rete di servizi e risposte assistenziali effettivamente basati sui bisogni dei cit-

tadini che diventano così centrali nella programmazione, superando l'attuale approccio *ad organo* testimoniato da dipartimenti, reparti per la cura degli "organi". Tale modello organizzativo faciliterebbe la valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale, l'approccio multidisciplinare degli interventi e la fondamentale integrazione dei professionisti.

Bene il riferimento alle reti di patologia, ma anche l'attenzione alla qualità della vita e alla garanzia del supporto psicologico per le persone con patologie oncologiche. Positiva l'affermazione della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi, particolarmente importanti per la presa in carico e gestione delle cronicità. Infine, appare utile per il governo dell'innovazione tecnologica, la previsione dell'acquisizione da parte delle strutture ospedaliere delle valutazioni delle tecnologie sanitarie prodotte a livello nazionale e internazionale: Health Technology Assessment.

I punti di debolezza

Per restituire un'analisi obiettiva e completa occorre segnalare che il Regolamento presenta al suo interno anche criticità.

1. La modalità con la quale è stato messo a punto il Regolamento non ha visto il coinvolgimento delle organizzazioni di cittadini e di pazienti. Scelte così importanti e impattanti sulla vita reale delle persone avrebbero dovuto prevedere la partecipazione dei cittadini e pazienti, attraverso le loro rispettive organizzazioni.
2. A una prima analisi il Regolamento prevede dodici provvedimenti attuativi (escluse le indicazioni inserite nell'Appendice 2 del Regolamento), tre dei quali già ampiamente *bucati* nelle tempistiche. In particolare segnaliamo l'art. 1, comma 2, nella parte in cui si prevede che entro il 31 dicembre 2014 le Regioni devono adottare il provvedimento generale di

programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, a un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie e i relativi provvedimenti attuativi, garantendo il progressivo adeguamento agli standard definiti all'interno dello stesso Regolamento nel corso del triennio 2014-2016. È davvero paradossale che un provvedimento dello Stato venga pubblicato in Gazzetta Ufficiale nel 2015 prevedendo tempistiche per alcuni adempimenti da parte delle Regioni già scadute nel 2014.

3. Non è previsto che le Regioni nella messa a punto e implementazione del provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri a 3,7 per mille abitanti, previsto all'art. 1, comma 2, debbano coinvolgere e confrontarsi con le organizzazioni di cittadini e di pazienti attive sul territorio regionale. Al contrario siamo convinti dell'assoluta necessità di prevedere un percorso condiviso e di confronto tra amministrazione regionale e organizzazioni di cittadini nell'implementazione degli standard all'interno del rispettivo territorio.
4. All'interno dei molteplici tavoli tecnici previsti nel Regolamento e volti all'elaborazione di provvedimenti attuativi o linee di indirizzo non è prevista la partecipazione delle organizzazioni di cittadini e di pazienti.
5. Resta da sciogliere come la clausola di invarianza finanziaria prevista all'art. 2 del Regolamento si ponga rispetto all'utilizzo previsto nel Regolamento di tecnologie informatiche come il teleconsulto, la telemedicina, l'informatizzazione della disponibilità di posti letto, etc. A fronte di un Patto per la sanità digitale ancora non chiuso, sappiamo, e la fonte è il Ministero

della salute, che le risorse economiche necessarie e aggiuntive per la realizzazione del processo d'informatizzazione e digitalizzazione del Ssn sono circa 3,5/4 miliardi di euro. A tutto questo si aggiunge il taglio lineare al Fondo sanitario nazionale 2015, concordato tra Regioni e Governo, pari a 2,5 miliardi di euro. Al momento in cui stiamo scrivendo non è ancora chiaro se nel taglio al Fondo siano ricompresi anche i fondi per l'edilizia sanitaria; se sì, il fatto non è irrilevante ai fini dell'attuazione del Regolamento.

