

COMMISSIONE SALUTE

Roma, 05 dicembre 2012

Nel corso della riunione della Commissione Salute del 05 dicembre 2012 è stato esaminato il regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135" precisando, a seguito delle intervenute interlocuzioni sia tecniche che politiche, che è stato scelto di predisporre degli emendamenti nel dispositivo del provvedimento in esame al fine rendere più flessibile la natura del regolamento, così come condiviso dagli Assessori alla Sanità.

In particolare, è stato ritenuto fondamentale chiarire alcuni aspetti:

- i criteri di relazione per definire la modalità di calcolo dei posti letto devono essere chiari (utilizzo modelli HSP 22, HSP 23 e HSP 24);
- il numero dei posti letto standard deve prevedere un incremento per le regioni con saldo di mobilità attiva attraverso il calcolo dei posti letto equivalenti al volume finanziario del saldo secondo le modalità indicata nell'articolato del dispositivo;
- la soglia prevista per l'accreditamento e la sottoscrizione degli accordi contrattuali annuali per i privati deve essere ridotta a 60 posti letto per acuti raggiungibile anche attraverso la realizzazione di forme associative e consortili;
- il comma 4 deve essere riscritto secondo quanto condiviso in sede tecnica.

Pertanto, si trasmette il nuovo articolo 1 del regolamento così come condiviso in sede di Commissione Salute

MINISTERO DELLA SALUTE, BOZZA DECRETO

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

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che, al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle

regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la disciplina dettata dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per le prestazioni già definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni, anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sull'intero territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro della salute, che si avvale della commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte Costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano", anziché "previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano";

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c), con il quale si dispone che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private; Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale;

Ritenuto necessario, per le finalità sopra individuate, anche al fine di una corretta garanzia della tutela della salute di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1998, n. 400, e successive modificazioni;

Dato atto che, per la predisposizione del documento tecnico, oggetto del presente Regolamento, il

Ministero della salute si è avvalso della collaborazione della commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10 del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, istituita con decreto del Ministro della salute 12 settembre 2012, e che la Commissione medesima ha discusso la tematica in questione nelle sedute del 2 e del 9 ottobre 2012;

Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del ;

Udito il parere n. del Consiglio di Stato sezione consultiva per gli atti normativi espresso nella seduta del ;

Vista la nota n. con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 lo schema di regolamento è stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri

Adotta

il seguente regolamento:

Art. 1

(Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera)

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

2. Le regioni provvedono, entro il 31 dicembre 2012, ad adottare **il provvedimento generale di programmazione** di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie **così come rilevabili dai posti letto totali effettivamente disponibili (e quindi enumerati a partire dai modelli HSP 22, HSP 23 e HSP 24)**, ed i relativi provvedimenti attuativi, garantendo il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto nel corso del triennio 2013-2015, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni.

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

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

b) il numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alla lettera a), **è incrementato per le regioni con saldo attivo di mobilità interregionale tra regioni: si calcola il costo medio per posto letto; per tale costo medio viene diviso il saldo di mobilità attiva, in termini di valore finanziario dei ricoveri (come riportato nella matrice della mobilità utilizzata per la determinazione del fabbisogno sanitario regionale per l'anno 2013), registrato nella regione, individuando così il numero di posti letto equivalenti utilizzati per la mobilità dei pazienti tra regioni.**

c) sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nella relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione dei posti presso: le strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale, le strutture extraospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (repertorio 30/CSR-2011), nonché le strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU- 2011). A tal fine le regioni certificano, con riferimento ai posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, il numero dei posti con costo giornaliero inferiore al valore soglia, il numero di quelli con costo giornaliero superiore al valore soglia, il numero di quelli con specifica finalità assistenziale come definita dal presente comma.

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

- classificare le strutture ospedaliere tenendo conto di quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1 e secondo i bacini minimi di popolazione ivi previsti, prevedendo, per le strutture ospedaliere private, la soglia, per l'accreditabilità e la sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, di 60 posti letto per acuti e consentendo modelli organizzativi associativi e/o consortili così da prevedere la costituzione di un unico soggetto accreditati e da realizzarsi entro il 31.12.2013;
- perseguire gli standard per disciplina indicati nel paragrafo 3 dell'Allegato 1, tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità ai servizi, anche attraverso la compensazione tra discipline; sono fatte salve le Aziende ospedaliere universitarie nella loro composizione convenzionale in Regioni con popolazione uguale o inferiore a due milioni di abitanti. Le Regioni provvederanno ad assicurare modalità di integrazione tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello per intensità di cura;
- assumere come riferimento quanto indicato nel paragrafo 4 dell'Allegato 1, in materia di rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e del risk management
- applicare gli standard generali di qualità di cui al paragrafo 5 dell'Allegato 1;
- applicare gli standard di cui al paragrafo 6.3, secondo le indicazioni contenute nella Legge 189/2012;
- tener conto degli ulteriori standard indicati nei paragrafo 6 e 7 dell'Allegato 1 in materia di standard organizzativi, strutturali e tecnologici e di standard per le alte specialità;
- articolare la rete ospedaliera nelle reti per patologia tenendo conto di quanto indicato nel paragrafo 8 dell'Allegato 1;
- adeguare la rete dell'emergenza urgenza alle indicazioni contenute paragrafo 9 dell'Allegato 1;
- comprendere un documento che, tenendo conto di quanto riportato nel paragrafo 10 dell'Allegato 1, individua le regole di integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati;
- adeguare, in sede di prima applicazione, la disciplina regionale in materia di strutture per la chirurgia ambulatoriale a quanto indicato nell'Appendice 2 dell'Allegato 1.

(Regioni a statuto speciale e province autonome)

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione.