

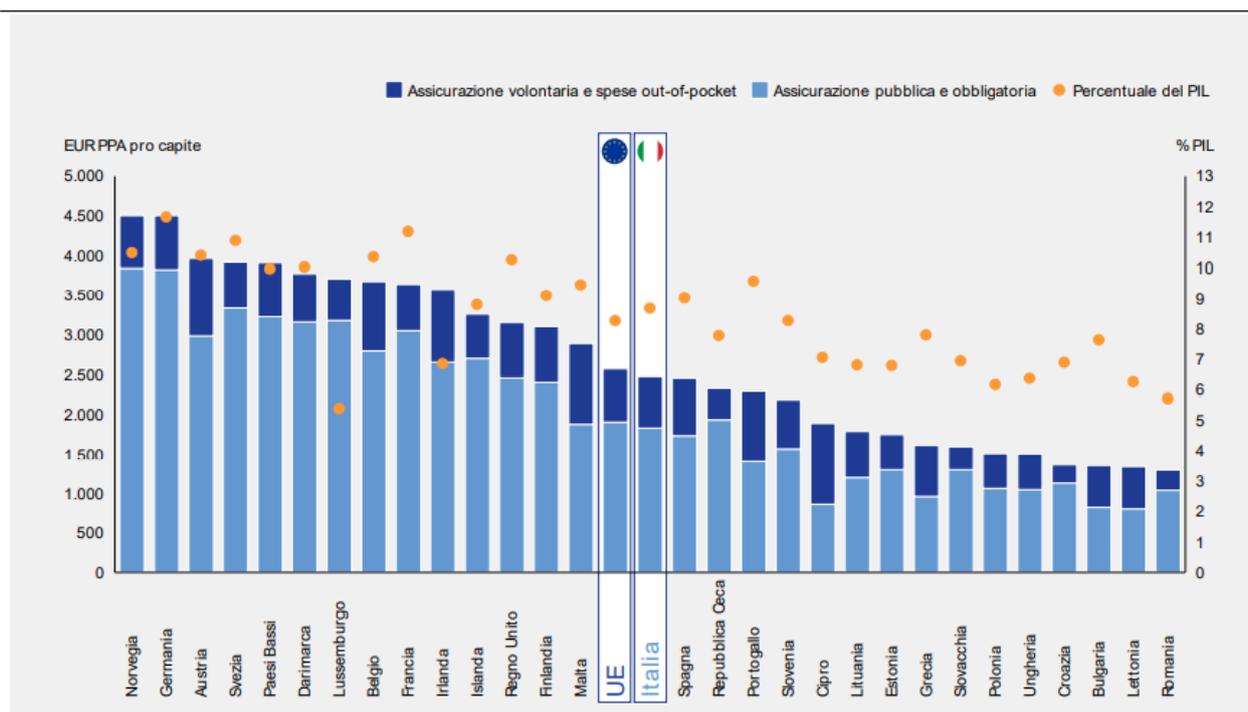
## PNRR, Legge di Bilancio e DM 71: considerazioni in merito agli interventi programmati

Il piano di rilancio e di sostegno della Commissione Europea EU-Next Generation ([www://europe.eu>next-generation-EU](http://www://europe.eu>next-generation-EU)) prevede nel prossimo quinquennio un investimento assai consistente nell'area sanitaria, giustificato dalla scarsa capacità di risposta del sistema europeo all'emergenza pandemica.

### PNRR

Il nostro PNRR nazionale (allegato 1) presenta 6 specifiche missioni ed include alle pagine 222-236 la salute. È noto che la spesa sanitaria dell'Italia è al 15° posto

Spesa sanitaria degli stati membri dell'Unione Europea



Fonte: statistiche sulla Salute dell'OCSE 2020 (i dati si riferiscono a 2019).

in Europa e che l'adeguatezza del SSN risente della carenza d'investimenti dell'ultimo ventennio.

