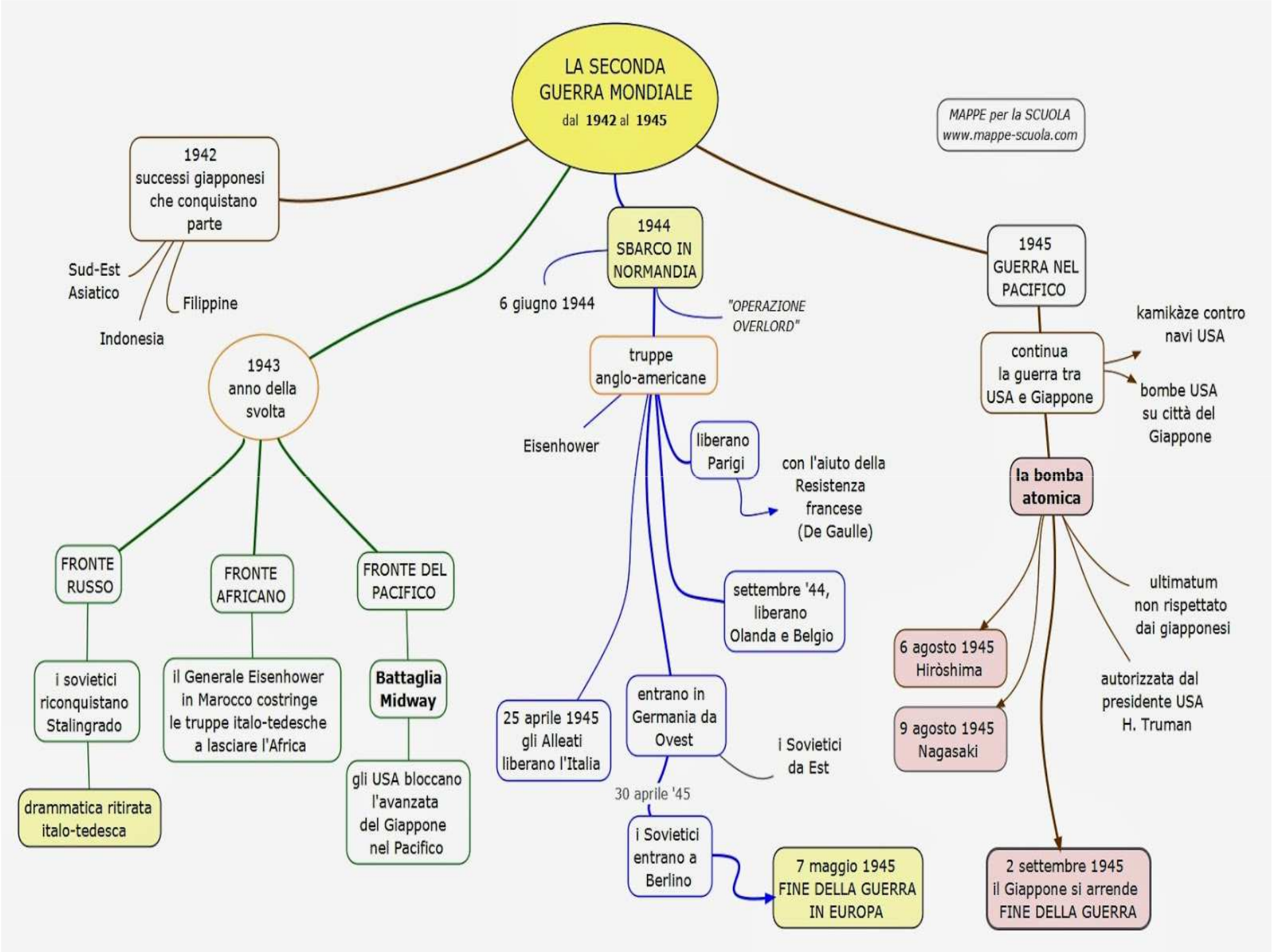
“Moduli Integrativi per Dirigenti sanitari in possesso del certificato di formazione manageriale (DA 986/10)”

Nuovi scenari della sanità pubblica: il Sistema Sanitario Nazionale, il Servizio Sanitario Regionale e la Pianificazione strategica sanitaria

nuovi standard ospedalieri e nuova organizzazione territoriale

Messina, 15 gennaio 2016

giuseppe giammanco


LA SECONDA GUERRA MONDIALE
dal 1942 al 1945
MAPPE per la SCUOLA
www.mappe-scuola.com
1942 successi giapponesi che conquistano parte
Sud-Est Asiatico
Filippine
Indonesia
1943 anno della svolta
FRONTE RUSSO
i sovietici riconquistano Stalingrado
drammatica ritirata italo-tedesca
FRONTE AFRICANO
il Generale Eisenhower in Marocco costringe le truppe italo-tedesche a lasciare l'Africa
FRONTE DEL PACIFICO
Battaglia Midway
gli USA bloccano l'avanzata del Giappone nel Pacifico
1944 SBARCO IN NORMANDIA
6 giugno 1944
"OPERAZIONE OVERLORD"
truppe anglo-americane
Eisenhower
liberano Parigi
con l'aiuto della Resistenza francese (De Gaulle)
settembre '44, liberano Olanda e Belgio
25 aprile 1945 gli Alleati liberano l'Italia
entrano in Germania da Ovest
i Sovietici da Est
30 aprile '45
i Sovietici entrano a Berlino
7 maggio 1945 FINE DELLA GUERRA IN EUROPA
1945 GUERRA NEL PACIFICO
continua la guerra tra USA e Giappone
kamikàze contro navi USA
bombe USA su città del Giappone
la bomba atomica
ultimatum non rispettato dai giapponesi
autorizzata dal presidente USA H. Truman
6 agosto 1945 Hiròshima
9 agosto 1945 Nagasaki
2 settembre 1945 il Giappone si arrende FINE DELLA GUERRA

Ministero della Salute

E' stato approvato, su proposta del Ministro della salute Beatrice Lorenzin, in conferenza Stato Regioni del 5 agosto, il Regolamento recante "**Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera**".

Il regolamento è disciplinato dal decreto legge spending review del 2012 e fissa , tra l'altro, il numero minimo di posti letto delle strutture ospedaliere del SSN. Il ministro

Lorenzin esprime soddisfazione per l'intesa raggiunta con le regioni grazie ad un clima sereno e collaborativo che ha accompagnato l'iter di perfezionamento del Patto per la salute e del Regolamento. Il ministro ha fatto gli auguri di buon lavoro al presidente Chiamparino che rappresenta le regioni al tavolo della conferenza Stato Regioni.

agosto 2014

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA (p. I) n. 4 del 23 gennaio 2015 (n. 4)

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 69° - Numero 4

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA — Palermo - Venerdì, 23 gennaio 2015

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 14 gennaio 2015.

Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della Regione Sicilia . . . . . pag. 2

gennaio 2015

Ministero della Salute

Comunicato stampa n. 45

Data comunicato: **25 marzo 2015**

Il Ministro firma regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

marzo 2015

Il **Decreto 02/04/2015, n. 70** che reca il Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 4 giugno.

Il provvedimento avvia il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera; esso consentirà ai cittadini di poter usufruire, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, di livelli qualitativi appropriati e sicuri e produrrà, nel contempo, una significativa riduzione dei costi garantendo l'effettiva erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Per citare solo alcune delle misure contenute nel Regolamento, si evidenzia che non possono essere più accreditate nuove strutture con meno di 60 posti letto per acuti e dal 1° luglio 2015 non potranno essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti, fatta eccezione per le strutture monospecialistiche. Dal 1° gennaio 2017 non potranno essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non siano state interessate dalle aggregazioni previste dallo stesso Regolamento.

giugno 2015

Ministero della Salute

Comunicato stampa n. 45

Data comunicato: **25 marzo 2015**

Il Ministro firma regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Il Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, ha firmato oggi il **regolamento** recante la definizione degli **standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.**

Il provvedimento, che costituisce **attuazione del Patto per la salute per gli anni 2014-2016**, avvia il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera; esso consentirà ai cittadini di poter usufruire, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, **di livelli qualitativi appropriati e sicuri e produrrà, nel contempo, una significativa riduzione dei costi** garantendo **l'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.**

Per citare solo alcune delle misure contenute nel Regolamento, si evidenzia che dal 1° **gennaio 2015 non possono essere più accreditate nuove strutture con meno di 60** posti letto per acuti e dal **1° luglio 2015** non potranno essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti, fatta eccezione per le strutture monospecialistiche. Dal 1° gennaio 2017 non potranno essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non siano state interessate dalle aggregazioni previste dallo stesso Regolamento.

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

obiettivo è il ***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

obiettivi

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 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;***

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.

nota : Il regolamento viene firmato dal Ministro il 25 -3-2015

~~2. Le regioni provvedono, entro il ***31 dicembre 2014***~~, 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, ed i relativi provvedimenti attuativi, garantendo il ***progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto nel corso del triennio 2014-2016***, 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.

Art. 1

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

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

- 2. Le regioni provvedono, **entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto**, 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 (p.l.) per mille abitanti**, **comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie,** nonche' i relativi provvedimenti attuativi, garantendo, entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni.

Mobilità & Posti Letto *(art. 1 comma 3)*

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

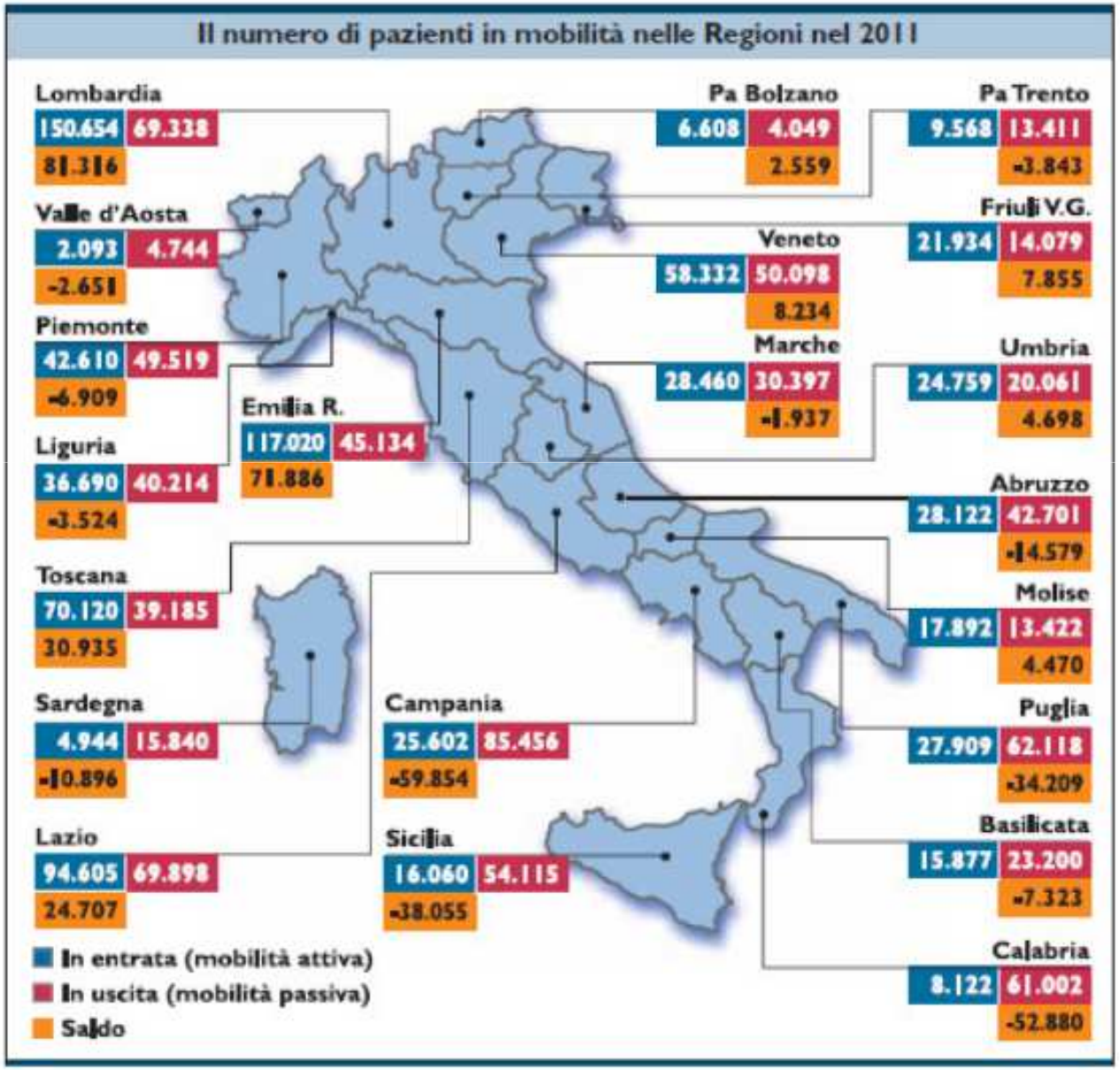
A) si fa riferimento alla popolazione in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro-livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale di cui all'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;

B) il numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alla lettera a),), ***è incrementato o decrementato nel modo che segue per tenere conto della mobilità tra regioni***:

- 1. si calcola il ***costo medio per posto letto a livello nazionale***, dividendo il costo Complessivo nazionale dell'assistenza ospedaliera, Contabilizzato nel modello economico LA consolidato regionale relativo all'anno 2012 ed il numero dei posti letto effettivi che risultino attivi nei reparti ospedalieri al 1° gennaio 2013 e rilevati nei modelli utilizzati per la verifica annuale dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'Intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;
- 2. ***si divide il costo medio per posto letto a livello nazionale per il valore finanziario del saldo di mobilità attiva e passiva riferito al flusso dei ricoveri di ciascuna regione***, come riportato nella matrice della mobilità utilizzata per la determinazione del fabbisogno sanitario regionale per l'ultimo anno disponibile al fine di individuare il numero dei posti letto equivalenti utilizzati per la mobilità dei pazienti tra le regioni;
- 3. ***tale numero di posti letto equivalenti viene moltiplicato per un coefficiente di 0,80.*** Il suddetto coefficiente di 0,80 è ridotto a ***0,65 a decorrere dall'anno 2016***.
- 4. ***L'allineamento alla dotazione attesa, nelle Regioni in piano di rientro, avverrà progressivamente entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014 – 2016,*** nei tempi e con le modalità definite nei vigenti Programmi operativi 2013-2015 ovvero nei piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del servizio sanitario regionale, così come ridefiniti ai sensi dell'articolo 12 del nuovo Patto per la salute 2014 – 2016.