6. Nonostante il Patto per la salute 2014-2016 già ponga attenzione ai sistemi di monitoraggio delle prestazioni (e in generale anche sulla propria attuazione), all'interno del Regolamento non cogliamo la previsione di una specifica attività di verifica e controllo sulla corretta, uniforme, tempestiva e coordinata implementazione delle disposizioni in esso contenute. Ci riferiamo: alla garanzia dell'applicazione del principio fondamentale (previsto nel Regolamento) della contemporaneità del riassetto dell'assistenza ospedaliera con quello dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale; al rispetto della reale disponibilità e corretta distribuzione dei mezzi di soccorso, come ad esempio l'elisoccorso, che proprio in vista di una ridefinizione della rete ospedaliera assume particolare rilevanza per l'accessibilità e sicurezza delle cure; alla garanzia di attivazione di servizi e/o strutture in zone che ne risultano sguarnite e quindi al di sotto degli standard previsti dal Regolamento.
7. È prevista la "Valutazione della qualità percepita dell'assistenza dai cittadini/pazienti" e non invece la valutazione dell'accessibilità, qualità e sicurezza delle cure rilevata oggettivamente dai cittadini, attraverso ad esempio la metodologia consolidata e riconosciuta della valutazione civica e dell'audit civico.

8. Troppo generali e sfumate le indicazioni alle Regioni per garantire la “Continuità Ospedale-Territorio” previste al paragrafo 10 del Regolamento. Il tema, fondamentale per la qualità dell’assistenza fornita ai cittadini, non può e non deve essere liquidato con una sola pagina del Regolamento. Viene genericamente previsto che le Regioni debbano definire un documento che individua le regole dell’integrazione dell’ospedale con la rete territoriale di riferimento. Ricordiamo invece come il Patto per la salute 2014-2016 sullo stesso argomento ha previsto all’art. 3, comma 2, che si sarebbe dovuta già stipulare entro il 31 ottobre 2014 l’Intesa Stato-Regioni “sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall’ospedale al domicilio del cittadino-paziente”.
9. Non è previsto che le Regioni approntino un piano di comunicazione e coinvolgimento delle comunità locali sulla riorganizzazione della rete dei servizi ospedalieri e territoriali.

Le Raccomandazioni civiche per la riconversione delle strutture sanitarie e l’attuazione a misura di cittadino del nuovo Regolamento

Il Regolamento sugli standard ospedalieri si propone di organizzare e riqualificare i servizi sanitari, offrendo le giuste tutele in termini di tempestività e sicurezza. Il banco di prova sarà la capacità di trattare le emergenze e rispondere all’effettivo bisogno di salute sui territori in cui si vive, anche in quelli più periferici come Comuni montani e piccole isole nei quali gli spostamenti potrebbero risultare particolarmente critici per i soggetti con fragilità, come malati cronici, anziani e persone con disabilità. Tutto ciò, è evidente, non potrà essere realizzato se non si analizza “la realtà” nella quale si vuole intervenire, non si garantisce la “contemporaneità” delle riconversioni delle strutture ospedaliere (o l’adeguamento agli standard) e del potenziamento

dell’assistenza territoriale, e non si coinvolge nel processo la cittadinanza e le organizzazioni civiche e di pazienti. Per questo, già quando si ipotizzarono le prime chiusure degli ospedali minori, dopo un’attenta analisi degli effetti delle misure nella vita dei cittadini, il Tribunale per i diritti del malato mise a punto otto Raccomandazioni civiche rivolte alle istituzioni a livello nazionale, regionale e locale. Queste Raccomandazioni, che elenchiamo di seguito, risultano attuali oggi, nell’applicazione dei nuovi standard ospedalieri.

1. Il processo di riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera non può basarsi solo sul numero di posti letto presenti nella struttura.
2. A monte della decisione, è necessaria una valutazione del fabbisogno, un’indagine epidemiologica e una mappatura dei servizi esistenti.
3. La scelta di chiusura o riconversione degli ospedali/servizi/reparti deve essere fatta considerando fattori come:
 - fabbisogno di salute della popolazione di quella specifica zona;
 - incidenza di particolari patologie croniche su quel territorio;
 - la presenza di altre strutture ospedaliere nelle zone limitrofe (che possano configurare eventuali situazioni di duplicazioni di Presidi);
 - qualità e sicurezza delle strutture che dovranno essere chiuse o riconvertite;
 - caratteristiche specifiche di quel territorio in termini di orografia e flussi turistici (come zone montane, piccole isole, etc.);
 - esistenza di un servizio di trasporto efficace e tempestivo dalla zona dove verrà chiusa la struttura agli ospedali che rimarranno attivi, in particolare in caso di urgenze e di servizi a esso collegati (ad esempio, emodinamiche, stroke unit, etc.);
 - qualità, accessibilità e capacità di rispondere ai bisogni della popolazione (efficacia) da parte