Il PNRR alimenterà gli investimenti in sanità per complessivi 15,63 MLD, ripartiti in 2 settori d'intervento:

- **Lo sviluppo delle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (7 MLD)**
- **Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN (8.63 MLD), con una consistente parte dedicata al rinnovamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti.**

## Per quanto attiene al primo punto

### QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

7,00 Mld Totale	Ambiti di Intervento/Misure	Totale
	Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima	-
	Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
	Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4,00
	Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1,00

**4 MLD sono destinati alla telemedicina con terminale domiciliare (è prevista l'attivazione di 602 centrali operative territoriali), 2 MLD alla creazione delle case di comunità e 1 MLD a quella degli ospedali di comunità. L'operatività di queste ultime strutture è stata illustrata dal Presidente AGENAS I Forum Risk Management in Sanità di Arezzo (all.2)**

### Casa della Comunità Hub

#### Modello organizzativo e personale

- **30-35 MMG afferenti**
  - 2 ore/settimana per MMG
  - Apertura ambulatorio h 12 – 6 giorni su 7
- **Continuità assistenziale**
  - Apertura ambulatorio: notturno e festivi h 24 - 7 giorni su 7
- **10-15 ambulatori**
  - 10-20 MMG afferenti svolgono attività ambulatoriale per i propri assistiti
- **8-12 infermieri di Famiglia e Comunità:**
  - 1 coordinatore
  - 2-3 IFeC per le attività ambulatoriali della CdC
  - 1-2 IFeC per le attività di triage e valutazione dei bisogni di salute
  - 4-6 IFeC per l'assistenza domiciliare di base, per le attività di prevenzione e teleassistenza
- **5-8 unità di personale di supporto (amministrativo, tecnico e sanitario)**
  - Apertura PUA: 8.00-18.00 – 6 giorni su 7
  - Altri servizi all'utenza anche sanitari



# Ospedale di Comunità



**Standard:** 1 OdC (20 PL)



ogni 50.000-100.000 abitanti

**Standard minimo di personale** di 1 OdC (20 PL):



**9-10 infermieri**

**1-2 unità di personale di supporto (sanitario e amministrativo)**

**6 operatori sociosanitari**

**1 medico per almeno 4,5 ore al giorno 7 giorni su 7**

**Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020:**



- **Strutture sanitarie** della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica
- **Strutture intermedie** tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto)
- Struttura a **gestione prevalentemente infermie**

agenas.  AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

**VERRANNO REALIZZATI 400 OSPEDALI DI COMUNITÀ CON I FONDI PNRR**

Al momento è prevista la copertura economica degli organici ma lo stesso Dott. Lo Russo (responsabile dell'attuazione del PNRR-Salute) ha ammesso che non vi è il personale infermieristico di riferimento.

La missione "innovazione tecnologica" prevede l'ammodernamento delle strutture tecnologiche a finalità diagnostica o di radioterapia (previste 3.133 grandi apparecchiature) ma non di chirurgia (tutte le sale operatorie sono evidentemente modernissime!) e il potenziamento del livello di digitalizzazione delle 280 strutture sanitarie sedi di DEA. È compresa in questo fondo la dotazione per la creazione delle postazioni di terapia intensiva (+ 3.500 posti letto sul territorio nazionale). La consistenza complessiva è di 4 MLD.

Un ulteriore stanziamento a favore degli Ospedali è previsto nella misura di 1.64 MLD per adeguamento delle norme antisismiche (116 interventi).