Sanità24 | Il Sole 24 ORE

la mobilità tra regioni



Sanità24 | Il Sole 24 ORE

la mobilità tra regioni

Relazione sulla gestione finanziaria degli enti territoriali - *delibera 29/2014*

•l processo di revisione della spesa sanitari a, quindi, iniziato con i Piani di rientro delle regioni con Sistemi sanitari in deficit strutturale a partire dal 2006 e proseguito con il d.l. n. 95/2012, **per essere efficace senza compromettere il principio di equità** nell'erogazione dei LEA, **dovrà essere più selettivo e reinvestire risorse nei servizi sanitari** relativamente **più carenti**, traendole **dai settori dove vi sono ancora margini di inefficienze da recuperare, come nel caso degli acquisti di beni e servizi non effettuati mediante ricorso a centrali regionali d'appalto o a specifiche convenzioni CONSIP**, dell'**inappropriatezza prescrittiva** e delle **prestazioni rese in ambito ospedaliero** (da monitorare con più estesi controlli sugli operatori accreditati, pubblici e privati), e basarsi anche su processi "molecolari" di riorganizzazione dei percorsi terapeutici condotti a livello di singole Unità assistenziali.

Senza importanti investimenti nel comparto sanitario, soprattutto per quanto Riguarda l'assistenza domiciliare e territoriale, sarebbero a rischio addirittura i Lea , i Livelli essenziali di assistenza , in particolare nelle regioni del Sud.

Risparmiare infatti non basta: è necessario reinvestire questi risparmi per riassorbire definitivamente il deficit

Relazione sulla gestione finanziaria degli enti territoriali - delibera 29/2014 *–segue-*

- Le Regioni, tra i punti qualificanti per la **razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi** portati all'attenzione della Commissione salute della Conferenza Regioni e Province autonome il 26 marzo 2014, hanno individuato la necessità di costituire in tutti gli enti territoriali Centrali di acquisto (così come previsto dall'art. 1, comma 455 della Legge finanziaria per il 2007), rendere pienamente operativo il **sistema a rete di tali Centrali** (art.1, comma 457 della Legge finanziaria 2007) e dare impulso alla **dematerializzazione dei processi di acquisto**, sia nella **fase di gara** che di **esecuzione** dei contratti, al fine di adottare più efficaci sistemi di **monitoraggio e controllo della spesa**.

- Accanto a misure ad impatto "immediato" sui livelli di spesa, come quelli appena descritti, anche il potenziamento dei **programmi di medicina preventiva** (uno degli obiettivi indicati per il servizio sanitario nazionale dal Piano nazionale delle riforme presentato con il DEF 2014), è uno strumento capace, sul **medio-lungo periodo**, migliorando le condizioni generali di salute della popolazione, di generare minore spesa sanitaria e maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse.

- Le Regioni, inoltre, dovranno effettuare una più attenta e puntuale programmazione annuale dei fabbisogni assistenziali emergenti nei rispettivi territori, al fine di adeguare l'offerta di servizi ai nuovi bisogni sanitari, prodotti anche dal **peso crescente delle malattie degenerative** conseguente all'invecchiamento progressivo della popolazione, oppure dalle nuove, e relativamente più costose, **classi di farmaci "biologici" ad alto contenuto tecnologico**, in grado di trattare più efficacemente e selettivamente **diverse categorie di patologie tumorali**

Posti Letto "equivalenti"

- C) sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nelle 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 extra-ospedaliere 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;

- D) con successivi provvedimenti programmatici saranno adottate disposizioni dirette ad assicurare, nell'ulteriore processo di riassetto delle reti ospedaliere il raggiungimento di 3,7 posti letto per mille abitanti in ciascuna regione, fermo restando il rispetto di tale parametro a livello nazionale

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

- - procedere alla ***classificazione delle strutture ospedaliere*** in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1, prevedendo, per le strutture ospedaliere private, la soglia indicata nel punto 2.5 del medesimo paragrafo, per l'accreditabilità e la sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali- (omissis)

  – …..dall'apposita Commissione permanente per la revisione e l'aggiornamento del ***sistema di remunerazione*** delle prestazioni sanitarie sono definiti i ***relativi criteri e parametri di riferimento***.

  – …..gli erogatori privati accreditati, ivi compresi gli ospedali classificati ai sensi della legge 132/1968 e della legge 817/1973, trasmettono alla regione stessa ***annualmente il proprio bilancio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici***. Tale adempimento è previsto negli accordi contrattuali e nei contratti **.**

  – Le regioni dispongono che tra i requisiti di accreditamento sia ricompresa l'applicazione delle norme di cui al ***D.lgs 231/2001***;

- - ***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 attraverso compensazioni tra discipline (omissis)

Art-1 -Comma 2: entro il 31 dicembre 2014, ad adottare il provvedimento generale di programmazione di **riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, a**d un livello non superiore a **3,7 posti letto per mille abitanti**, comprensivi di **0,7 p**osti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza

regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

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

- - 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***, ***provvedendo altresì ad assicurare modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale*** e quello di intensità di cure al fine di assicurare la ***maggior flessibilità*** organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal ***Pronto soccorso*** aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza;

- - applicare gli ***standard generali di qualità*** di cui al paragrafo 5 dell'Allegato 1;

- - applicare gli standard di cui al paragrafo 6.3, tenendo presenti le indicazioni contenute nel decreto legge 13 settembre 2012 n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n.189;

- - 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;

- - assicurare ***forme di centralizzazione di livello sovra-aziendale*** per alcune attività caratterizzate da economia di scala e da diretto rapporto volumi/qualità dei servizi, tra le quali alcune specifiche linee di attività del sistema trasfusionale, come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 25 luglio 2012;

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

- - articolare la ***rete ospedaliera*** nelle reti per patologia in base a quanto indicato nel paragrafo 8 dell'Allegato 1; oltre al ***modello hub and spoke*** *previsto espressamente per alcune reti nella quali* risulta più appropriato, adottare ***altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica***;

- ***- adeguare la rete dell'emergenza urgenza*** alle indicazioni contenute paragrafo 9 dell'Allegato 1, , anche prevedendo specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso, comunque nel rispetto degli standard di cui al comma 2;

- - definire 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;***

- - assumere come riferimento, nelle more dell'adozione di uno specifico accordo da sancire in sede di Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, quanto indicato in materia di strutture per ***la chirurgia ambulatoriale*** nell'Appendice 2 dell'Allegato 1.

Allegato 1

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 .

1. Premessa, obiettivi ed ambiti di applicazione

1.1. I significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare in quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del SSN, partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione della *Clinical Governance* e la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, nonché gli impegni che discendono dall'appartenenza alla comunità europea, anche a seguito dell'adozione della Direttiva EU/24/2011 sulla mobilità transfrontaliera e la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate.

Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione, nel rispetto della dignità della persona. Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni – epidemiologica, demografica e sociale – che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni. Un tale cambiamento strutturale e organizzativo determina una inevitabile ridistribuzione delle risorse che può essere oggettivamente ed equamente effettuata attraverso la valutazione dei volumi e strategicità delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici.

… continuiamo ad "uscire" dall'Ospedale

1.2. In tal senso l'art.15, comma 13 lettera c) del d.l. 95/2012 convertito dalla legge 135/2012 ha previsto la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, al fine di rendere la rete ospedaliera in grado di rispondere in maniera adeguata ai nuovi bisogni e alle nuove modalità del loro estrinsecarsi.

In questa logica, per promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza. La conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media ed del tasso di ospedalizzazione, consentirà che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del S.S.N. nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate.

6

Integrazione (trasferimento competenze & risorse)

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato da un lato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro con l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui sono radicati.

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un *setting* tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso per essere affrontate in maniera adeguata alla patologia ed al bisogno di pazienti con problemi di salute caratterizzati da acuzie e gravità ovvero, nei reparti per la post acuzie, da peculiari esigenze sanitarie e riabilitative. In ogni caso, l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare. Tale logica di rete deve includere l'individuazione di poli d'eccellenza a livello nazionale e deve essere considerato in una visione solidaristica tra regioni per la soddisfazione dei casi di particolare complessità (come già avviene in campo trapiantologico). La rete assistenziale ospedaliera deve essere formalmente definita e resa nota ai cittadini.

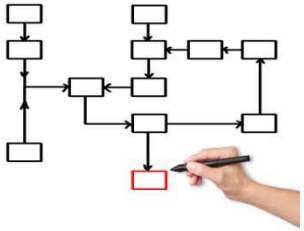
Flessibilità … Linee Guida ….Innovazione

La gestione dei posti letto deve avvenire pertanto con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal Pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza. E' raccomandata anche l'informatizzazione delle disponibilità dei posti letto per aree geografiche.

L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di Linee Guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine(in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Le Regioni avviano programmi di telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche ove ciò sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete.

…criteri per l'accesso alle cure (ospedaliere)



1.4 Per promuovere un uso appropriato dell'ospedale, ai fini di migliorare la qualità dell'assistenza offrendo al paziente la giusta intensità di cura per le sue condizioni cliniche, nel *setting* assistenziale più rispondente ai suoi bisogni, è indispensabile che le Regioni, nel recepire i contenuti del presente provvedimento, adottino anche un atto di indirizzo alle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale nonché alle strutture privare accreditate, relativo a specifici criteri per l'ammissione ai trattamenti ospedalieri sia di elezione che in condizioni di emergenza-urgenza.

I criteri dovranno essere definiti tenuto conto di linee guida **elaborate da un tavolo tecnico che verrà istituito entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento presso il Ministero della salute, composto da rappresentanti del Ministero stesso, Agenas, Regioni e P.A,** e stabilite con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

…criteri per l'accesso alle cure (ospedaliere)

Le **linee guida** dovranno fornire indicazioni, in modo che i criteri di **ammissione ai trattamenti ospedalieri**:

-a) siano finalizzati a valutare e selezionare i pazienti ai fini dell'ammissione sotto il profilo di :

-**severità della condizione** clinica/evento morboso/trauma che ha portato il paziente in ospedale

-**intensità/complessità dell'assistenza** necessaria.

b) siano specificamente **definiti per l'ammissione in**:

-**ricovero ordinario** in strutture/UO ospedaliere per **acuti**

-**ricoveri diurni** in strutture/UO ospedaliere per **acuti**

-**ricoveri ordinari** in strutture/UO ospedaliere **per lungodegenza**

-**ricoveri ordinari** in strutture/UO ospedaliere **per riabilitazione**

-**ricoveri diurni** in strutture/UO ospedaliere **per riabilitazione**

-osservazione breve

2. Classificazione delle strutture ospedaliere

2.1. La programmazione regionale provvede alla definizione delle rete dei posti letto ospedalieri per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni entro il limite di 3 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalità di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto ed in base alla classificazione di cui ai successivi punti 2.2 e seguenti, declinata secondo l'organizzazione per complessità e intensità di cura.

L'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti, tramite un modello in rete organizzato in base alle specificità di contesto, concorre a rispondere in maniera appropriata agli obiettivi individuati nel precedente paragrafo. Le strutture ospedaliere prevedono tre livelli a complessità crescente.

2.2 I presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto dal successivo punto 9.2.2, sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva".

nota: 9.2.2 Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate

2. Classificazione delle strutture ospedaliere

2.3 I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di DEA di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, **Oncologia,** Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia **almeno** con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

2. Classificazione delle strutture ospedaliere

2.4 I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende Ospedaliere, alle Aziende Ospedaliero universitarie, a taluni IRCCS e a Presidi di grandi dimensioni della ASL. Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, quali a titolo indicativo , nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza di cui al successivo punto 3.: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità; devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con almeno T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Nelle regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti, l'attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del bacino di utenza sopra indicato. Tale accordo interregionale va stipulato entro il 31 dicembre 2014.

3 - Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

3.1 Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 ab) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 ab.), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.

Pertanto sulla base del tasso di ospedalizzazione atteso (160 per 1000 abitanti) di ricoveri appropriati facendo riferimento alle Regioni con migliore performance sui tassi di ospedalizzazione, suddividendo per singola disciplina il tasso complessivo, si sono individuati i tassi di ospedalizzazione attesi per disciplina o specialità clinica ed i relativi bacini di utenza. Per i Servizi senza posti letto si fa riferimento a volumi di prestazione attesi in appropriatezza ed efficienza dimensionale.

L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera pertanto deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di seguito indicati.

3. Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Disciplina o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
Descrizione	Bacino max	Bacino min	Bacino max	Bacino min
Allergologia			2	1
Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15
Cardiochirurgia infantile	6	4		
Cardiochirurgia	1,2	0,6		

3. Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Disciplina o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)			0,6	0,3
Chirurgia generale	0,2	0,1		
Chirurgia maxillo-facciale	2	1		
Chirurgia pediatrica	2,5	1,5		
Chirurgia plastica	2	1		
Chirurgia toracica	1,5	0,8		
Chirurgia vascolare	0,8	0,4		
Ematologia	1,2	0,6		
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	1,2	0,6		

3. Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Disciplina o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
Immunologia e centro trapianti			4	2
Geriatria	0,8	0,4		
Malattie infettive e tropicali	1,2	0,6		
Medicina del lavoro	2	1		
Medicina generale	0,15	0,08		
Nefrologia	1,2	0,6		
Neurochirurgia	1,2	0,6		
Neurologia	0,3	0,15		
Neuropsichiatria infantile	4	2		
Oculistica	0,3	0,15		

3. Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Disciplina o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4		
Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1		
Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15		
Otorinolaringoiatria	0,3	0,15		
Pediatria	0,3	0,15		
Psichiatria	0,3	0,15		
Tossicologia			6	4
Urologia	0,3	0,15		
Grandi ustionati	6	4		
Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2		
Terapia intensiva	0,3	0,15		

3. Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Disciplina o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	0,3	0,15		
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	0,3	0,15		
Dermatologia	1,2	0,6		
Emodialisi			**0,6**	**0,3**
Terapia del dolore	4	2,5	0,5	0,3
Farmacologia clinica			n/a	
Recupero e riabilitazione funzionale	0,1	0,05		
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia	4	2		
Gastroenterologia	0,8	0,4		

3. Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Disciplina o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
Lungodegenti	0,15	0,08		
Medicina nucleare*	**4**	**2**	1,2	0,6
Neonatologia	1,2	0,6		
Oncologia	0,6	0,3	**0,3**	**0,15**
Oncoematologia pediatrica	4	2		
Oncoematologia (vedere Ematologia)	0			
Pneumologia	0,8	0,4		
Radiologia			0,3	0,15
Radioterapia (vedere radioterapia oncologica)				
Reumatologia	1,2	0,6		

3. Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

	(milioni di abitanti)			
Terapia intensiva neonatale	1,2	0,6		
Radioterapia oncologica			1,2	0,6
Neuroriabilitazione	1,2	0,6		
Neurochirurgia pediatrica	6	4		
Nefrologia pediatrica	6	4		
Urologia pediatrica	6	4		
Anestesia e rianimazione (vedere terapia intensiva)				
Farmacia ospedaliera			0,3	0,15
Laboratorio d'analisi			0,3	0,15
Microbiologia e virologia			1,2	0,6

3. Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Disciplina o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
Fisica sanitaria			1,2	0,6
Servizio trasfusionale**			**0,3**	**0,15**
Neuroradiologia			2	1
Genetica medica			4	2
Dietetica / dietologia			1,2	0,6
Direzione sanitaria di presidio			0,3	0,15

*: Vanno previsti p.l protetti in base alla D.Lgs. 187/2000

3. Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Nota: Alcune specialità cliniche possono essere gestite con una unica struttura organizzativa (a titolo di esempio, nefrologia e dialisi). Per alcune specialità (ad esempio geriatria e medicina generale, neuropsichiatria infantile pediatria e psichiatria) le Regioni potranno rimodulare i posti letto, sulla base della domanda di salute, fermo restando il numero complessivo dei posti letto.

La tabella rappresenta un documento unico in cui si trattano l'organizzazione e il dimensionamento delle tre reti principali del sistema sanitario: Emergenza-urgenza, Ospedaliera e Territoriale.

Nell'ambito della rete ospedaliera è stata articolato il dimensionamento delle diverse discipline in dipendenza del bacino di utenza. Il bacino di utenza della singola disciplina è stato calcolato sulla base delle patologie normalmente trattate dalla disciplina, della frequenza delle patologie nella popolazione e della numerosità minima di casi per motivare un reparto ospedaliero con un Direttore di struttura complessa. Un altro parametro preso in considerazione è la necessità di una corretta articolazione dei presidi ospedalieri nella rete di Emergenza-urgenza, in particolare per i DEA di primo e di secondo livello che formano la "dorsale" di questa rete.

3. Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Il percorso per l'applicazione della tabella di cui sopra il seguente:

1. identificazione del ***fabbisogno di prestazioni ospedaliere di acuzie e lungodegenza*** e ***riabilitazione post-acuzie*** applicando un ***percorso di appropriatezza*** sui ricoveri effettivamente erogati e con una eventuale ***correzione per la mobilità*** in considerazione dei volumi di attività dell'Emergenza/urgenza, in ambito Ospedaliero e Territoriale, fermo restando le attività di ricovero di alcune regioni virtuose;

- 2. calcolo del ***numero corrispondente di posti letti normalizzati (pubblico e privato)*** presupponendo un utilizzo efficiente di ciascun posto letto (tipicamente un utilizzo medio tra l' 80% e il 90%durante l'anno); il calcolo è effettuato per una sua applicazione sia per l'intera regione sia per le aree omogenee della regione ed è articolato anche per singola specialità;

- 3. il ***disegno della rete ospedaliera*** (pubblica e privata) parte dai presidi e dalle specialità ***necessarie a garantire la rete di Emergenza-urgenza*** e definisce il ***bacino di utenza*** di ciascuna specialità, il fabbisogno di prestazioni ospedaliere e di posti letti normalizzati relativi nonché delle strutture pubbliche e private esistenti .

- 4. nel definire il modello organizzativo dei ***singoli presidi la regione*** provvederà ad assicurare ***modalità di integrazione aziendale e interaziendale tra le varie discipline*** secondo il ***modello dipartimentale*** e quello ***per intensità di cure***.

3. Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

- L'applicazione del percorso sopra definito prevede ***riduzione dei posti letto esistenti*** (4,0 PL per mille abitanti di cui 0,7 PL per le discipline di lungodegenza e riabilitazione post-acuzie) ***al 3,7.***

- La riduzione del fabbisogno di PL deriva sia dal ***percorso di appropriatezza*** (conversione di ricoveri ordinari → in day hospital e prestazioni territoriali & - conversione ricoveri in day hospital → in prestazioni territoriali) sia dal ***calcolo dei posti letti normalizzati*** nel caso di scarso utilizzo dei posti letti esistenti.

- Il ***numero di strutture complesse ospedaliere*** risultanti é anche perfettamente compatibile con l'orientamento del Ministero della salute (***17,5 PL per Struttura Complessa*** previsto dal Comitato Lea) e lo declina per singola disciplina.

- Inoltre l'introduzione di soglie di volumi minime comporterà un' ***ulteriore riduzione, in particolare per le strutture complesse delle discipline chirurgiche, che nelle regioni in piano di rientro si aggira sul 25% mentre nelle restanti regioni su circa il 10%.*** Per ***l'area medica*** la ***riduzione e' minore*** ma comunque ***significativa per la rete Cardiologica***.

- Per quanto concerne ***le strutture complesse senza posti letto*** (laboratorio analisi,radiologia, anatomia patologica, centro trasfusionale, direzione sanitaria, farmacia ospedaliera, ecc.) si è identificato, sulla base delle prestazioni attese, nonché della necessità della presenza di tali discipline nei Dea di I livello, un bacino di utenza tra 150.000/300.000 abitanti.

- La variabilità dei bacini di ***utenza tiene conto dei tempi di percorrenza dei cittadini***, calcolata anche con la georeferenziazione, e quindi, le regioni dovranno utilizzare i ***bacini minimi in presenza di territori a bassa densità abitativa e quelli massimi in caso opposto.***

3.2 *….nella determinazione del numero di posti letto per disciplina, la programmazione regionale può seguire il seguente percorso …*

- 3.2 I parametri sopra indicati tengono conto della ***necessità,*** per l'alta specialità, di offrire una ***buona qualità di prestazion***i, attraverso una ***concentrazione in un numero limitato di presidi*** con un ***ampio bacino d'utenza*** per ciascuna struttura organizzativa.

- ***Esempi di queste discipline*** sono i grandi ustionati, la cardiochirurgia, alcune specifiche attività di testing e di preparazione del sistema trasfusionale.

- Normalmente esse trovano posto in una o più strutture , oppure possono essere dislocate nell'ottica di ***un'area di utenza maggiore della Regione*** ed essere oggetto di ***contrattazione tra Regioni confinanti***, da definirsi secondo le indicazioni contenute nel nuovo Patto per la salute 2014 - 2016.

- Altre ***discipline sono di media diffusione*** e sono presenti presso una o più strutture nell'ambito di ciascuna area geografica.

- Le discipline ad ***alta ed altissima diffusione*** sono quelle che rappresentano l'offerta base di ogni presidio ospedaliero pubblico.

- Nella determinazione del numero di posti letto per disciplina***, la programmazione regionale può seguire il seguente percorso***:

3.2 - Percorso regionale per il calcolo Posti Letto x Disciplina

- 1. Identificare, partendo dai **ricoveri appropriati per ciascuna disciplina**, il tasso di ospedalizzazione che, prendendo in considerazione la **struttura della popolazione** e la **mobilità attiva/passiva "strutturale"**, porta complessivamente ad un dato compatibile con l'obiettivo nazionale. Il tasso di ospedalizzazione include ricoveri ordinari e day hospital, ma non il nido.

- 2. Individuare, per ciascuna disciplina, **la degenza media** relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni.

- 3. Determinare il **tasso di occupazione standard da utilizzare nel calcolo**.

- 4. Calcolare, sulla base dei punti precedenti, **il numero regionale totale di posti letto**.

- 5. Sulla base dei **ricoveri appropriati** e **della programmazione regionale** determinare la quota dei ricoveri **fornita dagli erogatori pubblici**.

- 6. Calcolare il **numero di posti letto atteso nelle strutture pubbliche e nelle strutture private**.

Allegato - 4. Volumi ed esiti

- 4.1. La necessita' di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualita' e sicurezza in un contesto di risorse limitate, **comporta necessariamente una riconversione di servizi, strutture ed ospedali, per far fronte ai mutati bisogni sociali**, demografici ed epidemiologici, in coerenza con quanto previsto dalla **Legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere.** In tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai **volumi di attivita'** e dalla **valutazione degli esiti**. L'unita' di riferimento per valutare opzioni di razionalizzazione della rete ospedaliera e' rappresentata dai **volumi di attivita' specifici per processi assistenziali** (percorsi diagnostico-terapeutici) e **l'appropriatezza dei ricoveri** e **delle prestazioni**, a cui deve fare seguito un coerente numero di posti letto, nel contesto di un efficace sistema di governo dell'offerta. 4.2 Per numerose attivita' ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attivita' e **migliori esiti** delle cure (ad esempio mortalita' a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per:

Allegato - 4.2 Volumi ed esiti

- 4.2 Per numerose attivita' ospedaliere sono disponibili **prove, documentate** dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di **associazione tra volumi di attivita' e migliori esiti** delle cure (ad esempio mortalita' a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per:
  - a) **Chirurgia del Cancro** Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica
  - b) **Procedure chirurgiche:** Colecistectomia; Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, By pass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori, Artoplastica ginocchio e anca, frattura femore
  - c) **Processi e percorsi diagnostico-terapeutici**: Terapia intensiva neonatale (TIN) e Maternita'; Infarto del miocardio.

regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera . ***DM 2-4-2014 n 70***

Allegato - 4.3 -& 4.4 Volumi ed esiti

- 4.3 Per queste e per altre attivita' cliniche, procedure e percorsi diagnostico terapeutici, **la revisione sistematica continua della letteratura scientifica** consentira' di identificare ed aggiornare continuamente le conoscenze disponibili sulla associazione tra volumi di attivita' e qualita' delle cure. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.nas), avvalendosi di specifiche competenze scientifiche, ha la funzione di aggiornare costantemente le conoscenze disponibili sul rapporto tra volumi di attivita' ed esiti delle cure.

a) chirurgie b) procedure -

- 4.4 Per le attivita' cliniche di cui alle lettere a) e b) del punto 4.2, le **unita' di riferimento dei volumi di attivita' sono attualmente le unita' operative c**omplesse e, quando saranno disponibili i dati della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) opportunamente modificata, **i singoli operatori**. Per le attivita' di cui alla lettera c) dello stesso punto, le unita' di riferimento sono **gli istituti di cura ospedalieri**.

-Processi e percorsi diagnostico-terapeutici -

Allegato - 4.5 Volumi ed esiti

- 4.5 Per numerosi percorsi diagnostico-terapeutici, procedure ed attivita' cliniche, sono misurabili sistematicamente gli esiti e possono essere identificati **valori di rischio di esito,** al di sotto (per gli esiti positivi) o al di sopra (per gli esiti negativi) dei quali, alle strutture (Unita' operative complesse-UOC o ospedali, ove applicabile) **non possono essere riconosciuti i requisiti di accreditamento specifici**.
- Per le attivita' ospedaliere per le quali e' definita l'associazione volumi-esiti, ma la letteratura scientifica non consente di identificare in modo univoco soglie di volume al di sotto delle quali non possono aversi sufficienti garanzie di efficacia e sicurezza, le soglie minime possono essere, tuttavia, scelte sulla base di **criteri di costo-efficacia e in rapporto con i fabbisogni specifici**.
- Il **rapporto osservato** tra **volumi** di **attivita'**, **esiti delle cure** e **numerosita' specifica di strutture** per ciascun valore del rapporto tra volumi ed esiti, consente di effettuare valutazioni di impatto per la scelta di soglie di volume e soglie di esiti.

