

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.

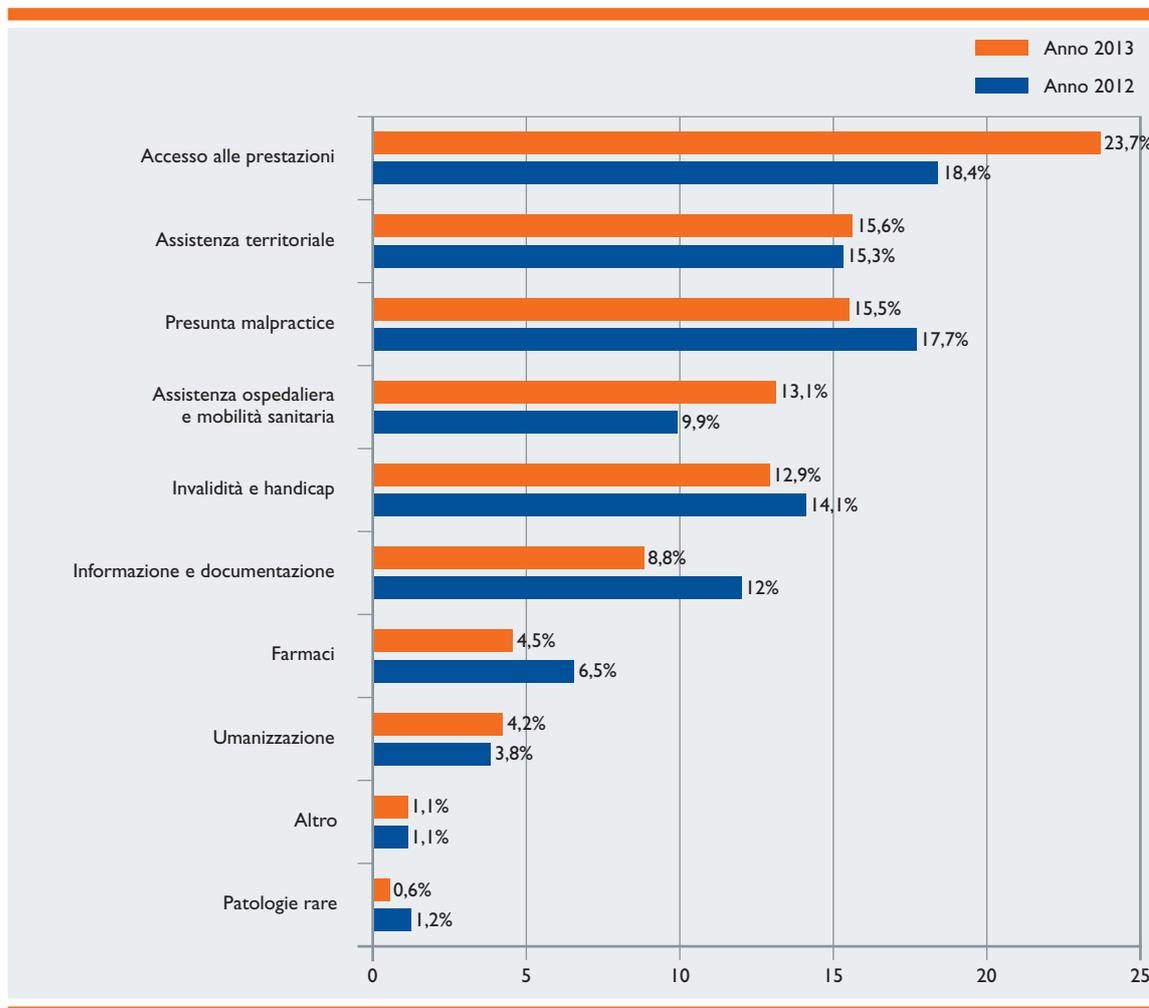
Al primo posto vi è una diffusa difficoltà di accesso alle prestazioni pubbliche (23,7%) a causa di liste di attesa e aumento vertiginoso e insostenibile dei ticket, segue un affanno crescente da parte sia dell'assistenza sanitaria territoriale (15,6%) che di quella ospedaliera (13,1%). Quest'ultima 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