**Questo piano non prevede significativi investimenti per l'area chirurgica.**

## Legge di Bilancio 2021

**Ulteriori elementi di preoccupazione si possono desumere dal documento di programmazione economica 2021 perché:**

- **La dotazione economica del PSN ha un incremento assai contenuto**
- **L'aumento dei fondi per la formazione degli specializzandi nel 2022 è di 190 M e appare assai limitato (e con effetti dal 2028) (art.88);**

### *ART. 88.*

#### *(Incremento Fondo sanitario nazionale)*

1. Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard a cui concorre lo Stato è determinato in 124.061 milioni di euro per l'anno 2022, in 126.061 milioni di euro per l'anno 2023 e in 128.061 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024. Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono agli interventi di cui agli articoli 89, 92, 93, comma 1, 94, 95, 96, 98, 100, 101 e 102, nell'ambito del finanziamento di cui al presente comma, ferma restando l'applicazione, ove non diversamente previsto, delle disposizioni legislative vigenti in materia di compartecipazione delle autonomie speciali al finanziamento del relativo fabbisogno sanitario.

2. Il fondo di cui all'articolo 35-ter del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, relativo al concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi è incrementato di 100 milioni di euro per l'anno 2022, di 200 milioni di euro per l'anno 2023 e di 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024. Gli importi di cui al presente comma integrano il finanziamento di cui al comma 1.

3. Al fine di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici, di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è autorizzata l'ulteriore spesa di 194 milioni di euro per l'anno 2022, 319 milioni di euro per l'anno 2023, 347 milioni di euro per l'anno 2024, 425 milioni di euro per l'anno 2025, 517 milioni di euro per l'anno 2026 e 543 milioni di euro a decorrere dall'anno 2027. Gli importi di cui al presente comma integrano il finanziamento di cui al comma 1.

- **Le risorse necessarie per garantire i DPI sono ricavati dai fondi per l'edilizia sanitaria (Art.91): più mascherine, meno ospedali.**

2. Al fine di costituire una scorta nazionale di dispositivi di protezione individuale (DPI), di mascherine chirurgiche, di reagenti e di kit di genotipizzazione, in coerenza con quanto previsto nel Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, è autorizzata la spesa di 860 milioni di euro a valere sul finanziamento del programma di edilizia sanitaria vigente.

3. Per consentire lo sviluppo di sistemi informativi utili per la sorveglianza epidemiologica e virologica, nonché per l'acquisizione di strumentazioni utili a sostenere l'attività di ricerca e sviluppo correlata ad una fase di allerta pandemica, in coerenza con quanto previsto nel Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, è autorizzata la spesa di 42 milioni di euro a valere sul finanziamento del programma di edilizia sanitaria vigente.

- **Si istituzionalizza il ricorso agli specializzandi come forza lavoro specialistica (art.92)**

**ART. 92.**

*(Proroga dei rapporti di lavoro flessibile e stabilizzazione del personale del ruolo sanitario)*

1. Al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa e di consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante la predetta emergenza, gli enti del Servizio sanitario nazionale, nei limiti di spesa consentiti per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale dall'*articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 25 giugno 2019, n. 60, come modificato ai sensi del comma 2*:

- a) verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio, nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono avvalersi, anche nell'anno 2022, delle misure previste dall'*articolo 2-bis*, limitatamente ai medici specializzandi di cui al comma 1, lettera a), del medesimo



- **l'extra-budget per il personale (aumento del fondo stipendiale) nel 2022 è stabilito in 90 M; solo nel 2026 si stanzeranno 1,015 MLD (ma ci saranno da attivare case e ospedali di comunità) (Art.93). D'altra parte oggi non ci sono né medici né infermieri.**

**ART. 93.**

*(Rafforzamento dell'assistenza territoriale, dell'attività di prevenzione contro i tumori, nonché modifiche all'articolo 7 del decreto legislativo C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233)*

1. Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli e, per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni per l'anno 2022, 150,1 milioni per l'anno 2023, 328,3 milioni per l'anno 2024, 591,5 milioni per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta



**È stabilito l'aggiornamento delle tariffe drg dal giugno 2023, ma senza prevedere il coinvolgimento delle Società Scientifiche (art.95)**

1. Al fine di aggiornare le valutazioni inerenti l'appropriatezza e il sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dal Servizio sanitario nazionale, si provvede all'aggiornamento entro il 30 giugno 2023 con Decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale congiuntamente all'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera. Le predette tariffe massime come aggiornate con il decreto di cui al primo periodo costituiscono limite tariffario invalicabile per le prestazioni rese a carico del Servizio sanitario nazionale e sono aggiornate dal Ministero della salute ogni due anni con la medesima procedura di cui al primo periodo.

