



Appunti sulla proposta di Decreto “Regolamento recante: definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera ...”.

Il Governo (Ministro della Salute e Ministro dell’Economia) ha inviato [la proposta di Regolamento](#)¹ “definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera ...” alla Conferenza delle Regioni, che deve esaminarla, in quanto il Decreto va emanato previa Intesa in sede di Conferenza Stato Regioni. Regolamentare la materia è infatti assai delicato, anche per le note ragioni – spesso origine di conflitto istituzionale – legate alla distinzione di competenze tra Stato e Regioni.

- Il Regolamento è previsto dalla recente legge 135/2012 articolo 15 comma 13 lettera c) (cd decreto “spending review”): definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi che devono possedere le strutture ospedaliere, anche per essere accreditate nel SSN.
- A questo proposito il Ministero della Salute ha precisato ufficialmente, vedi [Comunicato n. 234 - 08 novembre 2012](#)², che al 1 gennaio 2012 in Italia c’era un “eccedenza” di 7.389 post letto rispetto ai nuovi standard (3,7 posti letto per mille abitanti, di cui 0,7 di riabilitazione e lungo-degenti e 3 per acuti). Ma che la situazione è assai diversa nelle singole regioni (si veda [la tabella](#)³ allegata al Comunicato).
- Perciò, sempre il Ministero della Salute precisa che le regioni con un numero di posti letto superiore a quello previsto dai nuovi standard dovranno provvedere alla riduzione. Nel caso il numero dei posti letto attuali fosse inferiore, le Regioni possono invece aumentarli fino allo standard indicato nel Regolamento (nдр: fatto che appare assai improbabile dati i tagli al SSN). I calcoli per indicare l’obiettivo da raggiungere, tengono conto della popolazione “pesata” in ciascuna regione in base alla percentuale di anziani e della mobilità ospedaliera tra Regioni.
- In particolare, il Regolamento nel definire gli standard ospedalieri:
 - Indica il metodo (articolo 1 comma 3) per calcolare la dotazione di posti letto e riportarla entro lo standard nazionale (3,7 p.l. per mille abitanti, di cui 0,7 di riabilitazione e lungo-degenti e 3 per acuti);
Nell’allegato 1:
 - Al punto 2: stabilisce la nuova classificazione delle strutture ospedaliere (Presidi Ospedalieri in tre livelli: Base, I livello, II livello) con relativi bacini d’utenza e standard.
 - Inoltre, per le strutture ospedaliere private accreditate è previsto (punto 2.5) un’ulteriore “livello” complementare e di integrazione all’interno della rete ospedaliera ma con una soglia non inferiore a 80 p.l. per acuti (che riguarderebbe una quota non marginale di strutture).

¹ [http://www.sossanita.it/Approfondimenti/bozza%20dm%20ospedali2012\[1\].pdf](http://www.sossanita.it/Approfondimenti/bozza%20dm%20ospedali2012[1].pdf)

² <http://www.salute.gov.it/attualita/paDettaglioComunicati.jsp?id=3766>

³ <http://www.salute.gov.it/attualita/paDettaglioComunicati.jsp?id=3766>

- Al punto 3: stabilisce standard minimi e massimi per singola disciplina (es. chirurgia, pediatria, ecc), con indice di occupazione 90% e durata media degenza per acuti inferiore a 7 giorni, sulla base del tasso di ospedalizzazione atteso complessivo (160 per 1000 abitanti) ma di ricoveri appropriati (riferimento: Regioni con migliori performance sui tassi di ospedalizzazione). Viene indicato il relativo percorso per adeguare le strutture per singola disciplina.
 - Al punto 4: fornisce per il triennio 2013-2015 prime indicazioni su alcuni “volumi ed esiti” (soglie minime di attività/esiti delle cure con i percorsi diagnostico terapeutici) come standard qualitativi delle strutture. Previsti entro sei mesi i valori soglia per volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori, e soglie per rischi di esito.
 - Al punto 5: definisce standard generali di qualità riferiti a: gestione del rischio clinico, Evidence Based Medicine e Health Technology Assessment, valutazione attività cliniche, Rapporti col cittadino-paziente, Formazione continua del personale.
 - Al punto 6: definisce standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali e al punto 7: gli standard per l’alta specialità.
 - Al punto 8: tratta le Reti ospedaliere, con indicazioni specifiche per: le cosiddette “Reti ospedaliere tempo dipendenti” (emergenze cardiologiche, traumi, ictus).
 - Al punto 9: contiene indicazioni per la “Rete dell’emergenza urgenza”.
 - Al punto 10: contiene indicazioni per la “Continuità ospedale territorio”.
 - Secondo il Regolamento (articolo 1 comma 2), entro il 31.12.2012 le Regioni devono adottare i provvedimenti per la riduzione dei posti letto e (articolo 1 comma 4) le regole di integrazione dell’ospedale con la rete territoriale. Il processo di riorganizzazione, con il progressivo adeguamento agli standard, deve essere realizzato nel triennio 2013 – 2015.
-
- ✓ *Per la Cgil, intervenire sulla riorganizzazione e riconversione della rete ospedaliera, uniformando in tutto il territorio nazionale il Livello Essenziale di Assistenza Ospedaliera, utilizzando indicatori e standard, anche qualitativi riferiti all’ “appropriatezza”, è un fatto importante. Necessariamente implica un’Intesa Stato Regioni.*
 - ✓ *Ma ciò deve comportare un parallelo intervento per il potenziamento della rete dell’assistenza distrettuale (residenziale, semi residenziale, domiciliare, cure primarie). Altrimenti con la mera riduzione della dotazione ospedaliera ci troveremo di fronte all’ennesimo taglio dei Livelli Essenziali di Assistenza. In questi anni, soprattutto nelle regioni impegnate nei piani di rientro (ma non solo in quelle), la consistente riduzione dell’offerta ospedaliera non è stata accompagnata da un aumento dell’offerta ai cittadini di servizi nel territorio. E analoga attenzione deve essere posta al rapporto tra riconversione dell’offerta e salvaguardia dell’occupazione. Insistiamo quindi affinché siano destinati investimenti anche per la riconversione: altrimenti attuare i necessari processi di riorganizzazione, tanto più in presenza dei tagli inferti al SSN dalle manovre economiche, diventa proibitivo.*
 - ✓ *Per questo la proposta Cgil “Assistenza continua h24 nel distretto socio sanitario”⁴ , con le ulteriori indicazioni che la Cgil intende fornire dopo l’approvazione della Legge 8 novembre 2012 n. 189 (art. 1 Riordino dell’assistenza territoriale), è di assoluta attualità, per organizzare le vertenze regionali e locali e per accompagnare il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e quello della rete di assistenza territoriale.*

⁴ http://www.cgil.it/Archivio/Welfare/Sanità/CGIL_proposta_h24_Sanita_documento_completo.pdf