



Position paper

Associazione Italiana Ospedalità Privata

sul DM 70

sottoscritto da

Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari



15 giugno 2022

Position paper di AIOP

sul

D.M. 2 aprile 2015, n.70

PREMESSA

AIOP, in quanto associazione maggiormente rappresentativa della componente di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale si sente investita del dovere di contribuire alla discussione in merito all'aggiornamento e revisione del DM 70, inteso come documento eminentemente programmatico per il SSN.

L'intento di AIOP, in particolare, è quello di riportare al decisore pubblico riflessioni e suggerimenti sia di carattere generale sia inerenti la natura giuridica delle strutture che rappresenta, le cui caratteristiche devono essere considerate utili ad una riqualificazione dell'assistenza ospedaliera che riesca in un duplice intento: ridimensionare l'eterogeneità qualitativa tra erogatori ma, allo stesso tempo, valorizzare la varietà e le specificità funzionali degli stessi. Il presente documento viene sottoposto all'attenzione della Direzione generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, all'indomani dell'audizione di AIOP promossa dalla Direzione stessa e avvenuta in data 18 maggio 2022.

Le considerazioni e le proposte qui di seguito esposte riguardano:

- ❖ Soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali e in particolare
 - Il requisito della dotazione di posti letto per acuti non inferiore a 60 p.l.
 - Le strutture monospecialistiche
 - Le strutture cosiddette "miste"
- ❖ Requisiti di volume e in particolare
 - Uno studio condotto da AIOP in collaborazione con Nomisma sulla valutazione di impatto - in termini di accesso alle cure e mobilità - degli standard previsti sia nel DM70 vigente sia nel cosiddetto "brogliaccio"
 - La valutazione dei volumi delle strutture di diritto privato quali volumi "imposti" dal meccanismo di assegnazione di budget alle strutture della componente di diritto privato
 - Elementi alla base dell'analisi per operatore e per unità operativa complessa
 - La revisione della soglia minima di 200 interventi/anno per le procedure di by-pass aortocoronarico isolato, alla luce delle evidenze scientifiche e dell'evoluzione nella pratica clinica
- ❖ Requisiti di esito e in particolare
 - Un elemento interpretativo nel rispetto della metodologia del PNE
- ❖ Rete dei punti nascita e in particolare
 - La previsione del requisito della terapia intensiva (codice 49) per tutti i PN

CONSIDERAZIONI E PROPOSTE

❖ Soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali

- Il testo del DM 70 prevede l'adozione di un provvedimento generale di programmazione che prevede l'adeguamento della **dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati** ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, a un livello non superiore a 3 posti letto per acuti per mille abitanti, e a 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la degenza post-acuzie. Il DM 70 rimane, quindi, nel solco di una superata impostazione di programmazione *top-down*, a più di cinquant'anni dall'ultimo storico modello di questo tipo (la legge di riforma ospedaliera Mariotti del 1968/69).

Una impostazione che risulta, tra l'altro, in controtendenza rispetto al quadro internazionale, che vede Paesi come la Germania su valori per l'acuzie prossimi al 6‰, e medie dei Paesi G7 e OCSE Europa che sono pari rispettivamente al 4,3‰ e al 3,3‰.

La previsione di cui sopra, che nelle intenzioni voleva essere un tentativo di stimolo all'efficientamento del sistema, ha però prodotto una drastica riduzione del tasso di ospedalizzazione, che dal 2014 al 2019 è passato dal 148,33‰ al 133,50‰ - a fronte di un riferimento per i bacini di utenza che nel DM 70 è pari a 160,0‰ - e un contestuale e inevitabile innalzamento dei fenomeni di rinvio o di rinuncia alle prestazioni.

Questo trend è alla base di ulteriori criticità emerse, a volte drammaticamente, al rivelarsi del perdurante evento pandemico.

- L'impianto del punto 2.5, qualora restasse invariato, confermerebbe l'operatività della soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali assoggettata al requisito della dotazione di **posti letto per acuti non inferiore a 60 p.l.**, ad eccezione delle strutture monospecialistiche.

Non è dato comprendere la *ratio* di questa disposizione, che non sembra andare nella direzione di una razionalizzazione dell'offerta dei servizi alla salute ispirata a logiche di qualità delle cure. Se, infatti, il volume di attività costituisce - solo per alcune specifiche prestazioni - una delle possibili determinanti dell'esito, il numero dei posti letto non presenta alcuna nota associazione con la qualità delle cure complessivamente erogate dalla struttura.

Ne risulta una compressione del pluralismo tra diversi erogatori, che penalizza, in assenza di sufficienti evidenze, le strutture di diritto privato del SSN di minori dimensioni, spesso caratterizzate da uno storico e funzionale radicamento con il proprio territorio.

In questo modo, sulle operazioni di rifunzionalizzazione della rete, in termini, soprattutto, di riconversione di posti letto della componente di diritto privato da acuti in post-acuti o residenziali - determinate, nel corso del tempo, in ambito di programmazione regionale - si innesterebbe ora una penalizzazione ulteriore basata su

una presunta carenza strutturale congenita che non solo è lontana dalla realtà ma, in molti casi, non costituisce altro che il naturale risultato delle suddette periodiche rimodulazioni imposte.

- La previsione per cui l'attività assistenziale esercitata da soggetti di diritto privato nell'ambito del SSN sia ridefinita a cadenza annuale dalla Regione, con la fissazione di volumi di attività e tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni risulta incompatibile con la prospettiva temporale nella quale deve svilupparsi una programmazione efficace e razionale, che sia basata su una reale mappatura dei bisogni assistenziali. Questa impostazione non solo insiste su un coinvolgimento della componente di diritto privato di natura meramente integrativa e compensativa - a prescindere dal livello di qualità offerto, anche in termini comparativi con strutture di natura giuridica pubblica - ma mortifica una pianificazione interna delle strutture di medio-lungo periodo, orientata al miglioramento continuo, anche attraverso investimenti in alta tecnologia e in competenze professionali di alto profilo.
- In merito alla disciplina dell'attività delle **strutture monospecialistiche**, AIOP ha già presentato al Ministero della Salute una specifica proposta di regolamentazione, a maggio 2015 (Allegato 1) e ulteriori osservazioni, a gennaio 2016, su uno "Schema di provvedimento in materia di strutture monospecialistiche" (Allegato 2). Molte delle ipotesi di miglioramento e integrazione ivi contenute sono perfettamente riproponibili rispetto al testo attualmente in valutazione, in quanto volte alla salvaguardia e alla tutela di realtà con un alto livello di specializzazione ed *expertise*, che non dovrebbero andare sacrificate.

In merito, si propone:

- **la definizione di una attività monospecialistica per acuti basata su un modello dipartimentale, organizzato per unità funzionali a specialità omogenee (altrimenti definite branche affini), di area medica e area chirurgica; il tutto con un riferimento completo e non limitato al DM 31 gennaio 1998 per l'individuazione delle c.d. "discipline affini";**
- **la conferma della soglia di 30 posti letto per acuti per le monospecialistiche prevista nel DPCM del 1986 sugli standard delle Case di cura private, diversamente dalla soglia minima di 40 posti letto prevista nel c.d. "brogliaccio" circolato a mezzo stampa a ottobre 2021.**

Sul tema, AIOP è confortata da quanto emerso in occasione dell'Audizione del 18 maggio, nel corso della quale sembrerebbero essere state accolte le proposte della nostra delegazione, e rimane in attesa di ricevere, ai fini di un proficuo riscontro, la documentazione relativa allo studio effettuato dal Ministero della Salute sui requisiti dei posti-letto per le strutture monospecialistiche e c.d. miste.

- La disciplina contenute nel DM 70 relativa alla numerosità minima di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi con le strutture di diritto privato non considera le varie tipologie di offerta riscontrabili nella articolata compagine di **strutture cosiddette “miste”** che operano all’interno dei sistemi regionali.

Le strutture **cosiddette “miste”** sono infatti strutture dotate di posti letto sia per acuti sia per post acuti che, non rientrando nella soglia minima dei posti letto della sezione per acuti, ma spesso con un numero di posti letto di natura mista, anche di molto superiore ai 60 p.l., perderebbero automaticamente i requisiti per mantenere l’accreditamento.

Tuttavia, esse garantiscono una continuità nella complessità assistenziale che le connota in modo peculiare rispetto alle strutture polispecialistiche per acuti: si tratta di un *“tertium genus”* che stenta a trovare collocazione nelle previsioni normative.

Tale criticità non si risolve nella riformulazione prevista nel c.d. “brogliaccio” circolato a mezzo stampa a ottobre 2021 dove, nella parte finale del punto 2.5 si prevede che, per alcune discipline, la soglia prevista possa essere ridotta a 30 p.l. per acuti in presenza di una attività in post-acuzie che garantisca la continuità del percorso di cura ed integri efficacemente l’attività in acuzie.

Su questo tema, rispetto al quale pendono tuttora alcuni ricorsi al TAR Lazio, supportati da specifici pareri tecnici, AIOP si è attivata già a gennaio 2015 con una comunicazione ufficiale al Ministro della Salute.

La soluzione proposta non può essere che quella del riferimento per tali strutture alla capacità organizzativa generale, misurata dal complesso delle prestazioni offerte e non soltanto, quindi, da quelle riconducibili esclusivamente al trattamento della fase acuta.

A tal fine, il passaggio del Punto 2.5 riguardante la soglia minima per cui “...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” potrebbe essere integrato aggiungendo “[...] Ai fini dell’operatività della soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali per le strutture ospedaliere miste, verranno conteggiati tutti i posti letto presenti nella struttura, compresi quelli di riabilitazione e lungodegenza”.

❖ Requisiti di volume

- Le conoscenze scientifiche, da sole, non consentono di identificare per gli indicatori di volume un preciso e puntuale valore soglia, minimo o massimo, ma è possibile identificare un intervallo di volume al di sotto del quale il rischio di esiti negativi aumenta notevolmente.

Così come previsto nell'ambito del Programma Nazionale Esiti (PNE) **per i requisiti di volume definiti nel DM70, si propone, quindi, di introdurre, rispetto alle soglie minime, un intervallo di tolleranza di almeno 10%.**

- Alla scelta di volumi minimi di attività al di sotto dei quali non deve essere possibile erogare specifici servizi nel SSN devono necessariamente contribuire, oltre alle conoscenze sul rapporto tra efficacia delle cure e loro costi, le informazioni sulla distribuzione geografica e accessibilità dei servizi.

Considerato che il volume di attività è solo una delle caratteristiche strutturali con un impatto potenziale sull'efficacia di determinati interventi, esso deve essere applicato privilegiando un approccio integrato in grado di collocare l'istituto di cura nel suo contesto ambientale, epidemiologico e sociale.

Ne discendono due considerazioni.

- Innanzitutto, la necessità di verificare preventivamente quale scenario verrebbe a configurarsi dalla piena applicazione del DM70 nei ventuno Sistemi Sanitari Regionali, alla luce della situazione attuale di frammentazione dell'offerta e dei possibili risultati di accentrimento e riorganizzazione, **valutando in particolare la forte eterogeneità tra i bacini di utenza di ciascuna realtà regionale.**
- Parallelamente, l'importanza di leggere questa proiezione in termini di equità di accesso delle diverse popolazioni/bacini di utenza a servizi di provata efficacia clinica, valutando il rischio di incremento ulteriore delle disuguaglianze di salute in funzione delle disuguaglianze economico-sociali, ad esempio incoraggiando o inducendo alla mobilità, **senza prevedere adeguati meccanismi di sostegno economico e logistico alla migrazione sanitaria.**

In relazione ad entrambi questi aspetti, AIOP ha promosso, con la collaborazione di Nomisma, un'analisi (Allegato 3) volta a verificare l'impatto del DM70 (vigente o cosiddetto "brogliaccio", a seconda degli indicatori), rappresentando sia l'effetto di un'applicazione diretta e meramente normativa degli standard, sia l'effetto di una applicazione governata, frutto di programmazione, tanto a livello regionale quanto a livello nazionale. Il presupposto è nel riconoscimento della pari dignità che – nella ridefinizione della rete dei provider – devono avere da una parte le evidenze scientifiche sull'associazione tra volumi di attività ed esiti

delle cure e dall'altra l'accesso alle cure dei cittadini-pazienti, che in un sistema universalistico non può che essere indipendente dalla residenza dell'utente.

Il costo di una razionalizzazione dell'offerta sulla base di criteri di sicurezza ed efficacia clinica – così come emerge dalle premesse del DM70 non può ricadere sul paziente e sulla sua capacità soggettiva (economica e di mobilità) di rivolgersi al centro di offerta definito over-standard, se non si vuole tradurre la ricerca della qualità in un mero efficientamento del sistema a spese della salute e del diritto alla cura dei pazienti. Il rischio è quello di indurre il malato a una rinuncia alle cure e di ampliare, anziché ridurre, le disuguaglianze sulla base di variabili geografiche e socio-economiche.

- Se gli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera sono definiti per orientare la programmazione regionale nella ridefinizione della rete dell'offerta, allo stesso modo la "committenza" deve saper coniugare i requisiti *evidence-based* a quelli sistemici e normativi, facendo sì che i secondi siano in grado di adeguarsi e dunque rispettare i primi. Pensiamo ad esempio - nella previsione di volumi minimi di attività per prestazione o condizione clinica - alla necessità di ripensare il sistema dell'accreditamento e il meccanismo di assegnazione di budget alle strutture della componente di diritto privato, il quale automaticamente pone tetti massimi alle prestazioni erogabili nell'ambito del SSN, indipendentemente dalla effettiva potenzialità.

Nella valutazione dei volumi di attività di queste strutture e della loro rispondenza agli standard minimi, occorre considerare che la casistica trattata non rispecchia i volumi potenzialmente erogabili, ma quelli effettivamente erogati nell'ambito dei limiti identificati dalla Programmazione.