Allegato - 4.6 Volumi ed esiti - **SOGLIE MINIME**

- 4.6 Sia per volumi che per esiti, le soglie minime identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche, **possono consentire di definire criteri non discrezionali** per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, verranno **definiti i valori soglia per volumi di attivita' specifici**, **correlati agli esiti migliori, e soglie per rischi di esito**.
- A tal fine si prevede di istituire, presso Age.nas, un tavolo tecnico composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome, che provvedera' anche a formulare proposte per l'aggiornamento periodico delle soglie di volume e di esito sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, da recepire come integrazione del presente decreto. Le soglie identificate si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati.
- **Nelle more di tali definizioni** anche di tipo qualitativo, tenuto conto altresi' degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture, si definiscono valide le seguenti soglie **minime di volume di attivita**‘:

regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera . ***DM 2-4-2014 n 70***

Allegato - 4.6 Volumi ed esiti - **SOGLIE MINIME**

Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMA-STEMI)
Maternita'	si applicano le soglie di volume di attivita' di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010

regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera . ***DM 2-4-2014 n 70***

Allegato - 4.6 Volumi ed esiti - **Soglie di rischio di esito**

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di eta' >=65 anni	minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternita' di I livello o comunque con < 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternita' di II livello o comunque con > 1000 parti	massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%

Intervento di By pass aorto-coronarico isolato, mortalita' aggiustata per gravita a 30 giorni	massimo 4%;
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalita' aggiustata per gravita' a 30 giorni	massimo 4%

Allegato - 4.7 Volumi ed esiti – **Percorso Regionale**

4.7 Entro **sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto**, nella attuazione delle procedure di riconversione e di accreditamento della rete ospedaliera in applicazione dei criteri di cui sopra, le regioni e le province autonome dovranno:

- - **identificare, in relazione alle risorse disponibili, le strutture (Ospedali ed Unita' Operative in relazione allo specifico requisito) che possono svolgere le funzioni assistenziali identificate,** per garantire le soglie di volume e di esito stabilite;
- - **definire modalita' e tempi di attuazione degli interventi di riconversione**;
- - identificare strutture (Ospedali ed Unita' Operative in relazione allo specifico requisito) per le quali, in relazione alle risorse disponibili, **non sono determinabili condizioni ed interventi che consentano il rispetto dei requisiti di volume ed esito rispetto al volume complessivo e di attivita' e per le quali pertanto si determinano le condizioni per la disattivazione;**
- - **adottare procedure di controllo e audit clinici ed organizzativi per prevenire** i **fenomeni opportunistici di selezione dei pazienti e/o di inappropriatezza, prevedendo le relative misure sanzionatorie**; -
- **adottare misure per regolare l'ingresso nel sistema di nuove strutture erogatrici**, in particolare per quanto riguarda i tempi per la verifica dei requisiti di volume e di esito.
- Le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attivita' e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma nazionale esiti (PNE) di Age.nas ai sensi del comma 25 bis dell'art.15 della legge 135/2012.

5. Standard generali di qualita'

- 5.1 I **requisiti di autorizzazione e di accreditamento** definiti dalle regioni in attuazione del DPR 14.01.1997 e delle successive disposizioni regionali in materia, nonche' in attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, sono applicati ed eventualmente integrati, per le finalita' del presente provvedimento, tenendo conto delle indicazioni che seguono.
- 5.2 E' necessario promuovere ed attivare standard organizzativi secondo il **modello di governo clinico (Clinical Governance)**, per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacita' organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualita', sostenibile, responsabile, centrato sui bisogni della persona. Le strutture ospedaliere applicano le dimensioni del governo clinico, secondo linee di indirizzo e profili organizzativi. Tali linee di indirizzo, adottate con Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, verranno-elaborate, **entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto**, da un tavolo tecnico istituito presso il Ministro della salute, composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome; le linee di indirizzo dovranno comprendere almeno gli ambiti di seguito specificati, ordinati per livelli organizzativi e assicurando un programma di valutazione sistematico.

- 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello Lo standard e' costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attivita' di:
- **Gestione del rischio clinico**
  - Sistema di **segnalazione degli eventi avversi**
  - **Identificazione del paziente,** lista di controllo operatoria (c.d. Checklist operatoria) e Scheda unica di terapia
  - **Sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza**, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attivita' di sanificazione disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani
  - **Programmi di formazione specifica**.

- **Medicina basata sulle evidenze e Valutazione delle tecnologie Sanitarie**
  - **Implementazione di linee guida e definizione di protocolli** diagnostico-terapeutici specifici
  - Acquisizione delle **valutazioni delle tecnologie sanitarie** prodotte a livello nazionale ed internazionale
  - **Partecipazione a reti di valutazione delle tecnologie sanitarie**, facenti capo alla **rete nazionale di valutazione delle tecnologie sanitarie**, coordinata dalla Age.nas. RI-**HTA**

5. Standard generali di qualita'

- **Valutazione e miglioramento continuo delle attivita' cliniche**
  - Misurazione della **performance clinica** e degli esiti
  - **Audit Clinico**
  - - Valutazione della **qualita' percepita** dell'assistenza dai cittadini/pazienti
- **Documentazione sanitaria, Comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente**
  - **Integrazione dei sistemi informativi** relativi alla trasmissione di informazioni sia di carattere gestionale che sanitario
  - **Disponibilita'** delle informazioni da **rendere ai cittadini via web** o con altri metodi di comunicazione
  - **Procedure di comunicazione con i pazienti per il coinvolgimento** attivo nel processo di cura
- **Formazione continua del personale**
  - Rilevazione e valutazione **sistematica dei bisogni formativi,** con particolare attenzione alla introduzione di **innovazioni tecnologiche ed organizzative nonche' all'inserimento di nuovo personale**

regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera . ***DM 2-4-2014 n 70***

5 -Standard per le strutture di II Livello

Le strutture di II livello, oltre a garantire quanto previsto per le strutture di I livello, svolgono **ruolo di promozione e sviluppo** di metodi, strumenti e **programmi da diffondere e rendere disponibili** ad altre strutture di I/II livello in ambito regionale e nazionale.

Gli standard individuati devono **essere periodicamente aggiornati in base alle conoscenze e alle evidenze** scientifiche che si renderanno disponibili.

regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera . ***DM 2-4-2014 n 70***

6. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali

- Nei presidi ospedalieri il rapporto percentuale tra il numero del personale del ***ruolo amministrativo e il numero totale del personale*** non puo' superare il valore del 7 per cento. 6.3 Ogni struttura, tenendo anche conto del suo interfacciamento con la componente impiantistica e con le attrezzature, ha l'obbligo del rispetto, assicurato con controlli periodici, dei contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualita' e sicurezza delle strutture con riferimento a:
  - ***protezione antisismica;***
  - ***antincendio;***
  - ***radioprotezione - sicurezza per i pazienti, degli operatori e soggetti ad essi equiparati;***
  - ***rispetto della privacy sia per gli aspetti amministrativi che sanitari;***
  - ***monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza delle attrezzature biomedicali;***
  - ***graduale sostenibilita' energetico-ambientale in termini di riduzione dei consumi energetici;***
  - ***smaltimento dei rifiuti;***
  - ***controlli periodici per gli ambienti che ospitano aree di emergenza, sale operatorie, rianimazione e terapie intensive e medicina nucleare;***
  - ***monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza degli impianti tecnici e delle attrezzature biomedicali;***
  - ***controllo periodico della rispondenza delle opere edilizie alle normative vigenti.***
- 6.4 Va **promossa una completa informatizzazione delle procedure e dei servizi, compresa la gestione dei rapporti con il pazienti e prestatori di assistenza** (c.d. caregiver) informali per il monitoraggio e consulenza on-line.

regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera . ***DM 2-4-2014 n 70***

7. Standard specifici per l'alta specialita’

un tavolo tecnico, da costituire presso il Ministro della salute

8. Reti ospedaliere’

- rete infarto
- rete ictus
- rete traumatologica
- rete neonatologica e punti nascita
- rete medicine specialistiche –
- rete oncologica - rete pediatrica
- rete trapiantologica
- rete terapia del dolore
- rete malattie rare

9. Rete dell'emergenza urgenza & 118

regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera . ***DM 2-4-2014 n 70***

LAVORO
Lavoro
LAVORO
Lavoro

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA (p. I) n. 4 del 23 gennaio 2015 (n. 4)

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 69° - Numero 4

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA Palermo - Venerdì, 23 gennaio 2015

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 249 - 90141 PALERMO

INFORMAZIONI TEL. 091/7074030-038-604 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074025-521-522 - INSERZIONI TEL. 091/7074036-540 - FAX 091/7074027

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC): gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 14 gennaio 2015.

Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della Regione Sicilia . . . . . pag. 2

gennaio 2015

maggio- giugno 2015

D.A. 14-1 2015 : Premesse ed obiettivi nel SSR Sicilia

Visto il Piano sanitario regionale "***Piano della salute" 2011-2013***, approvato con decreto presidenziale 18 luglio 2011, pubblicato nel S.O. n. 2 della *Gazzetta Ufficiale della* Regione siciliana n. 32 del 29 luglio 2011, che definisce, nell'ambito della ***compatibilità finanziaria*** ed in coerenza con il Piano sanitario nazionale, gli strumenti e le priorità idonei a garantire l'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario regionale in ottemperanza ai ***livelli essenziali di assistenza***, agli indirizzi della politica sanitaria regionale nonché alle disposizioni della normativa vigente in materia;

Richiamati gli "Obiettivi di Piano" per i quali i ***direttori generali operano*** secondo ***specifiche aree per realizzare il miglioramento dei LEA e l'efficienza organizzativa*** dei servizi sanitari:

- 1) Area dell'***appropriatezza*** e ***dell'assistenza ospedaliera.***
- 2) Area di c***onsolidamento*** e miglioramento dell'area ***territoriale***.
- 3) Area ***della organizzazione/riorganizzazione*** della ***struttura operativa***.

D.A. 14-1 2015 : Premesse ed obiettivi nel SSR Sicilia

- Considerato che il Piano sanitario regionale è attuato nella programmazione sanitaria locale dalle Aziende sanitarie attraverso i ***Piani attuativi aziendali (PAA)***, anch'essi previsti dalla legge regionale n. 5/2009;

- Visto il D.A. n. 496 del 13 marzo 2013 che approva le "linee di indirizzo per le attività di ***controllo analitico delle cartelle cliniche nel Sistema sanitario regionale***" e il relativo "Piano annuale controlli analitici (PACA)" 2012/2013" e successive modifiche e integrazioni;

- Considerato che la legge regionale n. 5/2009 identifica il ***distretto ospedaliero*** quale multi-presidio polifunzionale che opera mediante una Spoke e la istituzione di ospedali riuniti multi-presidio, che operano secondo specifiche mission aziendali e di presidio con ***unico codice di struttura;***

- Ritenuto sottolineare che la riorganizzazione attuata con il presente decreto si svilupperà attraverso la ***rete integrata dei servizi ospedale-territorio*** con il mantenimento dei piccoli presidi ospedalieri riorganizzati secondo il "***modello ospedali riuniti***", al fine di garantire un livello ***assistenziale omogeneo con modelli tecnico-professionali condivisi***, utilizzo di ***equipe integrate*** e ***percorsi assistenziali definiti***. L'assistenza attraverso la sperimentazione del modello ospedali riuniti prevede la completa ***integrazione dei livelli di cura fra i diversi presidi ospedalieri*** che appartengono allo stesso modello al fine di ***completare il percorso assistenziale fra la alta intensità, la media intensità e la bassa intensità*** (per pazienti post-acuti), avuto riguardo dell' integrazione e multidisciplinarietà tra i diversi apporti affinché i percorsi terapeutico assistenziali messi in atto si potenzino completandosi

D.A. 14-1 2015 : Premesse ed obiettivi nel SSR Sicilia

- Vista la delibera della Giunta regionale n. 365 del ***6 novembre 2013***, che individua ***le linee di indirizzo per la rimodulazione della rete ospedaliero-territoriale***:
  - (i) la ***sinergia tra sistema di offerta pubblico e sistema di offerta privato*** in termini di complementarietà evitando sovrapposizioni;
  - (ii) ***eliminare duplicazioni*** evitando la frammentazione della rete dei servizi in un'ottica di crescita della qualità sia nel sistema pubblico che nel sistema privato;
  - (iii) ***connotare in modo specifico ogni presidio della rete ospedaliera*** pubblica avuto riguardo del contesto territoriale, dello stato di avanzamento degli eventuali investimenti già effettuati, dei collegamenti con gli altri servizi ospedalieri e territoriali a livello provinciale, di bacino e regionale, della necessità di ottimizzare le risorse umane e l'utilizzo delle tecnologie;
  - (iv) orientare il sistema ***privato accreditato***, attraverso il ***processo di negoziazione*** con le aziende sanitarie, a conformare l'offerta in modo funzionale a completare quella pubblica, valorizzando in particolare le tipologie di prestazioni per le quali si registrano ancora elevati tassi di migrazione sanitaria (Drg fuga) e concorrendo, insieme al sistema pubblico, a migliorare l'attrattività delle strutture e a ridurre il tasso di mobilità passiva;
  - (v) efficientare la rete di ***emergenza urgenza e delle terapie intensive*** e completare il processo di messa in ***sicurezza dei punti nascita***, secondo il livello e gli standard di sicurezza stabiliti dagli indirizzi di programmazione nazionali e dalle ***linee guida di settore***

Premesse ed obiettivi SSR Sicilia

- Considerato che il processo di riordino della rete ospedaliera non può prescindere dal riordino della rete territoriale e deve contestualmente prevedere il ***riordino*** della rete del sistema ***emergenza-urgenza ospedaliera-territoriale*** in modo da garantire all'assistito cure immediate di ***stabilizzazione*** e di ***trasporto tempestivo*** nel contesto ospedaliero più appropriato, con conseguente ***riduzione degli accessi a setting assistenziali impropri***;

- Ritenuto pertanto che la rete ospedaliera-territoriale dovrà essere sviluppata secondo una concezione dinamica dell'assistenza che assicuri ***l'integrazione tra i nodi della rete*** e possa essere modificata sulla base ***dell'evoluzione delle conoscenze e competenze*** professionali e gestionali, nonché di intervenute innovazioni legislative e fermi e impregiudicati gli effetti degli obblighi derivanti da pronunce di organi giurisdizionali;

- Valutati gli effetti prodotti sul sistema dalla introduzione del "***day service***" quale modalità assistenziale alternativa al ricovero ospedaliero;

- Considerato che il day service si configura, pertanto, come un modello centrato ***sul percorso clinico e non sulla singola prestazione***, rispondendo alla necessità di gestione di situazioni cliniche complesse, tali da richiedere una ***presa in carico del paziente***, per un suo inquadramento globale e la definizione in tempi brevi della relativa gestione assistenziale, ma per le quali il ricovero in regime ordinario e/o in ***Day Hospital risulta inappropriato***;