- dell'assistenza territoriale presente su quel territorio: diffusione del servizio Adi, Case della salute, lungodegenze, riabilitazione, etc.
4. Garantire la contemporaneità degli interventi legati alla riconversione.
 5. Garantire un'organizzazione dell'offerta socio-sanitaria territoriale e di prossimità adeguata a farsi carico del bisogno di salute della comunità.
 6. Garantire la sicurezza degli interventi di emergenza-urgenza, assicurando una corretta e razionale dislocazione dei servizi a essi dedicati, anche attraverso processi di riconversione (Punti di primo soccorso, Dea I e II livello, etc.), un numero congruo di ambulanze medicalizzate, il funzionamento h24 del servizio di eli-soccorso, la distribuzione di servizi collegati alla gestione delle emergenze come le emodinamiche.
 7. Prevedere spazi di condivisione e partecipazione delle comunità locali e delle organizzazioni civiche e di pazienti ai processi di riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali, nonché sulla valutazione costante (ad esempio, audit civico) dell'impatto della scelta maturata e attuata.
 8. Prevedere un piano di comunicazione rivolto alla cittadinanza sulla riorganizzazione.

Un risvolto pratico importante e innovativo per la vita delle persone, che ci aspettiamo porti una misura come questa, è la messa on line di quello strumento che il Tribunale per i diritti del malato ha chiamato *portalone*. Si tratta della piattaforma web dedicata ai cittadini, che offre struttura per struttura informazioni chiare, qualificate, puntuali, certificate sull'offerta, la qualità, la sicurezza, l'umanizzazione dei servizi offerti. Sarebbe un passaggio epocale nella scelta del luogo in cui curarsi: dal *passaparola* alla *scelta informata e consapevole*.

Il Tribunale per i diritti del malato, che nel 2015 festeggia trentacinque anni di attività in difesa dei diritti dei cittadini e del Servizio sanitario pubblico equo, universale e solidale, sarà impegnato nel monitoraggio e nella partecipazione attiva per la *messa in atto* del Regolamento, perché vada nella direzione corretta e più funzionale, affinché gli effetti siano veramente positivi nella vita delle persone e portino quei cambiamenti utili e necessari (riconoscimento del merito, trasparenza delle performance, coinvolgimento delle comunità locali, corretta informazione ai cittadini, etc). Vigileremo e interverremo affinché l'implementazione del Regolamento non si traduca in un razionamento dei servizi e quindi delle tutele per i cittadini.

BIBLIOGRAFIA

- *(Sanità) in cerca di cura* - Rapporto PIT Salute 2014, Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato
- *Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità* - Rapporto 2013, Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato
- Rapporti Audit Civico, Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato

Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi.

L'analisi delle società scientifiche

di **Franco Vimercati**

Presidente della Federazione delle Società medico-scientifiche italiane (Fism)

114

mobar

Il recente Regolamento sugli standard mira a garantire la miglior assistenza sanitaria possibile in un momento congiunturale di difficoltà economica per il nostro Paese.

La logica che guida il provvedimento è di mantenere in essere il sistema universalistico italiano, tanto invidiato da molti Paesi, specie extraeuropei, laddove il concetto di universalismo e di solidarietà non fa parte del Dna culturale. In queste nazioni molti cittadini non possono usufruire di un vero aiuto da parte della comunità attraverso l'utilizzo del sistema impositivo nazionale, in quanto non previsto dalle rispettive Costituzioni.

La revisione dei nuovi standard è stata resa necessaria anche in virtù della libera circolazione dei pazienti nelle varie nazioni europee, ai quali devono essere ovviamente assicurati almeno degli standard condivisi in Europa.

