

I nuovi Standard Ospedalieri

2015-07-13 11:07:03 Redazione SI



Lorenzo Righi, Nicola Nante, Marco

Geddes

Il 19 giugno è diventato operativo il nuovo Regolamento per gli Standard Ospedalieri. Si tratta di un testo ricco, denso di norme, complesso da sintetizzare. Ha prevedibilmente scontentato molti, è migliorabile ma non merita, a nostro avviso, una bocciatura. Non ci convince invece l'ormai onnipresente clausola di invarianza finanziaria che rischia di rendere inattuabili interessanti innovazioni, come la telemedicina, che portano risparmi nel lungo termine ma che, per essere attuate, non possono prescindere da un investimento iniziale.

Il 19 giugno è diventato operativo il nuovo Regolamento per gli Standard Ospedalieri, Decreto Ministeriale n° 70/2015, progettato nel 2012 dal ministero di Renato Balduzzi con il supporto tecnico di Agenas e del suo Direttore Fulvio Moirano.

Il Decreto che ha avuto un iter travagliato, al suo interno individua gli “standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all’assistenza ospedaliera”.

Il documento si propone molteplici finalità: aumentare la qualità dell’assistenza, la sicurezza delle cure e l’uso appropriato delle risorse, concentrando le attività dell’ospedale nei confronti di patologie “*ad insorgenza*”

acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso”.

Riprendendo quanto espresso nella Legge 135/2012 (“*Spending Review*”), il numero massimo di posti letto ospedalieri per acuti, considerando congiuntamente presidi pubblici e privati accreditati, viene individuato in 3 per mille abitanti (numero che viene aggiustato in base a fughe ed attrazioni extraregionali); il tasso di ospedalizzazione in 160 per mille abitanti; l’indice di occupazione posto letto tra 80% e 90%; la durata media di degenza inferiore ai 7 giorni.

Vengono definiti tre tipi di presidi:

- **Presidi ospedalieri di base** (bacino di utenza 80.000 – 150.000 abitanti), dotati di Pronto Soccorso e delle seguenti specialità: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di “Osservazione Breve Intensiva”.
- **Presidi ospedalieri di I livello** (bacino di utenza 150.000-300.000 abitanti), dotati delle seguenti specialità oltre a quelle presenti nei presidi di base: Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia.
- **Presidi ospedalieri di II livello** (bacino di utenza 600.000-1.200.000 abitanti), dotati di DEA di secondo livello e di strutture che attengono anche alle discipline più complesse.

Conseguentemente a quanto scritto, sono stati stabiliti i bacini di utenza delle varie specialità.

Entra inoltre in vigore una soglia di accreditabilità: dal 1 luglio 2015 non potranno più essere sottoscritti contratti con strutture polispecialistiche accreditate con meno di 40 posti letto per acuti e allo stesso tempo non potranno venir accreditate nuove strutture polispecialistiche con meno di 60 posti letto per acuti.

Proseguendo nella lettura troviamo esplicitate, per alcune procedure, soglie minime di volume di attività (ad es. minimo 75 interventi chirurgici annui per frattura di femore per Struttura complessa) e soglie di rischio di esito (ad es. minimo 60% di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età ≥ 65).

Il documento prosegue individuando come modalità di integrazione fra ospedali e fra ospedale e territorio l’applicazione delle reti per patologia che, quando necessario, dovranno organizzarsi secondo il modello *hub & spoke*.

Il finale del documento si dedica brevemente alla continuità ospedale-territorio riaffermando quanto più volte già affermato, ovvero che senza un potenziamento delle strutture territoriali si avranno “forti ripercussioni sull’utilizzo appropriato dell’ospedale”. Le Regioni dovranno conseguentemente procedere, di pari passo con la ridefinizione della rete ospedaliera, a un riassetto dell’assistenza primaria, di quella domiciliare e di quella residenziale.

Come è facile notare, questo Regolamento è un testo ricco, denso di norme, complesso da sintetizzare. Ha prevedibilmente scontentato molti, è migliorabile ma non merita, a nostro avviso, una bocciatura.

Cerchiamo di analizzare quali passaggi hanno destato maggiori perplessità.