Ridisegnare la rete ospedaliera sulla base di volumi "imposti" introdurrebbe una distorsione tale da inficiare gli stessi obiettivi di razionalizzazione e riqualificazione dell'offerta, nonché un pregiudizio per i provider coinvolti.

- Un altro aspetto da considerare è che l'unità di riferimento "macro" dei volumi di attività - ovvero quella ospedaliera - rappresenta esclusivamente una delle dimensioni - e non necessariamente la più rilevante - nell'associazione tra numerosità della casistica trattata ed esiti clinici. Infatti, nella stessa proposta di modifica del DM 70 circolata a mezzo stampa a ottobre 2021, si specifica che *"per le attività cliniche di cui alle lettere a) e b) del punto 4.2, le unità di riferimento di attività sono attualmente le unità operative complesse e i singoli operatori"*.¹

¹ Proposta di aggiornamento del DM70 – c.d. "brogliaccio" circolata a mezzo stampa in https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=99291 pagina 15, paragrafo 4.4

Più propriamente, sulla base delle conoscenze a oggi disponibili, la dimensione dell'Istituto di cura contribuisce assieme a quella di reparto e a quella del singolo operatore a condizionare la qualità dell'assistenza.

Esprimendo la prima l'effetto complessivo strutturale e quello sistemico interdisciplinare - organizzativo e di vocazione - della struttura overall, la seconda la componente di équipe medico-infermieristica (a volte itinerante), la terza il bagaglio esperienziale (ad es. l'abilità manuale del chirurgo), si tratta di variabili che possono comporsi in modo eterogeneo (difficilmente standardizzabile secondo un modello quantitativo identificato *ex-ante*) a seconda della prestazione sanitaria considerata e a seconda della configurazione della rete assistenziale.

Posto quanto sopra descritto, si propone:

- ***nello stabilire gli standard di riferimento dei volumi per operatore, di valutare con la massima attenzione le evidenze scientifiche rispetto alle soglie minime e massime, che ovviamente non possono coincidere con quelle definite per struttura o unità operativa;***
- ***nel misurare, in ciascuna struttura, i volumi per operatore, di considerare la totalità delle prestazioni effettuate dal professionista, in tutti gli istituti di cura in cui esercita la propria attività.***

Dal momento che la valutazione proposta dal PNE è a livello di struttura, è fondamentale, infatti, che nella misurazione del numero di interventi o trattamenti erogati dal singolo operatore si considerino, di volta in volta, anche quelli effettuati in altre strutture, nell'intervallo di tempo considerato;

- ***nel misurare, in ciascuna struttura, i volumi per unità operativa complessa, restando la necessità di identificare il reparto di effettiva esecuzione della prestazione - e non, come avviene oggi, quello di dimissione - di considerare, così come opportunamente indicato al punto 1.2 del c.d. "brogliaccio", le équipe professionali che operano su più presidi ospedalieri.***
- Se, come espressamente riportato nel testo del DM 70, i volumi minimi di attività sono identificati sulla base delle evidenze scientifiche, considerando la letteratura di riferimento - citata anch'essa nella Proposta - la soglia minima di 200 interventi/anno di by-pass aortocoronarico isolato - prevista discrezionalmente nel DM 70 originario e confermata nella Proposta di aggiornamento - risulta ingiustificata.

Nella citata pubblicazione "Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche in letteratura ed evidenze empiriche in Italia" si documenta che "la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento risulta elevata tra i poli ospedalieri con volumi inferiori a circa

100 interventi/anno, volume identificato come punto di svolta”² (Allegato 4).

A ciò si aggiunge che, in Italia, i dati relativi al numero di ricoveri per by-pass aortocoronarico isolato (ossia non associato a interventi su valvole o endoarteriectomie) hanno mostrato in questi anni un trend in diminuzione, da 16.060 interventi nel 2012 a 14.185 nel 2019 (-11,7%). Il decremento è in parte ascrivibile al maggior controllo dei fattori di rischio (miglioramento dello stile di vita dei pazienti), all’aumento degli interventi di by-pass non isolati e in parte al crescente ricorso alle procedure (meno invasive) di angioplastica per il trattamento delle ostruzioni coronariche.

Si richiede pertanto che la soglia minima identificata per i volumi di by-pass aortocoronarico isolato vada corretta e che lo stesso procedimento di verifica della validità scientifica delle associazioni volumi-esiti sia ripetuta anche in relazione a tutte le altre soglie riportate nel testo del documento in esame.

❖ **Requisiti di esito**

Nel valutare la rispondenza al requisito previsto per le soglie critiche di esito individuate nella proposta di modifica al decreto, è opportuno sottolineare un **elemento interpretativo fondamentale**, ovvero che le strutture per le quali, per ragioni di potenza statistica, il tasso ADJ non sia calcolabile non possano essere identificabili come non conformi agli standard qualitativi.

In particolare, l’indisponibilità nel PNE del tasso aggiustato (ADJ) non ha alcuna accezione negativa per la struttura o l’unità funzionale interessata, dal momento che la numerosità della coorte (ovvero dei casi eleggibili ai fini del calcolo dell’indicatore) risponde solo ai criteri di selezione della casistica, a loro volta impliciti nel rationale dell’indicatore.

In altre parole, l’aspetto qualitativo dell’assistenza che uno specifico indicatore di esito intende misurare fa riferimento a una determinata sotto-casistica trattata dalla struttura, accuratamente selezionata attraverso i criteri di inclusione ed esclusione e tale per cui la numerosità è completamente slegata da considerazioni relative a standard quantitativi. Ne consegue che le strutture con volumi alti e coorti sotto-soglia per il calcolo dell’aggiustato possono costituire proprio gli istituti di cura che vedono una casistica più complessa e pertanto non sono considerabili in alcun modo come “*substandard*” ai sensi del DM70.

Del resto lo stesso DM70 scinde i requisiti e gli standard quantitativi (volumi) da quelli qualitativi (esiti).

² Epidemiologia & Prevenzione, supplemento 2, n.5/6, settembre-dicembre 2017, pagina 24.

❖ **Indicazioni per le reti ospedaliere – Rete punti nascita**

Per quanto attiene la Rete dei punti nascita:

Al punto 8.2.4.2 del cosiddetto “brogliaccio”, sono disciplinati *ex novo* i punti nascita sub-standard e i punti nascita di I livello in ospedali sede di pronto soccorso.

Se confermato, si tratta evidentemente del tentativo di identificare requisiti di sicurezza in strutture fino a questo momento considerate inadeguate all’assistenza al parto, in quanto ritenute, *a nostro avviso a ragione*, prive degli standard minimi di qualità, appropriatezza e sicurezza.

L’elemento che rileva, tuttavia, è il radicale cambio di prospettiva rispetto all’Accordo Stato-Regioni del 2010 - più volte menzionato nel documento in esame - al punto da risultare confliggente non solo con quanto previsto dall’Accordo stesso e con tutta l’impalcatura del DM70, orientata a un’articolazione dell’offerta assistenziale per livelli di complessità crescente e fortemente sinergica e integrata all’interno - secondo il modello *Hub and Spoke* - e all’esterno - con il Territorio, ma con la *ratio* che caratterizza la riforma in atto dell’intero assetto del Servizio Sanitario Nazionale (a partire dal DM71).