- **Per l'aggiornamento dei LEA sono previsti ben 200 M (quindi i LEA resteranno sostanzialmente invariati)**

*ART. 98.*

*(Finanziamento aggiornamento LEA)*

1. A decorrere dall'anno 2022, per l'aggiornamento dei LEA, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, commi 558 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è finalizzato l'importo di 200 milioni di euro, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale.

- **È stabilita una modesta quota premiale per le attività di PS mentre è invariata quella per le altre attività. Il che rende sostanzialmente impossibile il recupero dell'attività negata nel corso della pandemia.**

*ART. 99.*

*(Ripartizione quote premiali a valere sulle risorse previste per il finanziamento del SSN)*

1. All'articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, al quinto periodo, le parole «e per l'anno 2021», sono sostituite dalle seguenti: «, per l'anno 2021 e per l'anno 2022».

**Tutti questi provvedimenti concorrono a potenziare la medicina sul territorio, ma trascurano gli ospedali.**

## Riordino del DM 70/2015 (cosiddetto DM 71)

Ulteriori elementi di preoccupazione derivano dall'analisi della bozza (di cui sono debitore all'On.le Misiti) del cosiddetto DM.71, perché:

- L'impianto generale soprariportato è ulteriormente ribadito per n. posti letto (invariati rispetto al 2015): 3,7 x 1000 abitanti; tasso di ospedalizzazione: 160/1000 abitanti (25% in ciclo diurno); durata media della degenza: 7gg, incremento dei posti letto di terapia intensiva fino a 0.14/1000 ab. (previsto + 0.06/1.000).

### Articolo 1, Standard qualitativi, strutturali, tecnologici, organizzativi e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

1. Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, organizzativi 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 (da definire) dalla data di entrata in vigore del presente decreto, alla verifica dei rispettivi atti di programmazione circa gli aggiornamenti previsti nel presente decreto e relativo allegato, nonché, laddove ancora non previsto, all'adozione del provvedimento generale di programmazione, che preveda l'adeguamento 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, salvo quanto previsto al comma 4, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, nonché i relativi provvedimenti attuativi, garantendo, entro il (da definire), 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 D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza". Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulla base del monitoraggio dell'occupazione dei p.l. nell'area medica e nell'area chirurgica provvedono alla redistribuzione delle eventuali quote di sottoutilizzo. Nell'ambito di tale redistribuzione è assicurata una quota di pl. di semintensiva critica non inferiore al 0,04 posti letto per mille abitanti. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano programmano un congruo numero di p.l. di assistenza diurna al fine di garantire l'appropriatezza organizzativa. Il numero di p.l. di assistenza diurna è determinato dalle regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulla base della valutazione dei singoli assetti organizzativi regionali, anche in deroga al parametro medio regionale del 10% fissato l.P.R. 20.10.1992. **posti letto**

1.5. Le regioni nell'adottare la riorganizzazione della rete ospedaliera, assumono come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. In tal senso, ai fini del corretto calcolo del tasso di ospedalizzazione, per ogni trasferimento del paziente ad altro tipo di attività o regime di ricovero, si richiamano le indicazioni già operanti a livello nazionale in materia di compilazione di distinte schede di dimissione ospedaliera nel passaggio da un'attività/ regime di ricovero ad altro, ad es. da ricovero ordinario a ricovero diurno o da ricovero per acuti a ricovero in recupero e riabilitazione funzionale o lungodegenza.

3.2. Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 85% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.