Questo sforzo ha anche il fine di garantire la potenzialità e l'uniformità di trattamento del cittadino-paziente su tutto il territorio nazionale, dove devono essere garantiti i nuovi Lea. L'articolo 32 della nostra Costituzione recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti."

Per raggiungere questo obiettivo, in un momento di congiuntura economica avversa e senza risorse incrementalmente del Fondo sanitario nazionale, serve essenzialmente la razionalizzazione dei processi di diagnosi e cura con lo scopo di evitare gli sprechi, riducendo le strutture duplicate e i ricoveri non appropriati, mantenuti in essere al fine di raggiungere gli standard minimi previsti dalla normativa. Diventa inoltre indispensabile l'integrazione organizzata con il territorio.

Analizzando il documento salta ovviamente all'occhio la riduzione dei posti letto per acuti condotta nella logica del risparmio ma che necessita, per non creare disservizi, di una razionalizzazione dei percorsi di presa in carico e soprattutto di dimissione protetta nei casi in cui il paziente non abbia più necessità di un ricovero per acuti.

Questa scommessa potrà essere vinta, senza creare malcontento per i cittadini, solo

con la collaborazione tra ospedale, territorio e assistenza sociale e se saranno coordinati verso la finalità di cura necessaria a 360 gradi.

La necessità di definire standard strutturali per gli ospedali e le strutture territoriali deve essere condivisa, oltre che in sede regionale, anche a livello nazionale per risolvere in modo non conflittuale le problematiche delle realtà ospedaliere di grandi dimensioni poste ai confini tra più regioni. Gli standard tengono conto di queste realtà, ma serve che le decisioni vengano condivise sia per quanto riguarda gli aspetti tecnici, sia per quanto riguarda gli aspetti medico-assistenziali che devono essere visti nell'interesse dei cittadini da un lato e degli operatori dall'altro.

La necessità di rivedere gli standard qualitativi è resa necessaria della maggior conoscenza degli standard stessi da parte dei pazienti e degli operatori. Sotto questo punto di vista la necessità di rivedere e aggiornare gli standard qualitativi, da parte delle Società scientifiche, diventa un obbligo impellente in quanto la definizione del chi fa che cosa è premessa prioritaria a qualsiasi ristrutturazione o accorpamento di strutture sanitarie e socio assistenziali.

I requisiti minimi nazionali risalgono al Dpr 14.01.1997 e solo alcune Regioni hanno legiferato introducendo requisiti ulteriori in grado di garantire la qualità delle prestazioni erogate per il paziente e tutelare gli operatori che operano nelle strutture eroganti le prestazioni. La necessità di rivisitare questi requisiti va ben oltre allo scopo di identificare i bacini di utenza e la loro distribuzione territoriale.

La necessità del coinvolgimento collaborativo delle società scientifiche e delle professioni sanitarie deve essere messo a tema in quanto la realizzazione della qualità della prestazione si ottiene tenendo conto di tutti i parametri necessari e prevedendo, eliminandoli, i punti critici. Per questo motivo la collaborazione tra Agenas e

Fism costituisce un valido strumento per generare e favorire meccanismi di condivisione anche tra le varie specializzazioni chiamate in causa. Il protocollo di Intesa siglato recentemente potrà essere un supporto scientifico irrinunciabile per la commissione incaricata di elaborare linee guida entro 90 giorni dall'entrata in vigore del Regolamento e potrà contribuire al mantenimento degli standard ai livelli più alti possibili a garanzia del paziente e degli operatori.

Un altro settore in cui l'integrazione organizzativa è indispensabile è quello della gestione dell'urgenza su tutto il territorio nazionale che deve essere coordinata non solo a livello regionale, abolendo le sovrapposizioni e i doppioni strutturali che determinano costi di gestione che possono essere ridotti proprio grazie all'integrazione dei sistemi 118, con una visione nazionale e con sottosezioni regionali.

La stessa visione deve orientare l'identificazione dei centri di eccellenza per le malattie rare o per le patologie di alta complessità in cui il numero e l'efficacia dei casi trattati deve essere l'unico criterio di attribuzione della qualifica di "struttura di eccellenza per una determinata o un determinato gruppo di malattie" evitando così la proliferazione di strutture che non raggiungono, nel loro complesso, un numero minimo di prestazioni a garanzia sia del paziente che degli operatori.