Ne discendono tre considerazioni.

- Innanzitutto, il **superamento *de facto* dell’Accordo del 2010**: per i presidi ospedalieri sub-standard e i punti nascita di I livello in ospedali sede di pronto soccorso - esclusi nella razionalizzazione prevista nel 2010, salvo valutazioni specifiche correlate alle caratteristiche dei territori - sono richiesti, nel “brogliaccio”, standard strutturali e operativi più alti di quelli previsti nell’Accordo stesso per le U.O. di Ostetricia di I livello. Si desume, quindi, che questi stessi requisiti minimi trovino applicazione anche per i PN di I livello, diversamente da quanto disciplinato nel suddetto Accordo, il quale deve essere considerato a questo punto in corso di revisione.

Tale applicazione significherebbe la completa negazione del concetto di rete, di fatto privilegiando la ridondanza operativa e di dotazione all’efficacia della interconnessione funzionale tra presidi di I livello e di II livello e annullando qualsiasi differenza di asset e discipline tra i PN di I livello - “definiti come unità operative di Ostetricia che assistono gravidanze e parti, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello, per la madre e per il feto”³ - e PN di II livello - “definiti quali maternità che assistono gravidanza e parto indipendentemente dal livello di rischio per madre feto”⁴ - salvo che per la presenza della TIN (terapia intensiva neonatale).

In particolare, laddove si richiedesse la presenza di terapia intensiva generale (cod.49) anche per le Maternità di I livello - in sostituzione del fondamentale collegamento formalizzato del presidio *Spoke* con un servizio *Hub* di rianimazione e terapia intensiva

³ Accordo Stato-Regioni del 16/12/10 Linee di indirizzo per il percorso nascita

⁴ *Ibidem*

- si azzererebbe l'articolazione per livelli di complessità crescenti propri di ciascuna rete. Di fatto, si annullerebbe la rete assistenziale tempo-dipendente stessa, facendo erroneamente leva su un requisito strutturale, tra l'altro concepito in una logica dicotomica "si/no", di mera disponibilità, all'interno di una struttura ospedaliera, di letti di terapia intensiva non dedicati, a prescindere dal numero di postazioni e dal tasso di occupazione e a prescindere dal livello di *expertise* che una maternità con volumi contenuti non sarà mai in grado di assicurare.

Senza contare che la disponibilità all'interno della struttura di unità di terapia intensiva non implica tempi di percorrenza più contenuti rispetto a un formalizzato collegamento *Hub and Spoke*, laddove in una architettura a padiglioni, la paziente necessita comunque di trasporto in ambulanza medicalizzata.

Se è vero che *"l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare"* e con la *"severità della condizione clinica/evento morboso/trauma"*⁵ non è sempre possibile perché molte delle patologie ostetriche si manifestano in gravide senza fattori di rischio noti, è vero anche che il percorso nascita si qualifica, più di tutti gli altri percorsi clinico-organizzativi, come caratterizzato da specificità, che anziché essere risolte in una inappropriata e generalizzata medicalizzazione *ex ante*, andrebbero gestite alla luce delle peculiarità del singolo evento nascita. È quindi importante salvaguardare e potenziare il sistema strutturato e integrato di rete - inaugurato con l'Accordo del 2010 - che consente il trasporto materno in urgenza/emergenza nei casi in cui situazioni di rischio o di vera e propria emergenza impongano il trasferimento in strutture idonee, utilizzando a pieno le potenzialità del *risk management* e del **criterio di interconnessione funzionale *Hub e Spoke*, "considerato a livello internazionale come il sistema più efficace per garantire appropriatezza, sicurezza, efficacia ed efficienza dell'assistenza perinatale"**⁶.

Questo modello **non andrebbe sacrificato a favore di requisiti strutturali - che se inappropriati in un contesto di gravidanza fisiologica, rischiano di essere insufficienti in uno scenario di gravidanza patologica - ma valorizzato nella prospettiva di rendere il percorso nascita, appunto, un percorso, in grado di orientare la puerpera e il neonato verso il setting assistenziale adeguato al livello di rischio, in tutte le fasi della gravidanza e del parto.**

La nostra riflessione in merito all'eventuale previsione del requisito della terapia intensiva (codice 49), come specialità in guardia attiva h24 nei presidi di I livello, trova ulteriore conferma nelle Osservazioni presentate dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)⁷ che, nell'identificazione dei requisiti operativi, strutturali e

⁵ Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, pagina 6

⁶ Linee di indirizzo sull'organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN) – Comitato Percorso Nascita Nazionale - Direzione generale della Prevenzione sanitaria, Direzione generale della Programmazione sanitaria, pagina 2

⁷ https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=104246

organizzativi necessari alla realizzazione di un percorso nascita in piena sicurezza, non annoverano in nessun punto le unità di TI generale nelle maternità di I livello.

Si evince, inoltre, che molte delle preoccupazioni espresse dalle Società scientifiche, in merito al DM70, vertono attorno alla realizzazione disomogenea - soprattutto a livello regionale - delle linee di azione e degli standard organizzativi, strumentali e di competenza professionale già previsti nell'Accordo 2010.

Consideriamo gli standard dei presidi di I livello, così come disciplinati nell'Accordo e relativi all'assistenza h24 di due unità di personale ostetrico e due unità di personale ginecologico, un anestesista e una figura pediatrica/neonatologica, nonché la presenza di terapia sub-intensiva: tali requisiti - che non sono stati sempre opportunamente realizzati nella definizione e programmazione regionale della rete dei punti nascita - rappresentano quegli standard di sicurezza che dovrebbero sempre trovare applicazione in tutte le maternità.

- La seconda considerazione da svolgere riguarda una propensione per la medicina difensiva che - attraverso la previsione di requisiti strutturali e operativi, quali **le terapie intensive generali, non coerenti con l'epidemiologia relativa alle cause dirette e indirette di mortalità e grave morbosità materne** - si allontana da un approccio efficace al riconoscimento tempestivo, al monitoraggio e alla gestione di eventi avversi, che si è dimostrato essere la chiave di volta nel controllo degli esiti negativi.

Le cause di mortalità materna si qualificano quali condizioni rare e di estrema complessità assistenziale, evitabili attraverso la condivisione e la diffusione nella pratica clinica di *best-practice* e protocolli condivisi.

Come noto, sia dall'analisi dei flussi informativi correnti sia nell'analisi prospettica da sorveglianza attiva promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'emorragia ostetrica e la patologia cardiovascolare preesistente sono al primo posto per frequenza, rispettivamente, delle morti dirette e indirette. Meritevoli di menzione anche i disordini ipertensivi della gravidanza e la sepsi, caratterizzati da elevata letalità.