Allo scopo di rendere resiliente il Paese a future pandemie o far fronte a particolari sovraccarichi dei servizi sanitari, le Regioni e le Province Autonome prevedono, in coerenza con i piani pandemici regionali, un adeguamento della dotazione dei posti letto agli standard previsti dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77, recante: «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19», pari a 0,14 posti letto per 1.000 abitanti per la terapia intensiva e pari a 0,07 posti letto per 1.000 abitanti per la terapia semintensiva. La dotazione di posti letto per acuti in incremento rispetto allo standard previsto al comma 2, è pari a 0,06 posti letto per 1.000 abitanti per terapia intensiva e 0,03 posti letto per 1.000 abitanti per terapia semintensiva, collocati presso gli ospedali DEA di II e I livello. Il dettaglio dei posti letto da attivare per singola regione sarà definito con successiva circolare del Ministero della Salute.

Per le necessità legate alla cura post-acuzie dei pazienti Covid, fino all'anno 2026, le Regioni e le Province autonome possono incrementare di 0,1 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione dedicata al post-Covid il valore di 0,7 posti letto per mille abitanti.

- **Modifica dei bacini di competenze per specialità chirurgica**
  - **Aumento (cioè meno letti) per cardiocirurgia pediatrica, neurochirurgia pediatrica, urologia pediatrica, urologia e ORL**
  - **Diminuzione: chirurgia toracica e chirurgia pediatrica**
  - **Invariati i rimanenti**

Aree Omogenee	Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	DM 70: Strutture di degenza		Strutture di degenza		DM 70: Servizi senza posti letto		Servizi senza posti letto	
			Bacino Max	Bacino Min	Bacino Max	Bacino Min	Bacino Max	Bacino Min	Bacino Max	Bacino Min
Area Chirurgica	10	Chirurgia maxillo facciale	2.000.000	1.000.000	2.000.000	1.000.000				
Area Chirurgica	11	Chirurgia pediatrica	2.500.000	1.500.000	2.500.000	1.250.000				
Area Chirurgica	12	Chirurgia plastica	2.000.000	1.000.000	2.000.000	1.000.000				
Area Chirurgica	13	Chirurgia toracica	1.500.000	800.000	1.500.000	750.000				
Area Chirurgica	05	Chirurgia del collo	7.000.000	2.500.000	4.000.000	2.000.000	500.000	500.000	500.000	500.000
Area Chirurgica	06	Cardiocirurgia pediatrica	6.000.000	4.000.000	8.000.000	4.000.000				
Area Chirurgica	07	Cardiocirurgia	1.200.000	600.000	1.200.000	600.000				
Area Chirurgica	09	Chirurgia generale	200.000	100.000	200.000	100.000				

Area Chirurgica	14	Chirurgia vascolare	800.000	400.000	800.000	400.000				
Area Chirurgica	30	Neurochirurgia	1.200.000	600.000	1.000.000	500.000				
Area Chirurgica	34	Oculistica	300.000	150.000	400.000	200.000				
Area Chirurgica	35	Odontoiatria e stomatologia	800.000	400.000	1.000.000	500.000				
Area Chirurgica	36	Ortopedia e traumatologia	200.000	100.000	200.000	100.000				
Area Chirurgica	38	Otorinolaringoiatria	300.000	150.000	400.000	200.000				
Area Chirurgica	43	Urologia	300.000	150.000	400.000	200.000				
Area Chirurgica	48	Nefrologia (abilitato al trapianto del rene)	4.000.000	2.000.000	4.000.000	2.000.000				
Area Chirurgica	76	Neurochirurgia pediatrica	6.000.000	4.000.000	8.000.000	4.000.000				
Area Chirurgica	78	Urologia pediatrica	6.000.000	4.000.000	8.000.000	4.000.000				
Area Salute della donna e Materno Infantile	37	Ostetricia e ginecologia	300.000	150.000	300.000	150.000				
Area Salute della donna e Materno Infantile	39	Pediatria (d)	300.000	150.000	300.000	150.000				
Area Salute della donna e Materno Infantile	57	Fisiopatologia della riproduzione umana	4.000.000	2.000.000	4.000.000	2.000.000				