D.A. 14-1 2015 : Premesse ed obiettivi nel SSR Sicilia

- Le stringenti disposizioni introdotte nel 2012 dal legislatore nazionale in tema di *spending review e di sostenibilità del sistema sanitario nazionale* impongono che la nuova pianificazione regionale che deve fondarsi sul ***consolidamento dei risultati raggiunti nei due trienni precedenti e rilanciarsi in ulteriori interventi di sistema*** derivanti dall'obbligo di attuare le nuove disposizioni normative;

- le ***strutture ospedaliere dovranno adeguare la propria organizzazione***, per assicurare la ***presa in carico delle persone assistite***, ***secondo livelli di gravità e di bisogno*** differenziati secondo il nuovo modello di ospedali riuniti

- Deve attivarsi la riorganizzazione della rete ospedaliero- territoriale su base regionale, per bacino e provincia di riferimento nonché per singolo presidio in esito ad una profonda rivisitazione dei criteri e del metodo a base dell'avvio della fase di implementazione secondo i nuovi parametri, ***definendo, per ogni presidio pubblico e privato sia per acuti che per post-acuti, la "mission" specifica***, il dettaglio per singola disciplina e posto letto specificamente per attività di ricovero ordinario e di day *hospital e assegnando ad ogni disciplina anche* ***l'identificazione relativa alla tipologia di struttura semplice o complessa***;

- Ravvisata l'opportunità di sviluppare ulteriori strategie d'intervento che, agendo sull'***organizzazione*** e ***sull'appropriatezza clinica***, investendo sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali, determinino le condizioni per il ***miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere della popolazione***, ***nonostante il progressivo decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario e sociosanitario***;

D.A. 14-1 2015 : … dunque… i *“pivot” !*

- Tenuto conto del documento adottato dal comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012, in aderenza a quanto previsto dall’intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il “Patto per la salute per gli anni 2010/2012” con il quale sono stati approvati gli ***standard per la individuazione delle strutture semplici e complesse*** nonché delle ***posizioni organizzative e di coordinamento*** e con il quale documento è stato fissato lo standard per le strutture complesse nella misura di ***17,5 posti letto per quelle ospedaliere*** e di n. ***13.515 residenti*** per quelle non ospedaliere e con il quale è stato altresì fissato lo standard di ***1,31 strutture semplici per struttura complessa***

- Preso atto che la rideterminazione delle unità operative, delle posizioni organizzative e di coordinamento è stata parzialmente realizzata negli anni precedenti e che quindi si è reso necessario ***provvedere, con il presente atto di programmazione, alla rimodulazione della rete ospedaliera territoriale propedeutica alla riadozione degli atti aziendali e delle dotazioni organiche***;

D.A. 14-1 2015 : … dunque… i *“pivot” !*

- Considerato che il progetto di rimodulazione della rete approvato col presente decreto ***prevede un allineamento progressivo agli standard*** previsti dal documento adottato dal comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012 e dall’emanando regolamento ministeriale richiamato dal D. L. n. 95/2012 **convertito in legge n. 135/2012** e pertanto si prevede fin d’ora un ***piano di rimodulazione del numero equivalente fuori standard delle UOC.***

- A seguito dell’atto di intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, sancita dalla Conferenza Stato- Regioni, nella seduta del 10 luglio 2014 e del relativo regolamento recante “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” CSR del 5 agosto 2014, ***fermo restando l’impianto complessivo definito con la riprogrammazione della rete*** già presentato, si rende necessario, ***alla luce del predetto regolamento, rivisitare le attività del cronoprogramma di adeguamento agli standard come di seguito riscontrabile***.

- Tali revisioni sono state sintetizzate in una tabella, allegata al presente DA, che ***rappresenta in logica matriciale*** l’***adeguamento delle discipline agli standard*** di cui al predetto regolamento attraverso un ***processo di allineamento progressivo*** fino al ***raggiungimento dell’obiettivo previsto al 31 dicembre 2016***.

D.A. 14-1 2015: *La rimodulazione della rete Ospedaliera Siciliana*

Art. 2

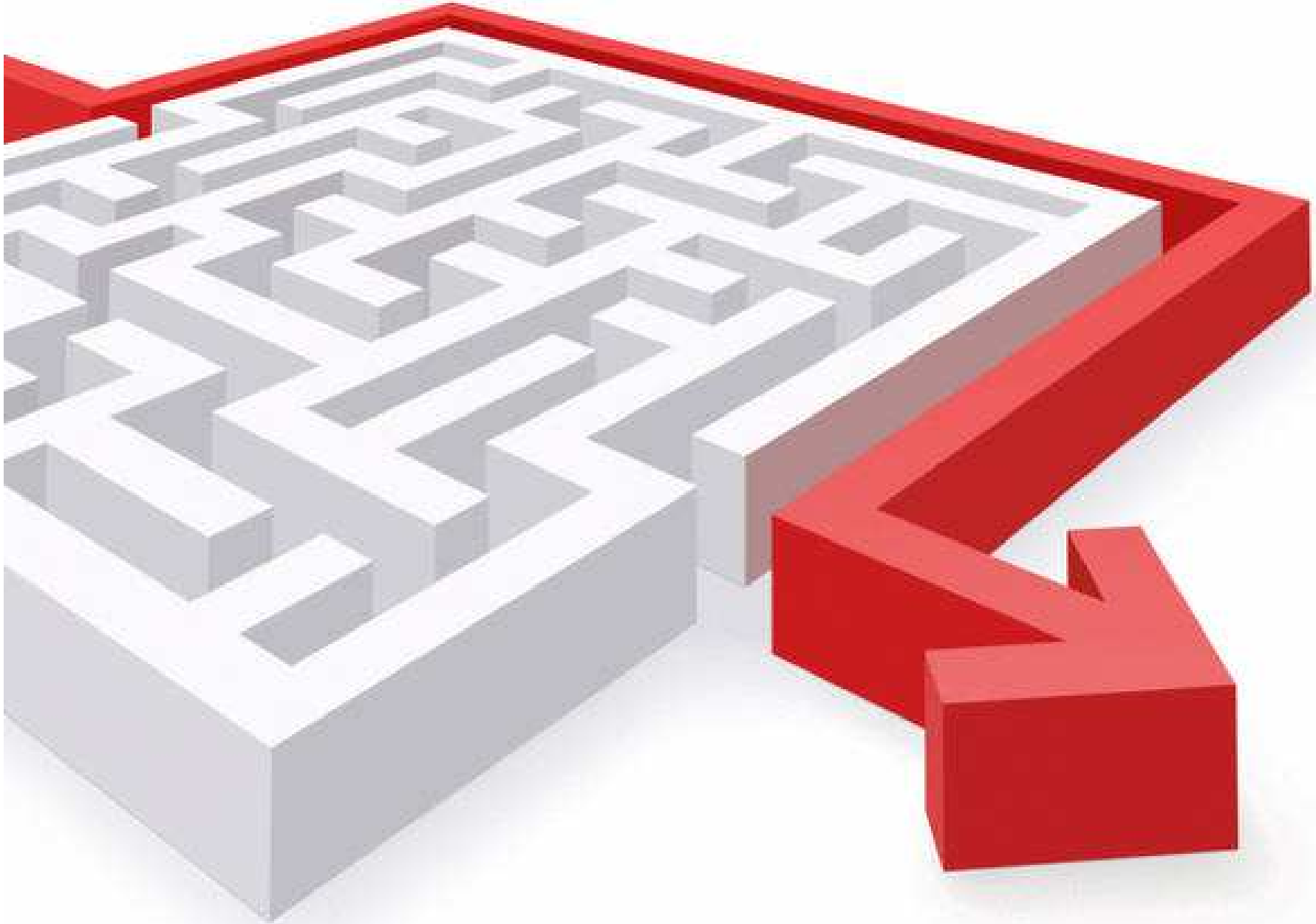
Le aziende ospedaliere, le aziende sanitarie provinciali, le aziende ospedaliere universitarie policlinico, gli Irccs, gli ospedali classificati dovranno ***ottemperare alle disposizioni programmatiche di cui al presente decreto adeguando, secondo specifico cronoprogramma***, i rispettivi presidi ospedalieri e territoriali di pertinenza, completando il processo di messa a regime e riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale per come definita dai predetti atti di programmazione ***entro il triennio 2014/2016***.

Art. 3

Per le ***strutture private accreditate*** con successivo provvedimento si darà seguito alle disposizioni programmatiche di cui al presente decreto operando la riconversione di ***almeno 133 posti letto per acuti in altrettanti posti letto di post-acuti*** nell'ambito del riequilibrio dell'interarete ospedaliera regionale

Art. 4

Con ***successivo provvedimento saranno definite le modalità ed i termini di adeguamento*** della rete, così come determinata dal presente D.A, agli standard previsti nel documento adottato dal Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012 e dall'emanando regolamento ministeriale approvato nella seduta del 5 agosto, richiamato dal D. L. n. 95/2012 convertito in legge n. 135/2012. ***Pertanto si prevede fin d'ora un piano di rimodulazione del numero equivalente fuori standard delle UOC come sono state sintetizzate in una tabella, allegata al presente DA***, che rappresenta in logica matriciale l'adeguamento delle discipline agli standard di cui al predetto regolamento attraverso un processo di allineamento progressivo fino al raggiungimento dell'obiettivo previsto ***al 31 dicembre 2016***.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO

ALLEGATO 2		DISTRETTO 1													DISTRETTO 2											
		OSPEDALE "Agrigento"				OSPEDALI RIUNITI "Canicatti-Licata"									OSPEDALI RIUNITI " Sciacca- Ribera"											
Tabelle UOC/UOS con posti letto Aziende Sanitarie		Presidio di Agrigento				Presidio di Canicatti				Presidio di Licata					Presidio di Sciacca				Presidio di Ribera					TOTALE		
Reparto	Descrizione	UO	ord	dh	TOT	UO	ord	dh	TOT	UO	ord	dh	TOT	NOTE	UO	ord	dh	TOT	UO	ord	dh	TOT	NOTE	ord	dh	TOT
08	Cardiologia	C	24	2	26	C	13	1	14	C	8	2	10	emodinamica ad agrigento	C	16	2	18	S	6	2	8	emodinamica a sciacca	67	9	76
50	Unità coronarica	S	8	0	8						0	0	0		C	8	0	8		0	0	0		16	0	16
09	Chirurgia generale	C	18	2	20	C	14	4	18	C	18	2	20		C	18	2	20	C	10	2	12		78	12	90
09	Chirurgia toracica				0				0				0		S	4	2	6				0		4	2	6
14	Chirurgia vascolare	C	8	2	10		0	0	0		0	0	0			0	0	0		0	0	0		8	2	10
18	Talassemia	S		4	4				0				0		S		6	6				0		0	10	10
18	Ematologia	S	0	4	4		0	0	0		0	0	0			0	6	6		0	0	0		0	10	10
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	S	0	2	2		0	0	0		0	0	0		S	0	2	2		0	0	0		0	4	4
21	Geriatria		0	0	0		0	0	0		0	0	0			0	0	0		0	0	0		0	0	0
24	Malattie infettive e tropicali	C	10	2	12		0	0	0		0	0	0			0	0	0		0	0	0		10	2	12
26	Medicina generale	C	20	2	22	C	22	2	24	C	22	2	24	con stroke ed epatologia a Canicatti	C	22	2	24	C	16	2	18	con stroke a Sciacca	102	10	112
NN riconduci	Endoscopia digestiva	S		2	2				0				0		S	2	2	4				0		2	4	6
29	Nefrologia	C	12	2	14		0	0	0		0	0	0		C	12	2	14		0	0	0		24	4	28
32	Neurologia	C	14	2	16	S	0	2	2		0	0	0	con stroke ad Agrigento	SD	6	2	8		0	0	0		20	6	26
34	Oculistica	C	2	2	4	S	0	2	2		0	0	0		C	2	2	4		0	0	0		4	6	10
36	Ortopedia e traumatologia	C	24	2	26		0	0	0	C	22	2	24		C	16	2	18		0	0	0	Ortopedia con aggregata attività di chir. Vertebro midollare	62	6	68
37	Ostetricia e ginecologia	C	24	4	28	C	20	2	22	C	8	2	10	A Licata solo attività ginecologica	C	16	2	18		0	0	0		68	10	78
38	Otorinolaringoiatria	C	4	4	8		0	0	0		0		0		SD	2	4	6		0	0	0		6	8	14
39	Pediatria	C	14	2	16	C	9	1	10	S	8	2	10		C	8	2	10		0	0	0		39	7	46
40	Psichiatria/SPDC	C	15	0	15	C	15	0	15		0	0	0		C	15	0	15		0	0	0		45	0	45
43	Urologia	C	12	2	14		0	0	0		0	0	0		C	8	4	12		0	0	0		20	6	26
49	Terapia intensiva	C	12	0	12	C	4	0	4	S	4	0	4		C	8	0	8		0	0	0		28	0	28
51	Astanteria/MCAU	C	12	0	12	C	6	0	6	C	6	0	6		C	8	0	8		0	0	0		32	0	32
52	Dermatologia				0				0				0					0	S	2	2	4		2	2	4
62	Neonatologia	S	8	0	8		0	0	0		0	0	0	aggregata UOC UTIN	S	4	0	4		0	0	0		12	0	12
64	Oncologia	C	6	6	12	S	2	4	6		0	0	0		C	6	2	8		0	0	0		14	12	26
66	Oncoematologia				0				0				0		S		4	4				0		0	4	4
68	Pneumologia con Utir	S	10	2	12		0	0	0		0	0	0			0	0	0		0	0	0		10	2	12
70	Radioterapia	C	0	4	4		0	0	0		0	0	0			0	0	0		0	0	0		0	4	4
71	Reumatologia	S	0	2	2		0	0	0		0	0	0			0	0	0		0	0	0		0	2	2
73	Terapia intensiva neonatale	C	8	0	8		0	0	0		0	0	0			0	0	0		0	0	0		8	0	8
INDISTINTI	DEA chirurgico		2	0	2		0	0	0		0	0	0			0	0	0		0	0	0		2	0	2
INDISTINTI	DEA medico		2	0	2		0	0	0		0	0	0			0	0	0		0	0	0		2	0	2
	Totale Acuti		**269**	**56**	**325**		**105**	**18**	**123**		**95**	**12**	**108**			**181**	**50**	**231**		**34**	**8**	**42**		**685**	**144**	**829**
56	**Recupero e riabilitazione funzionale**	C	20	4	24		0	0	0	C	18	2	20			0	0	0		0	0	0		38	6	44
60	**Lungodegenza**	C	16	4	20	S	16	0	16	S	14	2	16		S	16	0	16	S	18	0	18		80	6	86
75	**Neuro-riabilitazione**		0	0	0		0	0	0		0	0	0		C	32	0	32		60	0	60		92	0	92
	Totale Post Acuti		**36**	**8**	**44**		**16**	**0**	**16**		**32**	**4**	**36**			**48**	**0**	**48**		**78**	**0**	**78**		**210**	**12**	**222**
	Totale presidio		**305**	**64**	**369**		**121**	**18**	**139**		**128**	**16**	**144**			**229**	**50**	**279**		**78**	**0**	**78**		**861**	**148**	**1009**
	TOTALE RIUNITI		**369**				**283**									**357**										