Fermo restando che i decessi materni da cause indirette sono spesso indebitamente considerati inevitabili, mentre è proprio in riferimento alle cause indirette che vanno potenziate le modalità di identificazione e presa in carico, attraverso una assistenza specializzata e personalizzata, la stessa emorragia ostetrica, quale principale causa diretta di mortalità materna a livello globale e nazionale è nella maggior parte dei casi prevenibile attraverso una riduzione nel ricorso al parto chirurgico e a una migliore assistenza all'emergenza emorragica, con il maggiore ricorso al balloon intrauterino, una stima adeguata delle perdite ematiche e un monitoraggio dei parametri vitali.

Dalla verifica delle caratteristiche organizzative dei presidi sanitari in cui sono avvenuti i decessi materni si evince, infatti, che *“le caratteristiche organizzative dei centri nascita appaiono complessivamente di buona qualità e l'evitabilità delle morti materne [...] non*

*risulta associata in maniera statisticamente significativa ad alcuna caratteristica organizzativa presa in esame*⁸. Si riporta, inoltre, che **le percentuali di morti materne definite evitabili non variano tra punti nascita che dispongono di una terapia intensiva e punti nascita sprovvisti: la differenza non è infatti statisticamente significativa (Pvalue=0,115)**⁹.

A conferma, il contenimento del dato di mortalità materna, registrato mediante il Sistema di sorveglianza attiva dell'ISS, il quale è avvenuto nella costanza del modello organizzativo disciplinato in vigore dell'Accordo Stato-Regioni del 2010.

- Infine, la necessità di verificare preventivamente quale scenario verrebbe a configurarsi dalla piena applicazione del DM70, laddove, **a oggi, su 413 punti nascita attivi, 59 (pari al 15% circa) sono localizzati in strutture prive di terapie intensive generali**¹⁰.

Si propone di salvaguardare i benefici e gli aspetti positivi della rete e del percorso nascita, garantendo integrazione e non azzeramento delle caratteristiche distintive tra i setting assistenziali, non introducendo il requisito ultroneo della guardia attiva h24 della terapia intensiva (cod. 49) e conservando inalterato - **applicando anzi** - quello previsto nell'Accordo del 2010 relativo alla terapia sub-intensiva per le Maternità di I livello e intensiva per le sole Maternità di II livello, **in particolare facendo affidamento su un sistema Hub e Spoke, attraverso protocolli formalizzati di accesso tempestivo ed appropriato alle dotazioni eventualmente non presenti nei presidi di I livello (centro trasfusionale, terapia intensiva generale, terapia intensiva neonatale, consulenze multispecialistiche).**

CONCLUSIONI

La volontà di definire degli standard per un disegno razionale dell'offerta ospedaliera e per una programmazione regionale orientata a criteri di qualità, efficienza, sicurezza ed efficacia, rappresenta uno sforzo obiettivamente apprezzabile e doveroso del SSN.

Laddove, però, si sceglie di ridisegnare l'offerta ospedaliera - tanto in termini di soggetti erogatori quanto in termini di prestazioni erogate - sulla base di requisiti oggettivi, è fondamentale che siano tali criteri e non altri a stabilire quali siano le strutture chiamate a fornire le prestazioni di provata efficacia clinica.

Salvaguardando come principio cardine del nostro sistema di welfare tanto la natura "pubblica" della funzione di committenza/tutela - ovvero dei soggetti chiamati ad acquistare per conto dei cittadini-utenti le prestazioni sanitarie - quanto del sistema di finanziamento dei servizi alla salute - attraverso la fiscalità generale - la selezione dei soggetti erogatori e dunque la loro valutazione, nonché la remunerazione degli stessi, deve avvenire sulla base di criteri che prescindano dalla natura giuridica dei provider e essere guidate esclusivamente dagli obiettivi di soddisfare i bisogni assistenziali e di cura dei pazienti e, parallelamente, di tenuta del sistema.

⁸ Primo Rapporto ItOSS – Sorveglianza della Mortalità Materna – Istituto Superiore di Sanità – pagina 25

⁹ Ibidem, pagina 26

¹⁰ Elaborazione AIOP da dati Agenas e Ministero della Salute

APPENDICE



AIOP
ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

STUDIO DI IMPATTO
APPLICAZIONE REQUISITI VOLUMI - ESITI
NEGLI OSPEDALI

INDICATORI DI VOLUME E DI ESITO

**Strutture non conformi
agli standard quantitativi e qualitativi:
sintesi per Regione**

Elaborazioni AIOP su dati
Agenzia Nazionale Per i Servizi Sanitari Regionali
Programma Nazionale Esiti edizione 2020



STRUTTURE NON CONFORMI AI REQUISITI DI VOLUME - PARTE 1

REGIONE	Colecistectomia laparoscopica			Protesi ginocchio			Frattura del femore			Infarto miocardico acuto			By-pass aortocoronarico isolato																	
	Pubblico		Privato	Pubblico		Privato	Pubblico		Privato	Pubblico		Privato	Pubblico		Privato															
	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%												
PIEMONTE	4	35	11%	11	14	79%	23	30	77%	1	14	7%	2	33	6%	3	4	75%	11	36	31%	9	10	90%	5	5	100%	3	3	100%
VALLE D'AOSTA	0	1	0%	0	0	-	1	1	100%	0	1	0%	0	0	-	0	1	0%	0	0	0%	0	0	-	0	0	-	0	0	-
LOMBARDIA	19	67	28%	21	47	45%	54	61	89%	9	45	20%	7	64	11%	10	31	32%	29	70	41%	20	48	42%	9	9	100%	11	11	100%
PROV. AUTON. BOLZANO	4	7	57%	0	0	-	3	7	43%	5	5	100%	3	7	43%	0	0	-	5	7	71%	1	1	100%	0	0	-	0	0	-
PROV. AUTON. TRENTO	3	6	50%	1	1	100%	5	6	83%	0	2	0%	3	7	43%	1	1	100%	5	7	71%	2	2	100%	1	1	100%	0	0	-
VENETO	9	38	24%	4	10	40%	27	35	77%	3	15	20%	5	36	14%	1	5	20%	16	41	39%	8	10	80%	1	5	20%	0	0	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	4	11	36%	4	4	100%	7	10	70%	0	4	0%	0	10	0%	0	0	-	3	11	27%	2	2	100%	1	2	50%	0	0	-
LIGURIA	5	13	38%	2	4	50%	4	8	50%	2	6	33%	0	8	0%	2	4	50%	6	14	43%	3	4	75%	1	1	100%	1	1	100%
EMILIA ROMAGNA	5	35	14%	13	15	87%	28	34	82%	3	27	11%	8	34	24%	10	10	100%	18	42	43%	14	16	88%	0	2	0%	2	4	50%
TOSCANA	9	34	26%	8	8	100%	21	33	64%	4	14	29%	5	30	17%	5	5	100%	14	36	39%	5	6	83%	2	3	67%	1	2	50%
UMBRIA	4	11	36%	2	2	100%	5	9	56%	2	5	40%	2	8	25%	0	0	-	5	10	50%	0	0	-	2	2	100%	0	0	-
MARCHE	2	14	14%	2	4	50%	11	12	92%	3	6	50%	0	12	0%	1	1	100%	7	18	39%	1	1	100%	0	1	0%	0	0	-
LAZIO	15	34	44%	28	46	61%	27	30	90%	23	40	58%	2	30	7%	20	30	67%	12	32	38%	17	24	71%	4	4	100%	3	5	60%
ABRUZZO	7	14	50%	1	5	20%	14	14	100%	0	5	0%	1	13	8%	3	3	100%	8	16	50%	3	3	100%	1	2	50%	0	0	-
MOLISE	2	4	50%	0	1	0%	3	3	100%	1	2	50%	0	3	0%	0	0	-	1	4	25%	0	0	-	1	1	100%	0	0	-
CAMPANIA	31	48	65%	24	46	52%	30	30	100%	21	34	62%	9	39	23%	16	21	76%	14	42	33%	5	12	42%	4	5	80%	3	4	75%
PUGLIA	14	32	44%	5	16	31%	23	24	96%	2	14	14%	2	26	8%	5	9	56%	13	28	46%	2	11	18%	3	3	100%	6	6	100%
BASILICATA	3	6	50%	0	0	-	4	5	80%	0	0	-	0	6	0%	0	0	-	3	5	60%	0	0	-	1	1	100%	0	0	-
CALABRIA	8	16	50%	5	11	45%	8	8	100%	3	9	33%	2	13	15%	5	8	63%	7	17	41%	3	4	75%	2	2	100%	0	1	0%
SICILIA	33	53	62%	23	35	66%	32	35	91%	13	30	43%	4	41	10%	15	23	65%	17	48	35%	8	11	73%	3	3	100%	1	3	33%
SARDEGNA	11	20	55%	4	6	67%	12	12	100%	1	5	20%	2	14	14%	0	0	-	11	20	55%	0	0	-	2	2	100%	0	0	-
ITALIA	192	499	38%	158	275	57%	342	407	84%	96	283	34%	57	435	13%	97	155	63%	205	505	41%	103	165	62%	43	54	80%	31	40	78%