- **Conferma del modello interpresidio (cioè a scavalco) nella gestione delle competenze.**

Le regioni possono prevedere Equipe professionali che operano su definiti presidi ospedalieri, facenti capo a un ospedale sede di DEA di riferimento per la patologia e contigui geograficamente in modo tale da assicurare l'erogazione diffusa, in sicurezza e con buon livello qualitativo, di prestazioni che richiedono competenze

specialistiche ma non la presenza in loco di tecnologie complesse. Tale organizzazione comporta la modifica degli attuali modelli di rilevazione di anagrafica del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

La rete assistenziale ospedaliera deve essere formalmente definita e resa nota ai cittadini per mezzo di informazioni aggiornate sui siti web regionali e sul portale della trasparenza gestito da Agenas al quale le Regioni contribuiscono attivamente.

- **Revisione (marginale) delle reti di patologia con l'inserimento della rete delle malattie infettive ed emergenza pandemica.**

#### **8.1.1 Elenco delle reti**

All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale:

- reti patologie tempo dipendenti
  - rete dell'emergenza-urgenza;
  - rete cardiologica per l'emergenza;
  - rete ictus;
  - rete traumatologica;
  - rete dei punti nascita.
- rete medicine specialistiche
  - rete malattie infettive e della risposta ad emergenza epidemica.
- reti oncologiche
  - rete oncologica e oncoematologica;
  - rete dei tumori rari.
- rete pediatrica
- reti delle patologie neurodegenerative
- rete trapiantologica
- reti dei servizi di diagnosi e cura
  - rete dei laboratori;
  - rete delle anatomie patologiche;
  - rete trasfusionale.
- rete terapia del dolore
- rete malattie rare
- rete riabilitazione e lungodegenza

- **Definizione dei "poli di eccellenza" nazionali, non delle caratteristiche dei centri di eccellenza per patologia**

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 considerata in una visione solidaristica tra regioni per la soddisfazione dei casi di particolare complessità (come già avviene in campo trapiantologico).

## **E modalità della loro revisione**

### **7. Standard specifici per l'alta specialità**

Per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero per acuti per le attività assistenziali contemplate nel decreto ministeriale 29 gennaio 1992, si fa riferimento a quanto indicato nell'Allegato C dello stesso decreto, ovvero alle intervenute disposizioni nazionali o regionali in materia, nelle more della definizione di standard specifici da parte di un tavolo tecnico, da costituire presso il Ministro della salute, composto da rappresentanti del Ministero della salute, Agenas, regioni e province autonome, con il compito di elaborare un documento contenente una proposta di aggiornamento del predetto decreto ministeriale, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Specifici standard sono stabiliti per le strutture della rete dei trapianti dall'Accordo Stato-regioni del 26 gennaio 2018.

- **Ambiguità della definizione dei modelli di rete interaziendale: hub & spoke e integrazione non gerarchica sono entrambi ammessi.**
  - i) articolare la rete ospedaliera prevedendo reti per patologia in base a quanto indicato nel paragrafo 8 dell'Allegato 1; adottare il modello denominato hub and spoke, previsto espressamente per le reti per le quali risulta più appropriato, ovvero altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica;
  - l) adeguare la rete dell'emergenza urgenza alle indicazioni contenute nel 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; in particolare per le emergenze di natura pandemica sarà necessario fare riferimento alla programmazione regionale prevista dai piani pandemici regionali vigenti;
  - m) prevedere, secondo quanto previsto al paragrafo 9.2.3 dell'Allegato 1, il piano di riorganizzazione per gli ospedali di piccole dimensioni;
- **Piano di riorganizzazione dei piccoli ospedali (vedi oltre): divengono ospedali di comunità?**
- **Revisione dei codici delle specialità cliniche e discipline ospedaliere (speriamo non sparisca nessuno), con l'aggiunta nell'area chirurgica della disciplina "week surgery".**

#### **Articolo 5, Aggiornamento discipline e regole per la denominazione degli ospedali**

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, il Ministero della salute aggiorna i codici specialità cliniche e discipline ospedaliere, contenuti nel decreto Ministero della Salute 21 novembre 2018, Gazzetta Ufficiale n. 38 del 14 febbraio 2019.