Un altro passaggio delicato, che non è trattato nel Regolamento degli standard, è il possesso di capacità professionali specifiche per una determinata specializzazione da parte degli operatori. È indispensabile che le società scientifiche identifichino e aggiornino costantemente le capacità professionali degli specialisti, specie se sono dedicati alle problematiche dell'urgenza o se sono inseriti in strutture di riferimento. Un modo efficace per ridurre i costi sociali è investire sulla professionalità degli specialisti, che non può più essere limitata alla mera acquisizione del titolo universitario ma deve

essere garantita dal costante aggiornamento, di cui la società scientifica deve farsi carico, identificando sia gli standard professionali minimi sia quelli rivolti all'eccellenza. Chi non ha la professionalità adatta non può essere inserito in una struttura compromettendo la capacità di fornire una risposta efficace al paziente. Ciò non toglie ovviamente la possibilità di formare specialisti di settore *super specialistico* ma, comunque e sempre, in aggiunta ai criteri professionali di base, aggiornati anche in funzione delle metodiche e delle procedure chirurgiche o mediche attualizzate.

Una riflessione a parte merita la logica dei bacini di utenza che, a nostro giudizio, dovrebbero essere ben valutati in sede regionale, pur mantenendo gli obiettivi economici espressi nel Regolamento, in quanto la disposizione delle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate esistenti determina, in alcuni casi, un sovradimensionamento in alcune zone e un sottodimensionamento in altre. Nei casi di strutture sanitarie regionali, i possibili accorpamenti posso essere previsti, ma non sono ovviamente possibili accorpamenti tra strutture pubbliche e strutture convenzionate e ciò può creare problematiche importanti, se non vengono ben gestite.

Un altro punto da valutare è la gestione interaziendale di alcune specialità che è possibile, a nostro avviso, solo per alcuni casi specifici dove si può far ricorso a consulenze formalizzate con assunzione di responsabilità da parte di tutti gli at-

tori. Nella logica di possibili accorpamenti di strutture sanitarie di piccole dimensioni va prevista l'unione amministrativa e di direzione in quanto è indispensabile rispondere a un datore di lavoro unico con l'assunzione delle relative responsabilità.

Una criticità da prevedere è poi legata al protagonismo locale laddove chiudere o riconvertire un ospedale trova l'opposizione sia dei cittadini sia degli amministratori locali. Condividere le scelte di questo tipo è una difficoltà reale e solo la proposizione di un sistema di collegamento efficiente a più livelli e tra i soggetti coinvolti può evitare il manifestarsi di proteste tali da ingenerare tensioni sociali che rendono il Regolamento di fatto non applicabile.

Un'ultima e utile riflessione riguarda la necessità assoluta di un censimento, da realizzarsi a breve, delle strutture esistenti classificandole sia per tipologia di sede, sia per condizioni strutturali e organizzative delle realtà sanitarie. È poco efficiente, infatti, chiudere o modificare la mission di un presidio di recente costruzione mantenendo in alternativa una struttura fatiscente.

In aggiunta alle condizioni strutturali e ambientali le società scientifiche, attraverso Agenas, possono mettere a disposizione esperti per valutare la qualità delle prestazioni nella struttura prima di decidere quale destino riservare alla struttura stessa in modo da rendere oggettive le scelte conseguenti.



L'attuazione del Protocollo d'intesa tra l'Agenas e la Scuola Nazionale dell'Amministrazione

di **Wanda Giorgione**

Esperto Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Un antico proverbio arabo insegna che “la differenza tra un'oasi e il deserto non sta nell'acqua ma nell'uomo”: le persone, con la loro capacità di capire, scegliere, pianificare e costruire, rivestono un ruolo chiave, soprattutto quando le risorse disponibili sono molto limitate.

Eppure, nei momenti, come quello attuale, di grave difficoltà – non soltanto economica – , è proprio la valorizzazione delle persone, anche attraverso la formazione, uno dei primi aspetti ad essere sacrificati o trascurati. Come se fosse possibile raggiungere un livello di benessere accettabile o compiere i passi necessari all'acquisizione di nuovi paradigmi, senza una governance adeguata: persone in grado per capacità e merito di guidare i sistemi nazionali, regionali e locali verso un cambiamento capace di sviluppare salute, innovazione, ricerca, investimenti, cultura sociale, ma anche utilizzo etico delle risorse.