Totale UO Complesse	21	8	7	15	2	53
Totale UO Semplici	8	4	3	9	3	27

Legenda: C Struttura complessa S struttura semplice SD struttura semplice dipartimentale

	Totale acuti			Tot. post acuti			TOT.
	DO	DH	Tot	DO	DH	Tot	
Totale Distretto 1	470	86	**556**	84	12	**96**	**652**
Totale Distretto 2	215	58	**273**	126	0	**126**	**399**
Totale	**685**	**144**	**829**	**210**	**12**	**222**	**1051**
POSTI LETTO da riconvertire per effetto del regolamento	34	8	**42**	0	0	**0**	**42**
DOTAZIONE POSTI LETTO al 31/12/2016	**651**	**136**	**787**	**210**	**12**	**222**	**1009**

		190927						190922					190924			
		Somma	Somma	Somma di Totale con aggregati distribuiti			Somma	Somma	Somma di Totale con aggregat			Somma	Somma	Somma		
ALLEGATO 2																
Tabelle UOC/UOS con posti letto Aziende Ospedaliere		**ARNAS CIVICO**					**ARNAS GARIBALDI**					**PAPARDO PIEMONTE**				
Reparto	**Descrizione**	**U.O**	**ord**	**dh**	**TOT**	**NOTE**	**U.O**	**ord**	**dh**	**TOT**	**NOTE**	**U.O.**	**ord**	**dh**	**TOT**	
06	Cardiologia pediatrica	C	12	2	14			0	0	0			0	0	0	
07	Cardiochirurgia		0	0	0			0	0	0		C	18	0	18	
08	Cardiologia	C	40	6	46	con emodinamica	C	18		18		CC	34	0	34	
50	Unità coronarica							12		12			16		16	
08	Cardiologia						C	6	2	8					0	
09	Chirurgia generale				0		C	16	0	16				0	0	
09	Chirurgia generale oncologica	C	24	2	26		C	30	4	34		CC	26		26	
09	Chirurgia generale urgenza	C	34	2	36					0					0	
10	Chirurgia maxillo facciale e plastica	C	7	1	8			0	0	0					0	
11	Chirurgia pediatrica	C	16	2	18		C	6	2	8			0	0	0	
12	Chirurgia plastica	C	14	2	16			0	0	0		C	12	0	12	
13	Chirurgia toracica	C	13	1	14		C	11	1	12		C	8	0	8	
14	Chirurgia vascolare	C	13	1	14		C	10	2	12		C	8		8	
14	Chirurgia vascolare				0		SD	6	2	8					0	
66	Oncoematologia											C	10		10	
18	Ematologia	C	0	10	10		C	4	6	10				0	0	
18	Talassemia				0		SD		7	7					0	
18	E matologia con Utmo				0					0			8		8	
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione		0	0	0		C	19	2	21		C	6	0	6	
19	Epatologia				0		SD	2	2	4					0	
21	Geriatria		0	0	0		C	18	2	20			0	0	0	
24	Malattie infettive e tropicali	C	16	2	18	di cui 5 a pressione negativa	C	20	2	22	di cui 5 a pressione variabile	C	15	0	15	
24	Malattie infettive pediatriche	C	23	1	24					0					0	
24	Medicina											C	38		38	
21	Geriatria											S			0	
26	Medicina generale	C	35	1	36		C	18	2	20				0	0	
26	Medicina generale	C	34	2	36		C	18	2	20					0	
26	Medicina interna semi intensiva									0					0	
26	Medicina in area critica						SD	12	2	14					0	
26	Medicina d'urgenza	C	28		28					0					0	
29	Nefrologia con trapianto	C	26	4	30				0	0				0	0	
29	Nefrologia e dialisi						C	14	2	16			4		4	
58	Gastroenterologia	C	8	2	10		C	1	1	2			0	0	0	
30	Neurochirurgia traumatologia						SD	10		10					0	
30	Neurochirurgia	C	31	1	32		C	10	0	10		C	10	0	10	
32	Neurologia con Stroke	C	22	2	24		C	28	2	30		C	28	0	28	

		190927						190922					190924			
		Somma	Somma	Somma di Totale con aggregati distribuiti			Somma	Somma	Somma di Totale con aggregat			Somma	Somma	Somma		
ALLEGATO 2																
Tabelle UOC/UOS con posti letto Aziende Ospedaliere		**ARNAS CIVICO**					**ARNAS GARIBALDI**					**PAPARDO PIEMONTE**				
Reparto	**Descrizione**	**U.O**	**ord**	**dh**	**TOT**	**NOTE**	**U.O**	**ord**	**dh**	**TOT**	**NOTE**	**U.O.**	**ord**	**dh**	**TOT**	
29	Nefrologia con trapianto	C	26	4	30				0	0				0	0	
29	Nefrologia e dialisi						C	14	2	16			4		4	
58	Gastroenterologia	C	8	2	10		C	1	1	2			0	0	0	
30	Neurochirurgia traumatologia						SD	10		10					0	
30	Neurochirurgia	C	31	1	32		C	10	0	10		C	10	0	10	
32	Neurologia con Stroke	C	22	2	24		C	28	2	30		C	28	0	28	
33	Neuropsichiatria infantile	C	9	1	10			0	0	0			0	0	0	
35	Odontoiatria e stomatologia		0	0	0			0	0	0			0	0	0	
36	Ortopedia e traumatologia	C	22	2	24		C	27	3	30		CC	30	4	34	
36	Ortopedia e traumatologia						SD	15	3	18					0	
36	Ortopedia pediatrica														0	
37	Ostetricia e ginecologia	C	32	2	34		C	30	2	32		C	30	2	32	
37	Ginecologia oncologica	C	5	1	6											
39	Pediatria				0		C	16	2	18		C	8		8	
39	clinica pediatrica IV	C	21	1	22					0					0	
39	Pediatria I (gastroenterologia)	C	19	1	20				0	0				0	0	
39	Pediatria II (Pneumologia fibrosi cist. Allerg)	C	30	2	32					0					0	
40	Psichiatria/SPDC		0	0	0			0	0	0			0	0	0	
43	Urologia	C	22	2	24		C	22	2	24		C	10	2	12	
47	Grandi ustioni	C	16	0	16				0	0			0	0	0	
49	Terapia intensiva con trauma center	CC	36	2	38		CC	20	0	20		CC	16		16	
49	Terapia intensiva con Terapia del dolore						UOSD		2	2				2	2	
49	Terapia intensiva pediatrica	C	8		8		SD	4		4					0	
50	Unità coronarica			0	0	Aggregata a cardiologia			0	0				0	0	
51	Astanteria/MCAU			0	0		C	10		10			0	0	0	
52	Dermatologia		0	2	2	aggregata alla medicina	SD		2	2		C	4	0	4	
62	Neonatologia	C	19	1	20		C	12	0	12			6	0	6	
73	Terapia intensiva neonatale							12		12		C	8		8	
64	Oncologia	C	24	4	28		C	16	8	24		C	16	0	16	
65	Oncoematologia pediatrica	C	9	7	16			0	0	0			0	0	0	
66	Oncoematologia	C	10	2	12			0	0	0			0	0	0	
66	Oncoematologia trapianto autologo	SD	2		2					0					0	
68	Pneumologia	C	21	1	22	con fibrosi cistica adulta	C	22	2	24		C	18	0	18	
68	UTIR	SD	8		8					0					0	
69	Neuroradiologia		1	0	1			0	0	0			0	0	0	

D.A. 14-1 2015 : processo di allineamento rete ospedaliera

Nelle colonne della matrice sono riportate le diverse fasi del processo di allineamento

1. Nella prima colonna sono rappresentate le discipline ***a oggi presenti*** in regione per come rilevabili da modello HSP;

2. Nella seconda colonna sono rappresentate le discipline presenti nel ***progetto di rimodulazione*** predisposto il 24 luglio u.s. e trasmesso tramite sistema documentale il 4 agosto 2014;

3. Nella terza colonna sono rappresentate le ***discipline riviste alla luce delle prime azioni correttive necessarie*** all'allineamento al regolamento al 31 dicembre 2014. In pari data sarà presentato il piano di dettaglio di adeguamento come richiesto dall'art. 1, comma 2, del regolamento;

4. I dati della quarta colonna fanno riferimento al ***valore minimo e massimo*** a cui la revisione delle discipline dovrà tendere entro il 31 ***dicembre 2016*** a completamento del processo di adeguamento della rete;

5. Nella quinta colonna sono indicate le ***azioni correttive in funzione dell'impatto percentuale*** che pubblici e privati hanno sul sistema;

6. Nella sesta colonna sono rappresentate le ***discipline rimodulate,*** (righe in viola) in funzione di ipotesi fattive di riduzione all'1 settembre 2015. Sono state prese in ***considerazione in primo luogo le discipline significamente fuori standard e di cui si prevede una riduzione almeno pari al 30%,*** con l'eccezione della medicina generale la cui riduzione si ipotizza del 20%.

Revisione del piano delle attività e del relativo cronoprogramma

Rete ospedaliera - Pubblico/Privato

Reparto		OGGI N° Reparti Attivi da HSP al 1°gennaio 2014			Piano presentato al 04 Agosto 2014 N° Reparti Rimodulati			Piano correttivo entro 31/12/2014 (*)	Situazione al 1° settembre 2015	31/12/2016 Standard Regolamento	
		Pub	Priv	Totale	Pub	Priv	Totale		Totale		
		a1	a2	A	b1	b2	B			Min	MAX
01	Allergologia	1	-	1	1	-	1	1	1	2	5
02	Day hospital	12	36	48	1	15	16	16	16	0	0
05	Angiologia	3	2	5	3	2	5	5	5		
06	Cardiochirurgia pediatrica	1	-	1	3	-	3	1	1	1	1
07	Cardiochirurgia	3	2	5	3	2	5	5	5	4	8
08	Cardiologia	45	21	66	45	20	65	65	46	16	32
09	Chirurgia generale	79	42	121	63	36	99	99	69	24	48
10	Chirurgia maxillo facciale	3	2	5	5	-	5	5	5	2	5
11	Chirurgia pediatrica	6	1	7	7	-	7	7	5	2	3
12	Chirurgia plastica	8	5	13	5	4	9	9	9	2	5
13	Chirurgia toracica	8	-	8	8	-	8	8	8	3	6
14	Chirurgia vascolare	16	8	24	16	4	20	20	20	6	12
16/66	Ematologia / Oncoematologia	18	-	18	22	-	22	18	13	4	8
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nut.	10	1	11	11	1	12	11	11	4	8
21	Geriatria	13	5	18	9	4	13	13	13	6	12
24	Malattie infettive e tropicali	18	1	19	20	-	20	19	13	4	8
26	Medicina generale	76	23	99	64	21	85	85	77	32	61
28	Unità spinale	3	1	4	1	-	1	1	1		
29	Nefrologia	23	1	24	23	-	23	23	16	4	8
30	Neurochirurgia	13	4	17	10	4	14	14	14	4	8
32	Neurologia	19	11	30	24	5	29	29	29	16	32
33	Neuropsichiatria infantile	5	-	5	6	5	11	5	4	1	2
34	Oculistica	26	18	44	29	18	47	44	44	16	32
35	Odontoiatria e stomatologia	7	1	8	6	-	6	6	6	6	12
36	Ortopedia e traumatologia	42	33	75	43	32	75	75	75	24	48
37	Ostetricia e ginecologia	49	16	65	44	15	59	59	59	16	32
38	Otorinolaringoiatria	35	9	44	28	9	37	37	37	16	32
39	Pediatria	50	2	52	45	-	45	45	45	16	32
40	Psichiatria	38	6	44	30	-	30	30	30	16	32
43	Urologia	24	24	48	27	20	47	47	47	16	32
47	Grandi ustioni	2	-	2	2	-	2	2		1	1
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	2	-	2	-	-	-	-	-	1	3
49	Terapia intensiva	42	11	53	44	11	55	53	53	16	32
50	Unità coronarica	34	5	39	20	-	20	20	20	16	32