- **area chirurgica:** 06-cardiochirurgia pediatrica (ex cardiochirurgia infantile), 07-cardiochirurgia, 09-chirurgia generale, 10-chirurgia maxillo facciale, 11-chirurgia pediatrica, 12-chirurgia plastica, 13-chirurgia toracica, 14-chirurgia vascolare, 30-neurochirurgia, 34-oculistica, 35-odontoiatria e stomatologia, 36-ortopedia e traumatologia, 38-otorinolaringoiatria, 43-urologia, 48-nefrologia (abilitato al trapianto del rene), 76-neurochirurgia pediatrica, 78-urologia pediatrica, 98-day surgery, **week surgery** (*in attesa di codice disciplina*).
- **Revisione dei criteri organizzativi della Chirurgia Ambulatoriale**

- **Processo di accreditamento dei reparti e dei chirurghi, basato sui criteri di volume ed esiti PNE) nel campo della chirurgia e dell'oncologia (quest'ultima con parametri specifici);**

4.4. Per le attività cliniche di cui alle lettere a) e b) del punto 4.2, le unità di riferimento dei volumi di attività sono attualmente le unità operative complesse e i singoli operatori. Per le attività di cui alla lettera c) dello stesso punto, le unità di riferimento sono gli istituti di cura ospedalieri.

- **È definito compito dell'AGENAS aggiornare i dati relativi ai volumi di attività e qualità delle cure "avvalendosi di specifiche competenze scientifiche" ... ma non è prevista la presenza delle Società Scientifiche**

disponibili sulla associazione tra volumi di attività e qualità delle cure. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), avvalendosi di specifiche competenze scientifiche, ha la funzione di aggiornare costantemente le conoscenze disponibili sul rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure.

- **Vengono già stabiliti i criteri per diversi interventi chirurgici**

4.2. Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità 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, artroplastica ginocchio e anca, frattura femore;
  - c) processi e percorsi diagnostico-terapeutici: terapia intensiva neonatale (TIN) e maternità; infarto del miocardio.
- tumore maligno del pancreas – 50 interventi annui per Struttura complessa;
  - tumore maligno prostata – 50 interventi annui per Struttura complessa;
  - tumore maligno rene – 50 interventi annui per Struttura complessa;
  - tumore maligno stomaco – 40 interventi annui per Struttura complessa.

**E per alcuni di essi sono definite anche le soglie di rischio di esito.**

Si definiscono di seguito le seguenti 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 età >65 anni - minimo 70%;
- proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti - massimo 15%;
- proporzione di tagli cesarei primari in maternità 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, mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni - massimo 2,5%;
- intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni - massimo 4%.

**Il mancato conseguimento dei parametri di esito può anche condurre alla disattivazione del reparto.**

4.7. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, nella attuazione delle procedure di riorganizzazione 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 Unità Operative in relazione allo specifico requisito) che possono svolgere le funzioni assistenziali identificate, per garantire le soglie di volume e di esito stabili;
- definire modalità e tempi di attuazione degli interventi di riconversione;
- identificare strutture (Ospedali ed Unità 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 attività 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 inappropriatazza, prevedendo le relative misure sanzionatorie.

Le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma nazionale esiti (PNE) di Agenas ai sensi del comma 25 bis dell'art.15 della legge 135/2012.

**Credo che sia lecito un alto livello di preoccupazione. Le proposte e i provvedimenti mi sembrano potenzialmente peggiorativi dell'attuale situazione e comunque deludono le nostre aspettative.**

**Quid agendum?**

**Vi chiedo di portare le vostre considerazioni in merito al prossimo CD e di avanzare anche le vostre proposte di reazione.**

**Diego Foschi**