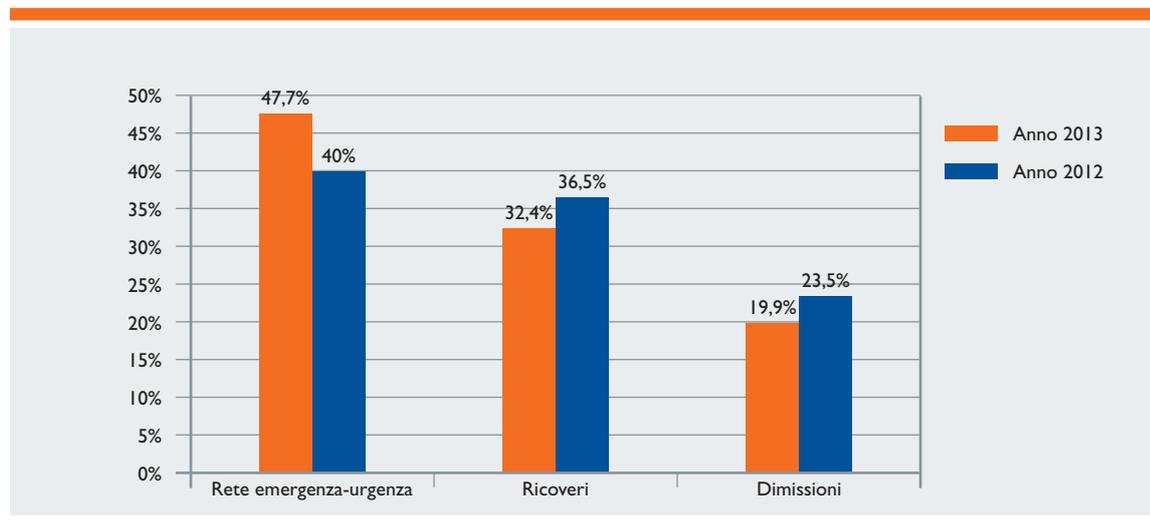


Fonte: Cittadinanzattiva - Rapporto Pit Salute 2014

- 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.

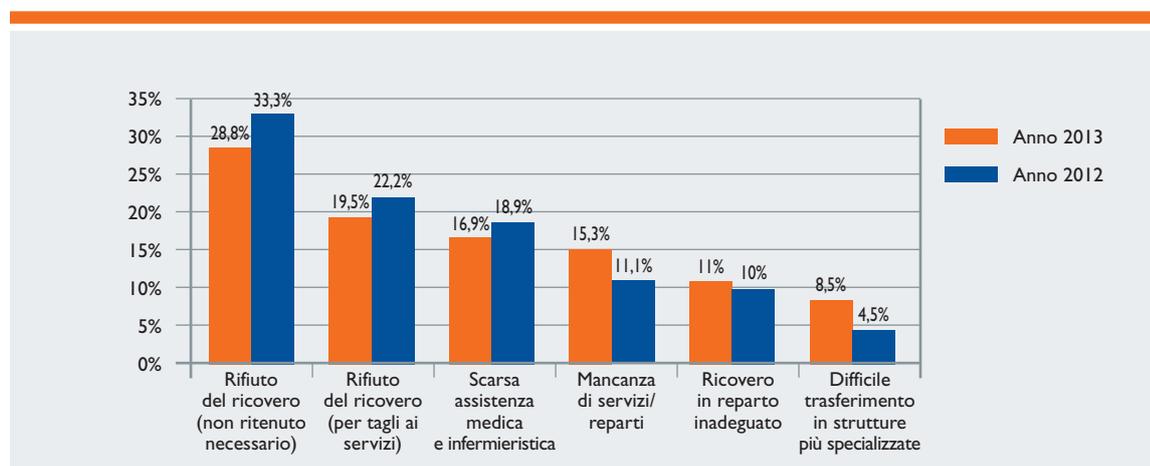
Tutti adempimenti importanti e purtroppo ancora al palo o in forte ritardo, che al contrario sarebbero invece funzionali a realizzare concretamente proprio quegli obiettivi messi nero su bianco nella premessa al Regolamento sugli standard ospedalieri, vale a dire il "Riequilibrio dei ruoli tra Ospedale 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

