

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'emana-zione 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 appropriatezza 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 ospedaliera 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).