Legenda: N = strutture non conformi al requisito DM70; D = totale delle strutture che erogano la prestazione in esame; % = proporzione di strutture non conformi al requisito rispetto al totale



STRUTTURE NON CONFORMI AI REQUISITI DI VOLUME - PARTE 2

REGIONE	Parti						Aneuris. non rotto aorta addom.						Angioplastica / IMA - Stemi						TM mammella						TM polmone															
	Pubblico			Privato			Pubblico			Privato			Pubblico			Privato			Pubblico			Privato			Pubblico			Privato												
	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%							
PIEMONTE	5	/	26	19%	0	/	0	-	4	/	8	50%	5	/	5	100%	21	/	24	88%	4	/	4	100%	12	/	21	57%	4	/	6	67%	2	/	6	33%	1	/	1	100%
VALLE D'AOSTA	0	/	1	0%	0	/	0	-	1	/	1	100%	0	/	0	-	1	/	1	100%	0	/	0	-	1	/	1	100%	0	/	0	-	1	/	1	100%	0	/	0	-
LOMBARDIA	5	/	47	11%	1	/	12	8%	19	/	25	76%	15	/	20	75%	34	/	44	77%	19	/	24	79%	31	/	44	70%	20	/	33	61%	13	/	17	76%	6	/	13	46%
PROV. AUTON. BOLZANO	1	/	5	20%	0	/	0	-	1	/	1	100%	0	/	0	-	6	/	7	86%	0	/	0	-	3	/	4	75%	0	/	0	-	1	/	1	100%	0	/	0	-
PROV. AUTON. TRENTO	2	/	4	50%	0	/	0	-	0	/	1	0%	0	/	0	-	1	/	2	50%	0	/	0	-	0	/	1	0%	0	/	0	-	1	/	1	100%	0	/	0	-
VENETO	6	/	31	19%	0	/	3	0%	12	/	15	80%	2	/	2	100%	24	/	30	80%	3	/	3	100%	16	/	28	57%	2	/	6	33%	8	/	11	73%	1	/	2	50%
FRIULI VENEZIA GIULIA	3	/	9	33%	0	/	1	0%	3	/	4	75%	0	/	0	-	1	/	4	25%	0	/	0	-	5	/	9	56%	2	/	2	100%	1	/	3	33%	0	/	0	-
LIGURIA	1	/	9	11%	1	/	2	50%	4	/	5	80%	1	/	1	100%	4	/	10	40%	1	/	2	50%	4	/	8	50%	1	/	1	100%	3	/	4	75%	0	/	0	-
EMILIA ROMAGNA	5	/	23	22%	0	/	0	-	7	/	11	64%	5	/	5	100%	25	/	33	76%	4	/	4	100%	2	/	13	15%	5	/	5	100%	4	/	12	33%	1	/	1	100%
TOSCANA	5	/	24	21%	1	/	1	100%	4	/	10	40%	1	/	1	100%	22	/	30	73%	1	/	2	50%	4	/	17	24%	3	/	3	100%	3	/	6	50%	0	/	0	-
UMBRIA	4	/	8	50%	0	/	0	-	2	/	3	67%	0	/	0	-	3	/	5	60%	0	/	0	-	2	/	6	33%	0	/	0	-	2	/	3	67%	0	/	0	-
MARCHE	1	/	12	8%	0	/	0	-	4	/	5	80%	0	/	0	-	9	/	13	69%	0	/	0	-	4	/	9	44%	1	/	1	100%	1	/	2	50%	0	/	0	-
LAZIO	9	/	22	41%	7	/	16	44%	7	/	12	58%	9	/	10	90%	10	/	19	53%	17	/	17	100%	6	/	18	33%	30	/	33	91%	0	/	5	0%	3	/	5	60%
ABRUZZO	1	/	9	11%	0	/	0	-	4	/	5	80%	1	/	1	100%	5	/	9	56%	1	/	1	100%	6	/	8	75%	1	/	1	100%	3	/	3	100%	0	/	1	0%
MOLISE	1	/	3	33%	0	/	0	-	2	/	2	100%	1	/	1	100%	4	/	4	100%	0	/	0	-	4	/	4	100%	0	/	0	-	2	/	2	100%	0	/	0	-
CAMPANIA	9	/	29	31%	1	/	25	4%	9	/	11	82%	6	/	8	75%	19	/	30	63%	9	/	10	90%	18	/	23	78%	27	/	29	93%	4	/	5	80%	2	/	2	100%
PUGLIA	2	/	21	10%	0	/	6	0%	5	/	5	100%	6	/	8	75%	8	/	13	62%	8	/	9	89%	9	/	15	60%	3	/	8	38%	1	/	5	20%	2	/	3	67%
BASILICATA	3	/	5	60%	0	/	0	-	2	/	2	100%	0	/	0	-	2	/	3	67%	0	/	0	-	1	/	3	33%	0	/	0	-	2	/	2	100%	0	/	0	-
CALABRIA	2	/	12	17%	0	/	0	-	4	/	4	100%	1	/	1	100%	4	/	7	57%	2	/	2	100%	9	/	9	100%	6	/	6	100%	3	/	3	100%	0	/	0	-
SICILIA	12	/	42	29%	1	/	7	14%	9	/	12	75%	3	/	3	100%	20	/	33	61%	4	/	4	100%	16	/	20	80%	16	/	18	89%	8	/	9	89%	4	/	5	80%
SARDEGNA	4	/	11	36%	0	/	0	-	3	/	4	75%	0	/	0	-	5	/	9	56%	0	/	0	-	8	/	10	80%	0	/	1	0%	1	/	2	50%	0	/	0	-
ITALIA	81	/	353	23%	12	/	73	16%	106	/	146	73%	56	/	66	85%	228	/	330	69%	73	/	82	89%	161	/	271	59%	121	/	153	79%	64	/	103	62%	20	/	33	61%