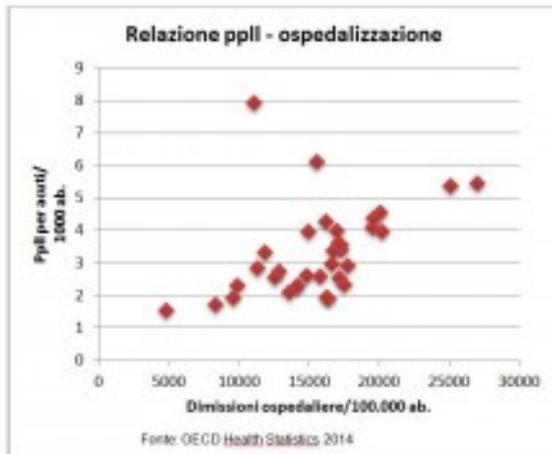
A livello di ospedalità privata è stata malvista la chiusura di strutture di cura non dotate di un sufficiente numero di posti letto. L’avversione si è poi mitigata quando nella versione finale del Regolamento sono state escluse le strutture monospecialistiche. Resta comunque la polemica, parzialmente lecita, di aver stabilito i parametri di dimensionamento in modo rigido e senza considerare l’offerta e i bisogni attuali. Gabriele Pelissero dell’AIOP ne ha scritto sul numero 38 di Monitor[1].

Non esiste un’opinione univoca su quanti debbano essere i posti letto per abitante in un Sistema Sanitario ed il motivo è che più che i posti letto conta come è organizzato tale Sistema. D’altro canto già dal 1959 il dr. Milton I. Roemer elaborava quella che poi sarebbe stata definita come “Legge di Roemer”: “*A built bed is a filled bed*” ovvero che in un sistema con terzo pagante (SSN, assicurazioni, etc) l’offerta di posti letto ospedalieri influenza la domanda.

Questa legge è ancora oggi confermata come possiamo vedere dai dati dei paesi OECD che riportiamo nella Figura 1 (è evidente la relazione tra le due variabili) e dalla recente letteratura[2].

Figura 1. Rapporto tra posti letto ospedalieri e tasso di ospedalizzazione

Figura 1. Rapporto tra posti letto ospedalieri e tasso di ospedalizzazione



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Se aggiungiamo che esistono nuove tecnologie come la telemedicina e nuove forme di assistenza in certi casi più appropriate per i pazienti programmati (*day hospital, day service*) o per i cronici-fragili lungodegenti (*ospedali di comunità*), l'aumento del numero di posti letto può non essere considerato una priorità.

Quanto scritto prevede però che avvenga un rafforzamento delle cure primarie, mentre il testo lascia intendere che l'auspicata riorganizzazione del Sistema a livello territoriale sarà, almeno in parte, "forzata" dalla riduzione dei posti letto e della durata di degenza. Si passa quindi la palla alle Regioni pur avendo esplicitato la fondamentale importanza dell'integrazione ospedale-territorio.

Le preoccupazioni degli specialisti medici vertono sull'eccessiva riduzione dei posti letto e sulla riduzione del numero di strutture complesse e conseguentemente del numero dei direttori.

Gli specialisti cardiologi dell'ANMCO hanno titolato una sessione del loro ultimo congresso "Esisterà ancora la Cardiologia?"^[3], frase eccessivamente drammatica ma che ha garantito la desiderata risonanza mediatica^[4,5,6,7].

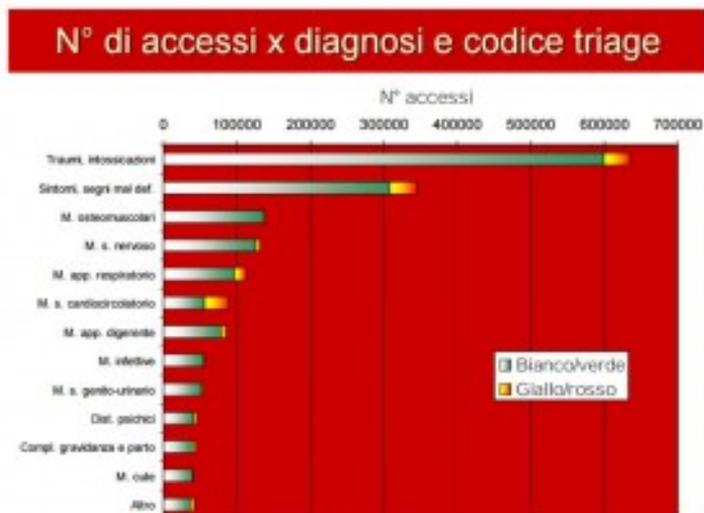
Secondo l'ANMCO, la non presenza della specialità di Cardiologia nei presidi ospedalieri di base cancellerebbe 581 strutture di Cardiologia su 823. Effettivamente l'unica specialità presente negli ospedali di base (oltre a Medicina Generale e dell'Emergenza-Urgenza, Chirurgia Generale e Anestesia) è l'Ortopedia. Analizzando gli accessi al PS di qualsiasi ospedale vedremo che la maggioranza sarà dovuta a traumi.