Rete ospedaliera - Pubblico/Privato

	Reparto	OGGI N° Reparti Attivi da HSP al 1°gennaio 2014			Piano presentato al 04 Agosto 2014 N° Reparti Rimodulati			Piano correttivo entro 31/12/2014 (*)	Situazione al 1° settembre 2015	31/12/2016 Standard Regolamento	
		Pub	Priv	Totale	Pub	Priv	Totale		Totale		
		a1	a2	A	b1	b2	B			Min	MAX
21	Geriatria	13	5	18	9	4	13	13	13	6	12
24	Malattie infettive e tropicali	18	1	19	20	-	20	19	13	4	8
26	Medicina generale	76	23	99	64	21	85	85	77	32	61
28	Unità spinale	3	1	4	1	-	1	1	1		
29	Nefrologia	23	1	24	23	-	23	23	16	4	8
30	Neurochirurgia	13	4	17	10	4	14	14	14	4	8
32	Neurologia	19	11	30	24	5	29	29	29	16	32
33	Neuropsichiatria infantile	5	-	5	6	5	11	5	4	1	2
34	Oculistica	26	18	44	29	18	47	44	44	16	32
35	Odontoiatria e stomatologia	7	1	8	6	-	6	6	6	6	12
36	Ortopedia e traumatologia	42	33	75	43	32	75	75	75	24	48
37	Ostetricia e ginecologia	49	16	65	44	15	59	59	59	16	32
38	Otorinolaringoiatria	35	9	44	28	9	37	37	37	16	32
39	Pediatria	50	2	52	45	-	45	45	45	16	32
40	Psichiatria	38	6	44	30	-	30	30	30	16	32
43	Urologia	24	24	48	27	20	47	47	47	16	32
47	Grandi ustioni	2	-	2	2	-	2	2		1	1
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	2	-	2	-	-	-	-	-	1	3
49	Terapia intensiva	42	11	53	44	11	55	53	53	16	32
50	Unità coronarica	34	5	39	20	-	20	20	20	16	32
51	Astanteria	12	-	12	17	-	17	17	17	16	32
52	Dermatologia	13	-	13	12	-	12	12	12	4	8
56	Recupero e riabilitazione funzionale	21	31	52	42	29	71	71	71	5	97
57	Fisiopatologia della riproduzione umana	1	-	1	-	-	-	-	-	1	2
58	Gastroenterologia	11	1	12	13	2	15	12	12	6	13
60	Lungodegenti	27	12	39	46	13	59	59	59	32	61
61	Medicina nucleare	1	-	1	1	-	1	1	1	4	8
62	Neonatologia	22	1	23	17	-	17	17	12	4	8
64	Oncologia	22	14	36	22	15	37	36	25	8	16
65	Oncoematologia pediatrica	2	-	2	2	-	2	2	2	1	2
68	Pneumologia	18	1	19	18	2	20	20	20	6	12
69	Radiologia	5	-	5	3	-	3	3	3	16	32
70/74	Radioterapia / Radioterapia oncologica	2	2	4	8	1	9	4	4	4	8
71	Reumatologia	3	1	4	8	1	9	4	4	4	8
73	Terapia intensiva neonatale	17	1	18	15	-	15	15	15	4	8
75	Neuro-riabilitazione	11	4	15	3	-	3	3	3	4	8
76	Neurochirurgia pediatrica	1	-	1	-	-	-	-	-	1	1
77	Nefrologia pediatrica	1	-	1	1	-	1	1	1	1	1
78	Urologia pediatrica	1	-	1	-	-	-	-	-	1	1
97	Detenuti	4	-	4	3	-	3	3	3		
98	Specialità non clinica funzioni igenico org.	10	42	52	-	-	-	-			
Totale		**939**	**401**	**1.340**	**899**	**291**	**1.190**	**1.162**	**1.070**	**419**	**918**

(*) Azioni correttive di riduzione

Azienda	Popolazione residente al 31 dicembre 2013	ACUTI							LUNGODEGENZA				
		PL da Mod. Minist. HPS al 1° Gennaio 2014 (**)			RIMODULAZIONE				PL da Mod. Minist. HPS al 1° Gennaio 2014 (**)		RIMODULAZIONE		
		PL	%	PL/1000 Ab	PL	%	HP PL/1000 Ab	Delta PL obiettivo vs PL HSP	PL	PL/1000 Ab	PL	PL/1000 Ab	Delta PL obiettivo vs PL HSP
Totale Pubblici	5.094.937	**10.594**	71,86%	2,1	10.879	73,16%	2,1	285	255	0,1	757	0,1	502
Totale IRCCS		**88**	0,60%	0,0	88	0,59%	0,0	0	0	0,0	-	0,0	0
Altri Ospedali		**281**	1,91%	0,1	276	1,86%	0,1	-5	14	0,0	16	0,0	2
Totale Classificati		**276**	1,87%	0,1	257	1,73%	0,1	-19	0	0,0	-	0,0	0
Totale Privati		**3.504**	23,77%	0,7	**3.371**	22,67%	0,7	(*) -133	124	0,0	175	0,0	51
Totale Complessivo		**14.743**		**2,89**	**14.871**		**2,92**	**128**	**393**	**0,1**	**947**	**0,19**	**554**
ASP Agrigento - Pubblici	442.294	706		1,6	787	84%	1,8	81	40	0,1	86	0,2	46
ASP Agrigento - Privati		145		0,3	145	16%	0,3	0	0	0,0	-	-	0
Tot Agrigento		**851**		**1,9**	**932**		**2,1**	**81**	**40**	**0,1**	**86**	**0,2**	**46**
ASP Caltanissetta - Pubblici	274.731	645		**2,3**	629	88%	2,3	-16	18	0,1	62	0,2	44
ASP Caltanissetta - Privati		83		**0,3**	83	12%	0,3	0	5	0,0	5	0,0	0
Tot Caltanissetta		**728**		**2,6**	**712**		**2,6**	**-16**	**23**	**0,1**	**67**	**0,2**	**44**
ASP Catania - Pubblici	1.115.704	575		0,5	656	18%	0,6	81	18	0,0	112	0,1	94
AO Cannizzaro		539		0,5	524	14%	0,5	-15	0	0,0	10	0,0	10
AO Garibaldi		614		0,6	587	16%	0,5	-27	0	0,0	10	0,0	10
AOUP Catania		891		0,8	910	25%	0,8	19	0	0,0	-	0,0	0
ASP Catania - Privati		979		0,9	979	27%	0,9	0	39	0,0	39	0,0	0
Tot Catania		**3.598**		**3,2**	**3.656**		**3,3**	**58**	**57**	**0,1**	**171**	**0,2**	**114**
ASP Enna - Pubblici	175.740	468		2,7	457	100%	2,6	-11	19	0,1	35	0,2	16
Tot Enna		**468**		**2,7**	**457**		**2,6**	**-11**	**19**	**0,1**	**35**	**0,2**	**16**
ASP Messina - Pubblici	645.087	696		1,1	609	28%	0,9	-87	32	0,0	52	0,1	20
AO Papardo-Piemonte		509		0,8	429	20%	0,7	-80	16	0,0	30	0,0	14
AOUP Messina		518		0,8	523	24%	0,8	5	0	0,0	10	0,0	10
ASP Messina - Privati		629		1,0	629	29%	1,0	0	12	0,0	12	0,0	0
Tot Messina		**2.352**		**3,6**	**2.190**		**3,4**	**-162**	**60**	**0,1**	**104**	**0,2**	**44**
ASP Palermo - Pubblici	1.282.135	423		0,3	495	12%	0,4	72	20	0,0	82	0,1	62
AO Villa Sofia-Cervello		626		0,5	697	17%	0,5	71	32	0,0	32	0,0	0
AO Civico		841		0,7	832	20%	0,6	-9	10	0,0	24	0,0	14
AOUP Palermo		535		0,4	568	13%	0,4	33	8	0,0	16	0,0	8
ASP Palermo - San raffaele		196		0,2	176	4%	0,1	-20	14	0,0	16	0,0	2
ASP Palermo - Buccheri		276		0,2	257	6%	0,2	-19	0	0,0	-	0,0	0
ASP Palermo - Rizzoli		34		0,0	52	1%	0,0	18	0	0,0	-	0,0	0
ASP Palermo - Privati		1.132		0,9	1.132	27%	0,9	0	56	0,0	56	0,0	0
Tot Palermo		**4.063**		**3,2**	**4.209**		**3,3**	**146**	**140**	**0,1**	**226**	**0,2**	**86**

Distribuzione popolazione e posti letto per bacini provinciali

allegato 7

Bacini	ASP	Popolazione residente al 31°dicembre 2013	Posti Letto Decreto	Posti Letto Attivi al 1° gennaio 2014	Posti Letto Rimodulazione
			PL x 1000 ab	PL x 1000 ab	PL x 1000 ab
occidentale	ASP Agrigento	442.294	2,75	2,25	2,61
	ASP Caltanissetta	274.731	3,37	2,96	3,20
	ASP Palermo	1.282.135	3,97	3,47	3,77
	ASP Trapani	436.150	2,70	2,09	2,68
	Totale Bacino	**2.435.310**	**3,45**	**2,94**	**3,30**
orientale	ASP Catania	1.115.704	4,31	3,77	3,94
	ASP Enna	175.740	3,60	2,93	3,10
	ASP Messina	645.087	4,44	3,99	3,92
	ASP Ragusa	318.249	3,04	2,48	2,88
	ASP Siracusa	404.847	3,26	3,02	3,23
	Totale Bacino	**2.659.627**	**3,99**	**3,50**	**3,64**
Totale Regionale		**5.094.937**	**3,73**	**3,23**	**3,48**
Totale Regionale + Altri Ospedali		**5.094.937**	**3,89**	**3,34**	**3,61**

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale„ n. 263 del 10 novembre 2012 - Serie generale

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Sabato, 10 novembre 2012** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 1027 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

LEGGE 8 novembre 2012, n. **189**

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. (Decreto Legge "Balduzzi)

Decreto Legge "Balduzzi " testo coordinato **13.09.2012** n° 158 , G.U. 10.11.2012

ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE.

- Si riorganizzano le cure primarie, nella consapevolezza che il processo di ***deospedalizzazione***, se non e' accompagnato da un corrispondente e contestuale rafforzamento dell'assistenza sanitaria sul territorio, determina di fatto una impossibilita' per i cittadini di beneficiare delle cure. I punti qualificanti del riordino delle cure primarie sono: ***integrazione monoprofessionale e multiprofessionale*** per favorire il ***coordinamento operativo tra i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali***, secondo modelli individuati dalle Regioni anche al fine di decongestionare gli ospedali.

- Ruolo ***unico ed accesso unico per tutti i professionisti medicine*** nell'ambito della propria area convenzionale al fine di far fronte alle esigenze di continuita' assistenziale, organizzazione e gestione

- ***Sviluppo dell'ICT*** quale strumento irrinunciabile per l'aggregazione funzionale e per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere.

Fonte : www.altalex.com

Decreto Legge "Balduzzi " testo coordinato **13.09.2012 n°** 158 , G.U. 10.11.2012

INTRAMOENIA.

- Si introducono, dopo piu' di dieci anni, nuove norme in materia di attivita' professionale intramoenia dei medici, al fine di ***superare il regime provvisorio***.

- Le aziende sanitarie devono procedere a una ***definitiva e straordinaria ricognizione degli spazi disponibili per le attivita' libero-professionali*** ed eventualmente possono, con un ***sistema informatico*** speciale, ***utilizzare spazi presso strutture sanitarie esterne***, ovvero autorizzare i singoli medici a operare nei propri studi.

- Rilevante novita' e' che ***tutta l'attivita' viene messa in rete*** per dare trasparenza e avere tracciabilita' di tutti i pagamenti effettuati dai pazienti, rendendo anche possibile ***un effettivo controllo del numero delle prestazioni*** che il professionista svolge sia durante il servizio ordinario, sia in regime di intramoenia.

- E' previsto che ***parte degli importi riscossi saranno destinati***, oltre che per i compensi dei medici e del personale di supporto, anche per la copertura dei ***costi sostenuti dalle aziende.***

Fonte : www.altalex.com

Decreto Legge "Balduzzi " testo coordinato 13.09.2012 n° 158 , G.U. 10.11.2012

MEDICINA DIFENSIVA.

- Si regola la ***responsabilita' professionale di chi esercita professioni*** sanitarie per contenere il fenomeno della cosiddetta ''medicina difensiva'' che determina la prescrizione di esami diagnostici inappropriati al solo scopo di evitare responsabilita' civili, con gravi conseguenze sia sulla salute dei cittadini, sia sull'aumento delle liste di attesa e dei costi a carico delle aziende sanitarie.

- Nel valutare la responsabilita' dei professionisti si terra' conto della circostanza che essi abbiano svolto la prestazione professionale secondo ***linee guida e buone pratiche elaborate dalla comunita' scientifica nazionale e internazionale.***

- Viene inoltre costituito un ***Fondo per garantire idonee coperture assicurative finanziato con il contributo dei professionisti*** e delle assicurazioni, in misura percentuale sui premi incassati, ***comunque non superiore al 4 per cento***.

Fonte : www.altalex.com

Decreto Legge "Balduzzi " testo coordinato **13.09.2012** n° 158 , G.U. 10.11.2012

TRASPARENZA NELLA SCELTA DI DIRETTORI GENERALI E PRIMARI.

- Le nomine dei direttori generali delle aziende e degli enti del SSR (Servizio Sanitario Regionale) vengono sottoposte a una nuova disciplina che ***privilegia il merito e tende a riequilibrare il rapporto tra indirizzo politico e gestione delle aziende sanitarie***.

- Le Regioni infatti dovranno provvedere alla nomina dei DG attingendo ad un ***elenco regionale di idonei costituito a valle di una procedura selettiva*** che sara' svolta da una commissione costituita da esperti indipendenti, procedura a cui potranno accedere solo coloro che documenteranno, oltre ai titoli richiesti, un'adeguata esperienza dirigenziale nel settore.

- Saranno garantite ***idonee misure di pubblicita', anche sul web***, dei bandi, delle nomine e dei curricula, oltre che di trasparenza nella valutazione degli aspiranti alla nomina.

- Per i ***Direttori Struttura Complessa viene istituita una procedura selettiva*** affidata a primari della stessa disciplina, ma non della stessa Asl, sorteggiati a livello nazionale.

- Il direttore generale dovra' ***scegliere il primario necessariamente entro la rosa dei primi tre candidati.*** Per consentire il sorteggio, saranno costituiti entro tre mesi elenchi regionali dei primari per singole discipline e l' elenco nazionale sara' la sommatoria degli elenchi regionali.

Fonte : www.altalex.com

Decreto Legge "Balduzzi " testo coordinato 13.09.2012 n° 158 , G.U. 10.11.2012

FARMACI.

- Sono previste misure finalizzate a garantire che i ***farmaci innovativi riconosciuti dall'AIFA come rimborsabili dal Ssn siano tempestivamente messi a disposizione delle strutture sanitarie di tutte le Regioni italiane***.