Legenda: N = strutture **non** conformi al requisito DM70; D = totale delle strutture che erogano la prestazione in esame; % = proporzione di strutture non conformi al requisito rispetto al totale



STRUTTURE NON CONFORMI AI REQUISITI DI VOLUME - PARTE 3

REGIONE	TM colon						TM fegato						TM pancreas						TM prostata						TM rene							
	Pubblico			Privato			Pubblico			Privato			Pubblico			Privato			Pubblico			Privato			Pubblico			Privato				
	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D
PIEMONTE	16	33	48%	6	8	75%	10	12	83%	3	3	100%	11	11	100%	2	2	100%	14	24	58%	8	11	73%	20	24	83%	8	8	100%		
VALLE D'AOSTA	0	1	0%	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	1	0%	0	0	-	1	1	100%	0	0	-		
LOMBARDIA	40	58	69%	26	38	68%	25	27	93%	15	18	83%	17	18	94%	11	13	85%	28	37	76%	18	32	56%	31	39	79%	26	33	79%		
PROV. AUTON. BOLZANO	3	4	75%	0	0	-	3	3	100%	0	0	-	1	1	100%	0	0	-	0	3	0%	0	0	-	2	3	67%	0	0	-		
PROV. AUTON. TRENTO	2	3	67%	1	1	100%	1	1	100%	0	0	-	1	1	100%	0	0	-	0	1	0%	0	0	-	0	1	0%	1	1	100%		
VENETO	21	34	62%	6	8	75%	16	19	84%	3	3	100%	14	15	93%	1	2	50%	8	24	33%	3	7	43%	18	25	72%	5	8	63%		
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	10	50%	2	2	100%	5	5	100%	0	0	-	4	4	100%	0	0	-	4	6	67%	2	3	67%	4	6	67%	2	2	100%		
LIGURIA	2	8	25%	2	3	67%	6	7	86%	1	1	100%	2	2	100%	1	1	100%	5	7	71%	1	2	50%	8	9	89%	1	2	50%		
EMILIA ROMAGNA	8	27	30%	6	6	100%	12	14	86%	0	0	-	8	8	100%	0	0	-	11	20	55%	7	8	88%	12	20	60%	2	3	67%		
TOSCANA	14	28	50%	1	1	100%	12	14	86%	1	1	100%	8	9	89%	0	0	-	10	16	63%	7	7	100%	13	18	72%	3	3	100%		
UMBRIA	6	9	67%	0	0	-	4	4	100%	0	0	-	3	3	100%	0	0	-	3	6	50%	1	1	100%	6	6	100%	1	1	100%		
MARCHE	9	14	64%	3	3	100%	4	4	100%	0	0	-	3	3	100%	0	0	-	3	8	38%	1	2	50%	7	10	70%	2	2	100%		
LAZIO	18	30	60%	20	27	74%	8	10	80%	10	11	91%	6	6	100%	3	4	75%	12	15	80%	24	28	86%	14	18	78%	21	23	91%		
ABRUZZO	12	13	92%	3	5	60%	5	5	100%	2	2	100%	3	3	100%	1	1	100%	6	8	75%	3	3	100%	6	8	75%	3	3	100%		
MOLISE	3	4	75%	1	1	100%	3	3	100%	0	0	-	0	0	-	0	0	-	2	2	100%	0	0	-	1	1	100%	0	0	-		
CAMPANIA	30	41	73%	23	24	96%	11	12	92%	7	7	100%	9	9	100%	1	1	100%	9	12	75%	11	11	100%	11	14	79%	13	13	100%		
PUGLIA	18	27	67%	5	9	56%	8	9	89%	5	5	100%	6	6	100%	3	3	100%	12	14	86%	4	7	57%	11	13	85%	6	8	75%		
BASILICATA	5	6	83%	0	0	-	2	2	100%	0	0	-	1	1	100%	0	0	-	2	3	67%	0	0	-	2	2	100%	0	0	-		
CALABRIA	10	13	77%	7	7	100%	2	2	100%	0	0	-	1	1	100%	0	0	-	4	5	80%	0	1	0%	5	5	100%	4	4	100%		
SICILIA	34	43	79%	14	16	88%	11	11	100%	4	5	80%	6	6	100%	3	3	100%	14	19	74%	16	16	100%	17	18	94%	8	8	100%		
SARDEGNA	8	14	57%	2	2	100%	6	6	100%	0	0	-	4	4	100%	0	0	-	5	7	71%	3	3	100%	7	8	88%	2	2	100%		
ITALIA	264	420	63%	128	161	80%	154	170	91%	51	56	91%	108	111	97%	26	30	87%	152	238	64%	109	142	77%	196	249	79%	108	124	87%		

Legenda: **N** = strutture **non** conformi al requisito DM70; **D** = totale delle strutture che erogano la prestazione in esame; **%** = proporzione di strutture non conformi al requisito rispetto al totale



STRUTTURE NON CONFORMI AI REQUISITI DI VOLUME - PARTE 4

REGIONE	TM stomaco					
	Pubblico			Privato		
	N	D	%	N	D	%
PIEMONTE	19	20	95%	3	3	100%
VALLE D'AOSTA	1	1	100%	0	0	-
LOMBARDIA	44	45	98%	19	23	83%
PROV. AUTON. BOLZANO	3	3	100%	0	0	-
PROV. AUTON. TRENTO	2	2	100%	0	0	-
VENETO	23	25	92%	2	2	100%
FRIULI VENEZIA GIULIA	9	9	100%	0	0	-
LIGURIA	6	7	86%	1	1	100%
EMILIA ROMAGNA	13	18	72%	0	0	-
TOSCANA	20	23	87%	1	1	100%
UMBRIA	5	5	100%	0	0	-
MARCHE	12	12	100%	2	2	100%
LAZIO	13	15	87%	10	11	91%
ABRUZZO	8	8	100%	2	2	100%
MOLISE	2	2	100%	0	0	-
CAMPANIA	15	17	88%	8	8	100%
PUGLIA	9	10	90%	4	4	100%
BASILICATA	3	3	100%	0	0	-
CALABRIA	7	7	100%	0	0	-
SICILIA	13	13	100%	4	5	80%
SARDEGNA	6	6	100%	0	0	-
ITALIA	233	251	93%	56	62	90%

Legenda: N = strutture **non** conformi al requisito DM70; D = totale delle strutture che erogano la prestazione in esame; % = proporzione di strutture non conformi al requisito rispetto al totale