È evidente, ma troppo spesso dimenticato, che l'individuazione di un modello organizzativo nuovo e più rispondente ai bisogni della collettività resta lettera morta se le persone chiamate ad attuarlo non lo comprendono prima fino in fondo. È storia di vent'anni fa: il processo di *aziendalizzazione*, ad esempio, non è stato accompagnato e adeguatamente supportato da un percorso di coinvolgimento costante ed appropriato dei professionisti sanitari sul tema.

Nel 2013, di fronte a un mutamento significativo della domanda di salute e del contesto a livello sistemico, per continuare a garantire un'assistenza sanitaria di

qualità a tutti i cittadini è stato necessario mettere in discussione i vecchi modelli e gettare le basi per l'avvio di interventi di revisione del modello organizzativo e della governance in sanità. Il Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, ha intuito subito che una revisione di questo tipo non poteva avere completo successo senza la previsione, accanto a un Albo nazionale dei Direttori generali, di uno specifico progetto di formazione per la gestione di situazioni altamente complesse in sanità.

E l'intuizione di un progetto formativo non è andata persa, anzi, è stata alimentata, mentre con urgenza si doveva far fronte alle criticità del sistema.

Con queste premesse il 13 ottobre 2014 è stato stipulato, su indicazione del Ministro Lorenzin, il Protocollo di intesa tra l'Agenas e la Scuola nazionale dell'amministrazione, presentato alla stampa il 16 febbraio 2015. Il Protocollo contiene la previsione di uno specifico Programma per la formazione manageriale in ambito sanitario come sezione/dipartimento specializzato della Sna, per la realizzazione di programmi didattici, progetti di formazione, corsi di formazione e di aggiornamento, finalizzati a rafforzare le capacità e le competenze dei professionisti chiamati, a vario titolo e livello, a individuare e a realizzare le misure più idonee a ristabilire l'equilibrio nell'erogazione dei servizi sanitari, nell'ambito delle rispettive aziende sanitarie e dei rispettivi Sistemi sanitari regionali, anche in presenza di scostamenti di performance rilevati dal meccanismo di allerta previsto dall'articolo 12, comma 7, del Patto per la salute 2014-2016.

Il Protocollo prevede anche il rafforzamento delle competenze dei professionisti chiamati ad attuare e implementare, nelle rispettive realtà regionali, le misure di revisione della spesa e quelle previste dal nuovo Patto che l'Agenas ha il compito di monitorare ai sensi dell'articolo 28 del Patto per la sa-

lute 2014-2016. A completamento del percorso formativo sono previsti approfondimenti specifici in materia di programmazione sanitaria e gestione delle politiche della salute.

Gli obiettivi del progetto sono molteplici. Esso risponde alla necessità di alimentare conoscenze e competenze rispetto alle strategie di finanziamento del sistema sanitario, alle possibili scelte da operare alla luce delle recenti innovazioni introdotte dal Patto per la salute 2014-2016, alle modalità per attuare la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e rafforzare l'assistenza territoriale e, non da ultimo, alle procedure per realizzare una corretta e trasparente programmazione dei servizi sanitari.

Relativamente ai destinatari, il percorso formativo si rivolge a coloro che, inseriti ai differenti livelli del sistema, svolgono un ruolo rilevante nell'indirizzare e governare il cambiamento: policy maker, Direttori generali, amministrativi e sanitari delle Aziende sanitarie, Commissari ad acta e Sub commissari delle Regioni in Piano di rientro e tutti coloro che sono chiamati a porre in essere attività complesse finalizzate alla riorganizzazione e riqualificazione dei Servizi sanitari regionali.

Per quanto riguarda la metodologia didattica, la logica di azione che ispira il progetto è il superamento della trasmissione unidirezionale di teorie astratte e generali. Si privilegia, quindi, un processo di apprendimento che parte dall'osservazione dei fenomeni, dai problemi concreti e dalle esperienze, per condividere conoscenze, competenze e abilità utili all'interpretazione della realtà e alla definizione di linee di azione e soluzioni da tradurre nella propria pratica professionale, anche attraverso la previsione di stage.