Questo dato potrebbe giustificare la presenza della sola specialità di Ortopedia negli ospedali di base ma per dare una più corretta risposta ai bisogni di salute dei cittadini si dovrebbe analizzare il dato dei codici gialli e rossi, analisi che porterebbe a trovare un'importante numero di casi di natura cardiologica, mentre molti accessi per (piccoli) traumi non necessitano della

presenza dell'ortopedico, ma eventualmente di una consulenza differita sull'immagine radiologica. Presentiamo a riguardo una slide di Giovannino Ciccone del CPO Piemonte relativa ai Pronto Soccorso di tutta la Regione Piemonte nell'anno 2008.

Figura 2. Accessi al Pronto Soccorso in Piemonte per Diagnosi e Codice di Triage

Figura 2. Accessi al Pronto Soccorso in Piemonte per Diagnosi e Codice di Triage



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Se a quanto scritto uniamo il fatto che l'unica rete cardiologica esplicitata nel Regolamento è quella relativa all'infarto miocardico acuto, **appare sensato un certo grado di preoccupazione da parte dell'ANMCO e non troppo peregrina la loro proposta di inserire uno specialista cardiologo negli ospedali di base.**

Sembra emergere un non sufficiente confronto con gli specialisti cardiologi (solo cardiologi?) prima della redazione del presente Decreto. Un confronto che sarebbe stato indispensabile, anche considerando i buoni risultati del SSN relativamente alle patologie cardiovascolari, anche in termini di sopravvivenza post infarto, come si può vedere dal recentissimo report dell'OECD[8].

A nostro avviso non è particolarmente preoccupante la riduzione dei posti letto di Cardiologia o la riduzione delle strutture complesse cardiologiche per i motivi che già abbiamo qui esposto; anche nel recente convegno ANMCO si è trattato di come ridurre l'ospedalizzazione ("È noto da revisioni sistematiche della letteratura che l'impatto gestionale della telemedicina nel paziente con scompenso cardiaco nella riduzione del 30-35% della mortalità e del 15-20% delle ospedalizzazioni."[9] e dell'utilità della prevenzione[10]).

Più allarmante è la non sufficiente chiarezza relativa alla gestione delle patologie cardiologiche e di quei codici gialli e rossi che abbiamo visto nell'immagine precedente.

Luigi Ripamonti nelle pagine del Corriere della Sera[11] si chiede se in caso di

infarto sia meglio venire portati in un grande lontano ospedale o in un piccolo ospedale vicino. La letteratura in questo caso può aiutarci: **la Società Europea di Cardiologia consiglia il trattamento di infarti STEMI in centri specialistici se raggiungibili entro 120 minuti**[12]. Sarebbe interessante sapere se tale letteratura è stata tenuta in considerazione nella individuazione delle strutture cardiologiche da chiudere.

Ci auguriamo, in ogni caso, che chi dovrà gestire i vari presidi ospedalieri abbia il buon senso di giudicare le risorse umane a disposizione e cerchi di coprire eventuali carenze siano esse in ambito cardiologico, neurologico, pneumologico e di altre specialità.

La polemica relativa alla riduzione degli incarichi di direzione è un ulteriore argomento delicato sul quale non vorremmo dilungarci troppo. È oggettivo che in molti ospedali vi sia il raddoppiamento di determinate strutture e che questo non porti nessun vantaggio ai pazienti, allo stesso tempo non è necessario nominare un direttore di struttura complessa per ogni piccolo presidio ma determinati primariati a livello territoriale o anche ospedaliero avevano la funzione di premiare e dare un obiettivo ai medici. Strumenti premianti più appropriati oggi esistono ma sono utilizzati in casi più unici che rari preferendo premiare “a pioggia”, non motivando i meritevoli.

Un ultimo appunto deve essere fatto su volumi ed esito delle attività, relativamente ai quali l'Italia finalmente si adegua al contesto europeo.

I bravi professionisti italiani, come abbiamo detto, non meritano di vedersi calare addosso Decreti senza un precedente confronto e senza la dovuta trasparenza di politiche e intenti ma in nome della stessa trasparenza non devono temere di venir valutati.

Nelle stesse strutture ospedaliere unità operative distinte possono presentare livelli di mortalità per la medesima patologia, anche aggiustata per gravità, più di dieci volte superiori le une alle altre[13].

Nel Regolamento le soglie sono definite per Struttura complessa mentre un tempo, se si parlava di soglie, esse erano definite a livello di ospedale permettendo facilmente intuibili mostruosità, dato anche il citato raddoppiamento di strutture. Per chiarire il concetto riportiamo quanto già scritto su Saluteinternazionale nell'articolo **Chi ha paura degli standard** [14]: nel Policlinico Umberto I di Roma nel 2011 sono stati effettuati 149 interventi per Carcinoma Mammario, numero quasi pari ai 150 per Struttura complessa richiesti dall'attuale Regolamento. Il problema è che tali interventi erano suddivisi tra 16 unità operative, tutte ovviamente lontanissime dagli standard legali attuali ma anche dagli standard di decenza (11 chirurgie non erano arrivate ad operare nemmeno 10 casi!).