STRUTTURE NON CONFORMI AI REQUISITI DI ESITO - PARTE 1

REGIONE	Tagli cesarei primari in PN > 1000						Tagli cesarei primari in PN < 1000						Fratture femore entro 2 gg						Col. Laparosc. con deg. post-op <3 gg							
	Pubblico			Privato			Pubblico			Privato			Pubblico			Privato			Pubblico			Privato				
	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D
PIEMONTE	0	8	0%	0	0	-	14	17	82%	0	0	-	18	31	58%	0	1	0%	6	31	19%	0	7	0%		
VALLE D'AOSTA	0	0	-	0	0	-	1	1	100%	0	0	-	1	1	100%	0	0	-	1	1	100%	0	0	-		
LOMBARDIA	3	19	16%	2	8	25%	19	28	68%	3	4	75%	26	57	46%	6	21	29%	13	54	24%	4	34	12%		
PROV. AUTON. BOLZANO	0	3	0%	0	0	-	2	2	100%	0	0	-	2	4	50%	0	0	-	1	5	20%	0	0	-		
PROV. AUTON. TRENTO	0	2	0%	0	0	-	0	1	0%	0	0	-	0	4	0%	0	0	-	0	3	0%	0	0	-		
VENETO	1	10	10%	0	0	-	16	19	84%	3	3	100%	17	32	53%	2	4	50%	2	33	6%	0	7	0%		
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	3	0%	0	0	-	2	6	33%	1	1	100%	5	10	50%	0	0	-	2	8	25%	1	1	100%		
LIGURIA	1	2	50%	0	0	-	6	7	86%	2	2	100%	5	8	63%	1	2	50%	2	10	20%	0	2	0%		
EMILIA ROMAGNA	0	12	0%	0	0	-	7	11	64%	0	0	-	4	27	15%	0	0	-	3	32	9%	0	3	0%		
TOSCANA	2	11	18%	0	0	-	7	11	64%	0	0	-	7	26	27%	0	0	-	1	27	4%	0	1	0%		
UMBRIA	0	2	0%	0	0	-	6	6	100%	0	0	-	5	6	83%	0	0	-	1	7	14%	0	1	0%		
MARCHE	0	2	0%	0	0	-	9	9	100%	0	0	-	8	12	67%	0	0	-	3	11	27%	1	3	33%		
LAZIO	4	7	57%	6	8	75%	15	15	100%	3	3	100%	15	28	54%	2	11	18%	7	24	29%	1	21	5%		
ABRUZZO	2	2	100%	0	0	-	7	7	100%	0	0	-	7	12	58%	0	0	-	8	10	80%	2	4	50%		
MOLISE	0	0	-	0	0	-	3	3	100%	0	0	-	3	3	100%	0	0	-	1	2	50%	0	1	0%		
CAMPANIA	5	6	83%	12	14	86%	19	20	95%	10	10	100%	24	31	77%	5	5	100%	12	23	52%	3	26	12%		
PUGLIA	2	6	33%	3	4	75%	15	15	100%	2	2	100%	12	24	50%	3	4	75%	7	18	39%	2	12	17%		
BASILICATA	0	1	0%	0	0	-	3	4	75%	0	0	-	5	6	83%	0	0	-	3	5	60%	0	0	-		
CALABRIA	4	5	80%	0	0	-	7	7	100%	0	0	-	11	11	100%	1	2	50%	3	6	50%	3	7	43%		
SICILIA	5	11	45%	3	4	75%	25	27	93%	2	2	100%	16	37	43%	3	8	38%	1	27	4%	2	15	13%		
SARDEGNA	2	3	67%	0	0	-	8	8	100%	0	0	-	7	11	64%	0	0	-	4	11	36%	0	3	0%		
ITALIA	31	115	27%	26	38	68%	191	224	85%	26	27	96%	198	381	52%	23	58	40%	81	348	23%	19	148	13%		

Legenda: N = strutture **non** conformi al requisito DM70; D = totale delle strutture che erogano la prestazione in esame; % = proporzione di strutture non conformi al requisito rispetto al totale



STRUTTURE NON CONFORMI AI REQUISITI DI ESITO - PARTE 2

REGIONE	PTCA in IMA-STEMI						By-pass: mortalità a 30 gg						Valvuloplastica: mortalità a 30 gg					
	Pubblico			Privato			Pubblico			Privato			Pubblico			Privato		
	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%
PIEMONTE	0	18	0%	0	0	-	4	5	80%	0	3	0%	1	5	20%	0	3	0%
VALLE D'AOSTA	0	1	0%	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
LOMBARDIA	1	30	3%	0	18	0%	3	9	33%	2	10	20%	2	9	22%	1	11	9%
PROV. AUTON. BOLZANO	0	1	0%	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
PROV. AUTON. TRENTO	0	1	0%	0	0	-	0	1	0%	0	0	-	0	1	0%	0	0	-
VENETO	3	17	18%	0	2	0%	2	5	40%	0	0	-	0	5	0%	0	0	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	3	33%	0	0	-	0	2	0%	0	0	-	0	2	0%	0	0	-
LIGURIA	0	7	0%	0	1	0%	0	0	-	0	1	0%	0	1	0%	0	1	0%
EMILIA ROMAGNA	1	13	8%	0	0	-	0	2	0%	1	4	25%	0	2	0%	0	4	0%
TOSCANA	0	11	0%	0	1	0%	1	3	33%	0	1	0%	0	3	0%	0	2	0%
UMBRIA	1	4	25%	0	0	-	1	2	50%	0	0	-	0	2	0%	0	0	-
MARCHE	0	4	0%	0	0	-	0	1	0%	0	0	-	0	1	0%	0	0	-
LAZIO	1	15	7%	0	3	0%	2	4	50%	1	3	33%	2	4	50%	0	3	0%
ABRUZZO	0	5	0%	0	0	-	0	2	0%	0	0	-	0	2	0%	0	0	-
MOLISE	1	2	50%	0	0	-	0	1	0%	0	0	-	0	1	0%	0	0	-
CAMPANIA	0	15	0%	0	5	0%	4	5	80%	2	4	50%	3	5	60%	1	4	25%
PUGLIA	0	9	0%	1	6	17%	2	2	100%	1	6	17%	0	2	0%	2	6	33%
BASILICATA	0	2	0%	0	0	-	0	1	0%	0	0	-	0	1	0%	0	0	-
CALABRIA	0	5	0%	0	0	-	0	2	0%	0	1	0%	0	2	0%	0	1	0%
SICILIA	0	20	0%	0	0	-	2	3	67%	1	3	33%	1	3	33%	1	3	33%
SARDEGNA	0	5	0%	0	0	-	1	2	50%	0	0	-	0	2	0%	0	0	-
ITALIA	9	188	5%	1	36	3%	22	52	42%	8	36	22%	9	53	17%	5	38	13%

Legenda: **N** = strutture **non** conformi al requisito DM70; **D** = totale delle strutture che erogano la prestazione in esame; **%** = proporzione di strutture non conformi al requisito rispetto al totale