- Viene disposto l'aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale per ***eliminare farmaci obsoleti e avere piu' spazio per i farmaci innovativi***.

- Si prevede ***la sperimentazione***, da parte delle Regioni, di ***nuove modalita' di confezionamento dei farmaci per eliminare sprechi di prodotto*** e meccanismi impropri di prescrizione e per facilitare la personalizzazione del confezionamento stesso.

- Viene completato il ***passaggio all'AIFA*** delle competenze in materia di sperimentazione clinica dei medicinali oggi ancora attribuite all'Istituto superiore di sanita', limitando contestualmente il proliferare dei comitati etici, prevedendo una gestione interamente telematica della documentazione sugli studi clinici.

- Le regole sulle ***autorizzazioni inerenti ai farmaci omeopatici sono precisate e semplificate***, mantenendo le necessarie garanzie di qualita' e sicurezza.

Fonte : www.altalex.com

Decreto Legge "Balduzzi " testo coordinato **13.09.2012** n° 158 , G.U. 10.11.2012

EDILIZIA OSPEDALIERA.

- Vengono ***migliorate le norme che regolano il partenariato pubblico-privato*** in materia di edilizia sanitaria ampliando la possibilita' di collaborazione tra investitore privato e azienda sanitaria pubblica.

- Per quanto attiene ***all'adeguamento della normativa antincendio***, viene previsto ***che una quota-parte delle risorse statali dedicate all'adeguamento strutturale e tecnologico dei presidi sanitari venga utilizzata specificamente per il rispetto della stessa normativa antincendio***, la quale viene anche semplificata per alcune tipologie di strutture sanitarie.

- Viene inoltre accelerato e facilitato l'utilizzo delle risorse, gia' destinate alla creazione di strutture socio-sanitarie, per trasferire i pazienti attualmente ***ospitati negli ospedali psichiatrici giudiziari*** di cui e' stata recentemente stabilita per legge la ***chiusura definitiva***

Fonte : www.altalex.com

commenti

- **Modulo 1. Nuovi scenari della sanità pubblica: il Sistema Sanitario Nazionale, il Servizio Sanitario Regionale e la Pianificazione strategica sanitaria**

Colpa medica: danni e legislatore da bocciare

Articolo 13.11.2012 (Roberto Riverso)

La **legge 8 novembre 2012, n. 189** (di conversione del **D.L. 158/2012**), pubblicata sulla G.U.del 10 novembre 2012, n. 263, entrata in vigore in data 11 novembre, nell'art. 3 prevede la depenalizzazione, a determinate condizioni, della colpa lieve dell'esercente una professione sanitaria.

Questo il testo del primo comma dell'art. 3: "*L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attivita' si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunita' scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'**articolo 2043 del codice civile**. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo.*"

Si tratta di una norma che indurrebbe ad una serie lunga di considerazioni. Mi limito ad alcune.

Per quanto riguarda il riferimento formulato dalla norma cit. all'**art. 2043 c.c.** (sic!), fermo restando che il sistema di responsabilità civile accolto in generale dal nostro ordinamento mira soltanto alla riparazione del torto e non alla punizione del colpevole, andrebbe osservato che, in realtà, il danno patrimoniale (cui soltanto si riferisce l'**art. 2043** cit.!) prendendo di mira la perdita subita ed il mancato guadagno, non può essere certamente graduato (secondo l'art. 3 Cost.) in relazione alla colpa dell'autore; e neppure può essere graduato il risarcimento del danno biologico, quanto meno nella sua componente c.d. statica.

Fonte : www.altalex.com

L'unico aspetto del danno suscettibile di essere graduato in funzione all'elemento soggettivo del fatto illecito potrebbero essere le c.d. componenti dinamiche del danno biologico, i danni esistenziali, e soprattutto il danno morale, in quanto sicuramente le sofferenze soggettive subite dalla vittima dell'illecito possono in concreto atteggiarsi in forme più gravi e dolorose se chi le ha inferte ha agito con colpa grave o addirittura con dolo, piuttosto che con colpa lieve.

Detto ciò, ancor più importante mi sembra osservare che il legislatore sostenendo che resti "***fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile***" abbia dato prova (l'ennesima) di insipienza tecnica, dato che secondo la ricostruzione operata dalla giurisprudenza dal 2003 in avanti ovvero dalle "*famose sentenze gemelle*" della Cassazione in avanti e mai più derogate, costituisce ius receptum (ribadito dalle *"famose sentenze di San Martino*" di quattro anni fa) che il sistema risarcitorio abbia assunto oramai un assetto bipolare; all'interno del quale l'**art. 2043 c.c.** si riferisce soltanto al danno patrimoniale, mentre è l'**art. 2059 c.c.** che si riferisce al danno non patrimoniale.

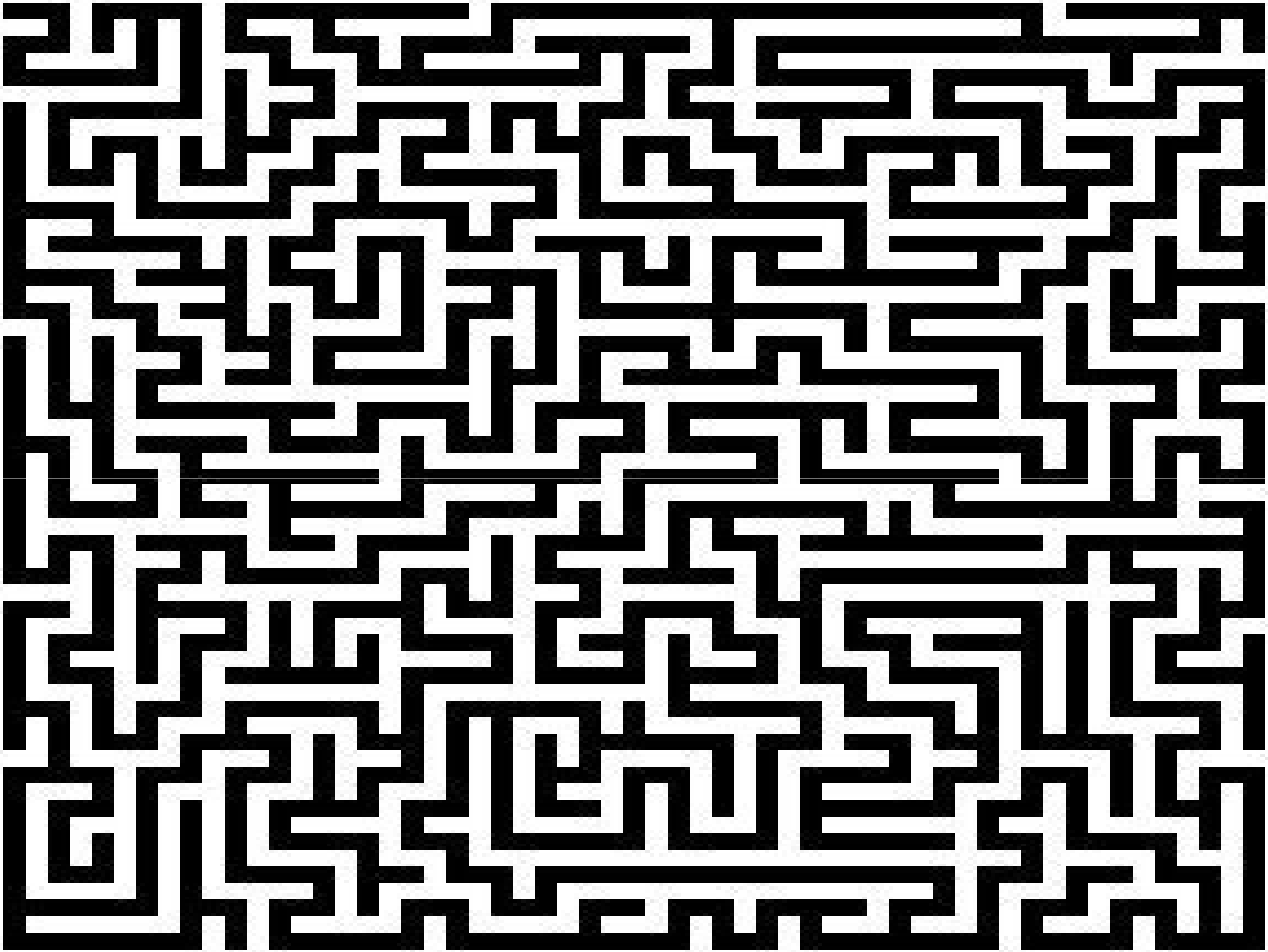
Da ciò consegue che scritta in quel modo in cui è stata scritta, la norma assume in realtà un significato contraddittorio e quasi sinistro: da ieri il giudice non solo non potrà più condannare penalmente il medico che ha agito con colpa lieve, ma nemmeno potrà più liquidare alcuna sorta di danno non patrimoniale (alla salute, morale, esistenziale) alla vittima, perché la norma fa salvo soltanto l'**art. 2043 c.c.** e dunque il solo danno patrimoniale!

Chi glielo dice al legislatore il caos che ha combinato?

Ma la giurisprudenza in questo Paese è "*famosa*" solo per chi la applica o la subisce?

(Altalex, 13 novembre 2012. Nota di **Roberto Riverso**)

Fonte : www.altalex.com



La "medical malpractice" dopo la legge Balduzzi

QUESTIONE GIUSTIZIA

La giurisprudenza di merito milanese segna la fine della responsabilità da contatto in ambito sanitario

- L'introduzione, alla fine dello scorso millennio, del criterio giurisprudenziale del "contatto sociale" in materia di responsabilità civile in ambito sanitario grava la posizione degli le professioni sanitarie (soprattutto agli specialisti più esposti).

- I sanitari sono tenuti a risarcire danni anche molto ingenti, anche nel caso di corretta esecuzione delle loro prestazioni o di non imputabilità del danno, per il solo fatto di essere venuti in "contatto" con il paziente nell'espletamento della loro attività lavorativa all'interno di una complessa struttura sanitaria.

- In sostanza, la ***giurisprudenza equipara la responsabilità della struttura sanitaria (contrattuale) e quella del medico dipendente o collaboratore (contatto sociale***) esponendo costui alla deteriore condizione giuridica (quanto a minor onere probatorio per l'attore danneggiato e maggiore termine prescrizionale dell'azione) di essere convenuto in giudizio con l'azione da responsabilità contrattuale.

- Tale orientamento costringe i professionisti che lavorano come dipendenti a pagare premi assicurativi sempre più alti (spesso diverse migliaia di euro annui) per le polizze di responsabilità professionale. Inoltre, causa un (indiretto ed involontario) vantaggio competitivo in favore dei sanitari che esercitano la loro attività in proprio. Invero, gli operatori sanitari dipendenti, sottoposti alla responsabilità "da contatto" (che maschera una responsabilità contrattuale), finiscono con l'avere gli stessi rischi professionali degli esercenti la professione sanitaria in proprio, senza averne i vantaggi economici.

- Il tutto senza un effettivo vantaggio per il paziente/danneggiato, alla cui tutela dovrebbe essere improntato il sistema della responsabilità civile sanitaria.

- Tale orientamento giurisprudenziale è ritenuto una della cause maggiori della cd medicina difensiva.

- ***Secondo la sentenza annotata, la legge Balduzzi ha posto rimedio a tale situazione, riportando la responsabilità del medico ospedaliero*** (quando ovviamente non abbia concluso un contratto d'opera con il paziente) ***nell'ambito della responsabilità extracontrattuale e dunque alleggerendo i rischi connessi*** alla professione e consentendo, senza il timore di essere convenuto in giudizio per esito infausto, anche attività diagnostiche e terapeutiche "rischiose", prima rifuggite per giustificabili strategie "difensive".

Fonte : www.questionegiustizia.it/

La "medical malpractice" dopo la legge Balduzzi

QUESTIONE GIUSTIZIA

- In tale modo, si persegue realmente il diritto alla salute del cittadino paziente, facendo ricadere ***solo sulla struttura sanitaria il costo dell'attività di impresa*** (compresi gli oneri assicurativi) e il rischio tipico rappresentato dal danno provocato al paziente.

- Secondo il giudice milanese, l'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi consente di qualificare sub art. 2043 c.c. la responsabilità del medico (e quella degli altri esercenti professioni sanitarie) per condotte che non costituiscono inadempimento di un contratto d'opera (diverso dal contratto concluso con la struttura).

- Ne consegue **il sorgere dell'obbligazione risarcitoria del medico solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano** ***(che il danneggiato ha l'onere di provare*****).**

- **Resta ovviamente salva la** ***distinta responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata*** (sia essa parte del S.S.N. o una impresa privata non convenzionata), che rimane di tipo "contrattuale" ex art. 1218 c.c. (sia che si ritenga che l'obbligo di adempiere le prestazioni per la struttura sanitaria derivi dalla legge istitutiva del S.S.N. sia che si preferisca far derivare tale obbligo dalla conclusione del contratto atipico di "spedalità" o "assistenza sanitaria" con la sola accettazione del paziente presso la struttura).

- ***L'orientamento milanese (che si discosta dall'orientamento, anche recente, della Corte di cassazione) ha dunque il merito di arginare il fenomeno della medicina difensiva, senza alcun apprezzabile peggioramento per le possibilità di tutela del paziente danneggiato, che ben potrà agire in sede di responsabilità contrattuale contro la struttura sanitaria.***

Fonte : www.questionegiustizia.it/

Le basi decisionali e le modifiche

- Cosa succederà nella applicazione delle norme sulla mobilità e calcolo dei posti letto ?
- La progettazione ospedaliera e lo sviluppo dei progetti é coerente con la rete ospedaliera ?
- Quali scommesse e criticità prevedete di dovere affrontare nella applicazione della nuova rete ?
- Come considerate il tema delle risorse umane e del tetto di spesa ?
- Quali interventi definite prioritari ?
- Come si definirà il profilo assicurativo ?