Per ogni tematica trattata è prevista una relazione introduttiva generale di scenario sul tema e a seguire la presentazione di una o più esperienze, rilevate a livello regionale e/o aziendale e testimo-

niate dai protagonisti. In questo modo, attraverso il confronto delle diverse esperienze sarà possibile mettere alla prova le rispettive conoscenze, combinarle, migliorarle e alimentarle costantemente e reciprocamente.

Il progetto formativo non interferisce con percorsi formativi già esistenti e già ampiamente implementati e avviati con successo dalle singole Regioni e/o in regime convenzionale con le istituzioni universitarie nazionali. Esso si qualifica sicuramente per alcune caratteristiche quali la valenza istituzionale degli organizzatori, la peculiare tipologia dei destinatari, la complessità e la novità delle tematiche affrontate.

La forza del progetto sta proprio nel portare in aula, su ogni tema individuato, il confronto sui differenti approcci adottati dai singoli contesti regionali.

Peter Drucker, sosteneva che “un piano non ha valore alcuno, a meno che esso non degeneri in un lavoro”. L'Agenas e la Scuola nazionale dell'amministrazione hanno progettato il piano che, insieme alle Regioni, dovrà evolvere in un lavoro condiviso, partecipato e omogeneo. A queste ultime spetterà sia il compito di indicare i partecipanti al percorso di formazione, sia quello di individuare le strutture di formazione presenti nelle rispettive realtà regionali che di volta in volta, in base alle specifiche competenze nel settore, contribuiranno al percorso di formazione per dare vita a scambi e approfondimenti.

Come ogni esordio la prima edizione del percorso formativo è sperimentale ed il feedback permetterà di rivedere e perfezionare il progetto prima di procedere con le successive edizioni.

L'obiettivo a lungo termine che si intende raggiungere è la costruzione di una rete di professionisti a cui potersi rivolgere per la gestione dei nuovi livelli di complessità dei sistemi sanitari, delle situazioni tecnicamente complesse come quelle derivanti dal monitoraggio dell'appro-

priatezza dei livelli essenziali di assistenza, nonché per la gestione delle situazioni critiche ed eccezionali come quelle derivanti dai Piani di rientro. Anche l'articolo 1, comma 569, della legge n. 190 del 23 dicembre 2014 (Legge di stabilità 2015) che ha dato in parte attuazione all'articolo 12 del nuovo Patto per la salute, contribuisce alla tessitura della suddetta rete di professionisti.

Esso, infatti, oltre a prevedere che “la nomina a commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009 e successive modificazioni, è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento” precisa che “il Commissario deve possedere un curriculum che evidenzi qualifiche e comprovate professionalità ed esperienza di gestione sanitaria anche in base ai risultati in precedenza conseguiti”.

Ad oggi non esistono *abilitazioni* né percorsi formativi specifici che preparino il professionista all'assunzione di questo gravoso, delicato e, al contempo, stimolante compito.

Si ritiene, però, che proprio la peculiarità di tale ruolo imponga al professionista impegnato nella gestione di situazioni complesse e straordinarie, di essere all'altezza del compito che è chiamato a svolgere e di possedere competenze e capacità certificate, riconoscibili e affatto ordinarie, affinché egli stesso possa costituire davvero un'opportunità per il sistema sanitario regionale che gli viene affidato.

Il nuovo Patto per la salute, il Regolamento sugli standard ospedalieri, il programma di revisione della spesa e la stessa previsione di un Albo nazionale, hanno bisogno di un progetto formativo che li sostenga e che sostenga i professioni-

sti chiamati ad attuarne i contenuti nei rispettivi contesti regionali e aziendali.

Stavolta la scelta di investire nelle persone non è apparsa soltanto giusta e opportuna, ma è stata ritenuta essenziale e strategica perché essa chiude

un cerchio. Un cerchio che ha cominciato ad essere tracciato con l'individuazione di un nuovo modello organizzativo, e che ora si chiude con l'individuazione di un'azione formativa di supporto che ne suggellerà l'attuazione.