Il prossimo passo, auspicabile soprattutto a livello chirurgico, è la definizione di soglie (inizialmente di volume e magari successivamente di esito) a livello di singolo operatore. Non è infrequente che una minoranza

di operatori effettui la maggioranza degli interventi. Di norma gli interventi vengono affidati all'operatore più adatto ma monitorare l'attività dei singoli porterebbe maggiore chiarezza organizzativa, vantaggi di programmazione e probabilmente anche vantaggi di salute per i singoli pazienti. **Tale monitoraggio dovrebbe idealmente venir applicato anche ai medici in formazione. Sarebbe utile sapere quante operazioni da primo chirurgo i nostri neospecialisti hanno effettuato prima di ricevere il titolo.**

Le soglie di esito, o per lo meno quelle elencate nel testo del Regolamento, presentano caratteristiche di responsabilità più condivise (o ascrivibili al direttore) ed è dunque opportuno che siano calcolate sui volumi dell'intera Struttura complessa.

La recentissima bozza di intesa sulla Manovra 2015, trasmessa alla Conferenza Stato Regioni il 1° luglio, che prevede un ulteriore taglio di 2,352 miliardi di Euro nel triennio 2015 – 2017, affida alla riorganizzazione tramite l'applicazione degli standard "...una riduzione degli oneri connessi all'assistenza ospedaliera erogata..." anche tramite "...una rideterminazione di strutture semplici e complesse cui sono associate specifiche voci retributive..."[15].

Concludiamo ribadendo che proprio non ci convince l'ormai onnipresente clausola di invarianza finanziaria che rischia di rendere inattuabili interessanti innovazioni, come la telemedicina, che portano risparmi nel lungo termine ma che, per essere attuate, non possono prescindere da un investimento iniziale.

Lorenzo Righi, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Università di Siena

Nicola Nante, Direttore della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Università di Siena

Marco Geddes, Esperto di Sanità Pubblica

Bibliografia

1. [Elementi di analisi e osservazione del sistema salute](#) [PDF: 1,7 Mb]. Monitor. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Anno XIV Numero 38 • 2015.
2. Delamater PL, Messina JP, Grady SC, WinklerPrins V, Shortridge AM. Do more hospital beds lead to higher hospitalization rates? A spatial examination of Roemer's Law. PLoS One. 2013;8(2):e54900. doi: 10.1371/journal.pone.0054900.
3. Russo G. [Esisterà ancora la Cardiologia?](#) congressnewsdaily.it
4. Faiella MG. [Cardiologie a rischio chiusura. Allarme dei medici ospedalieri](#) [PDF: 589 Mb]. Corriere della Sera, 07.06.2015
5. [Allarme cardiologi ANMCO2/3 dei reparti spazzati via dai nuovi standard ospedalieri.](#) Sanità 24, IlSole24ore, 04.06.2015

6. [Regolamento standard e assistenza ospedaliera, Anmco: effetti devastanti sulle strutture di Cardiologia. Panoramasanita.it, 29.05.2015](#)
7. [I cardiologi lanciano l'allarme. Panorama.it, 04.06.2015](#)
8. [OECD 2015. Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care DOI:10.1787/9789264233010-en](#)
9. [Russo G. Il supporto della telemedicina nella gestione dello scompenso cardiaco: impariamo ad usarla. Congressnewsdaily.it](#)
10. [Simposio Congiunto ANMCO/ISS sulle abitudini alimentari degli italiani. Mangiare meno, mangiare meglio. Congressnewsdaily.it](#)
11. [Ripamonti L. Tagli che fanno bene o male al cuore \[PDF: 217 Kb\]. Corriere della Sera, 07.06.2015](#)
12. [Steg PG, James SK, Gersh BJ. 2012 ESC STEMI guidelines and reperfusion therapy: Evidence-based recommendations, ensuring optimal patient management. Heart 2013 Aug;99\(16\):1156-7.](#)
13. [Nante N, De Marco MF, Balzi D, Addari P, Buiatti E. Prediction of mortality for congestive heart failure patients: results from different wards of an Italian teaching hospital. Eur J Epid 2000;16\(11\):1017-21.](#)
14. [Geddes M. Chi ha paura degli standard. Saluteinternazionale.info, 11.01.2013](#)
15. [Statoregioni.it con codice 4.10/2015/33](#)

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
-