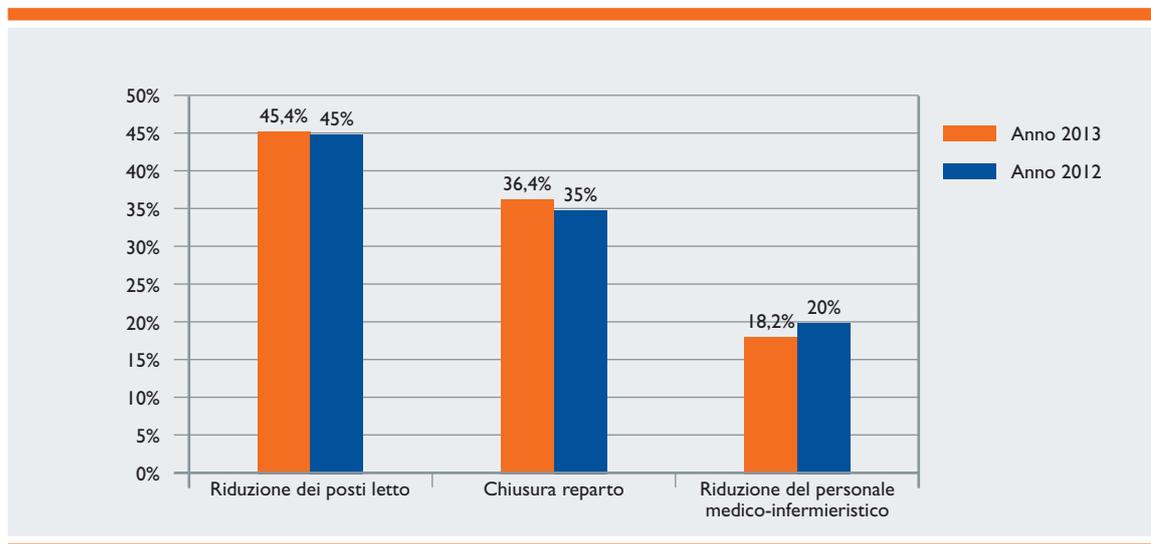


Fonte: Cittadinanzattiva - Rapporto Pit Salute 2014

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).

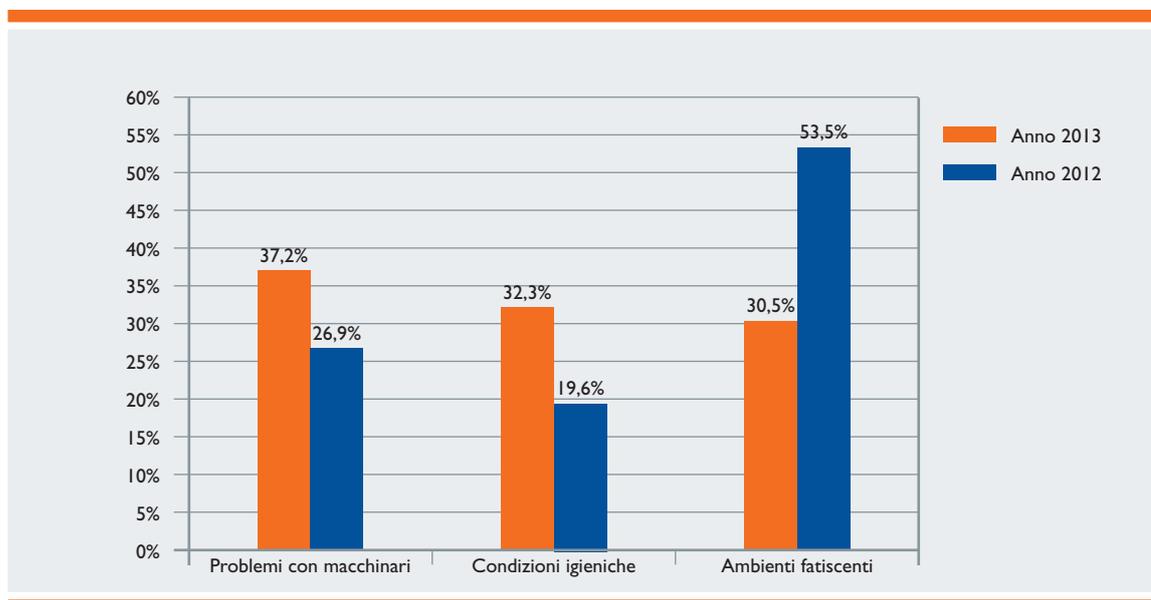
Sul tema dell'assistenza sanitaria territoriale siamo convinti, e lo abbiamo proposto insieme alla Federazione nazionale dei Collegi Ispasvi, che è giunto il momento di varare, come fatto per l'ospedale, gli Standard dell'assistenza territoriale, al fine di definire ciò che deve essere garantito in termini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