

Sabato 14 FEBBRAIO 2015

Ospedali, si cambia. Presto in Gazzetta i nuovi standard. Arrivano gli “ospedali di comunità” gestiti dagli infermieri e le grandi reti per patologia. Stop ai privati con meno di 60 letti. Ecco il testo finale del regolamento dopo i rilievi del Consiglio di Stato

Trasmesso alla GU il testo, rivisto e corretto, del regolamento sugli standard ospedalieri già approvato in Stato Regioni il 5 agosto scorso ma poi “stoppato” dal Consiglio di Stato. Fissato il nuovo standard p/l abitante e riclassificati gli ospedali. Soglie minime per volumi ed esiti. Stop al convenzionamento per le case di cura private con meno di 60 letti. Dai nuovi standard attesi 3mila pl in meno. [IL REGOLAMENTO](#).

Il [6 novembre scorso](#) il Consiglio di Stato rispedì al mittente il testo del regolamento sui nuovi standard ospedalieri sul quale Governo e Regioni avevano raggiunto l'accordo formale il 5 agosto 2014, dopo anni di tira e molla (il primo testo risaliva ai tempi del ministro Balduzzi), invitando il ministero della Salute a riscriverlo per una serie di errori formali e suggerendo anche alcune modifiche.

Esse riguardavano soprattutto due cose: la prima era di far sì che nel testo fossero ben chiare le modifiche richieste dalle Regioni e la seconda che si posticipasse di un anno la vigenza del regolamento, indicando non più il triennio 2014/2015 ma quello 2015/2017, in considerazione del fatto che il 2014 era ormai giunto a conclusione.

Incassati i rilievi del Consiglio di Stato il ministero della Salute ha provveduto alla revisione dell'accordo ottemperando alla prima richiesta dei magistrati ma non alla seconda, lasciando immutate le date di vigenza del provvedimento che restano quelle del triennio 2014/2016.

Tant'è che la prima scadenza contemplata, quella prevista al comma 2 dell'art. 1 che prevede che le Regioni adottino provvedimenti per la riduzione degli standard di posti letto al 3,7 per mille entro il 31 dicembre 2014, è di fatto già scaduta.

Ma in ogni caso, formalismi e scadenze a parte, questo “sfortunato” provvedimento (che ricordiamo ha visto diverse stesure e molte polemiche fin dalla sua prima apparizione nel novembre 2012), è ora finalmente pronto per la Gazzetta Ufficiale.

Con nuovi standard 3.000 letti in meno. Come dicevamo la riscrittura del ministero non ha cambiato la sostanza delle norme e delle indicazioni dalle quali il Governo, come scritto nella relazione tecnica ai nuovi Lea, si aspetta una riduzione di 3mila posti letto in base ai nuovi standard del 3 per mille per gli acuti e dello 0,7 per mille per la lungodegenza e riabilitazione.

Tasso occupazione al 160 per mille e degenza media sotto i 7 giorni. Nelle previsioni del regolamento anche il ritocco del tasso di ospedalizzazione che si punta a fissare sulla soglia del 160 per

mille di cui il 25% dedicato ai ricoveri in day hospital (indicati anche per disciplina e specialità clinica) e all'indice di occupazione dei posti letto che si dovrà attestare sul valore tendenziale del 90% con una durata di degenza per i ricoveri ordinari inferiore mediamente ai 7 giorni.

Novità anche per le case di cura private. Dal 1 gennaio 2017 non potranno più essere accreditate quelle con meno di 60 letti per acuti, tranne per le monospecialistiche che saranno oggetto di valutazioni delle singole regioni. Un traguardo a cui si arriverà però gradualmente prevedendo una finestra temporale fino a quella data per consentire alle case di cura più piccole della stessa regione di raggrupparsi, così da superare la soglia minima per l'accreditamento. In ogni caso restano fuori dalla partita le case di cura con meno di 40 letti che non potranno essere prese in considerazione per i raggruppamenti e con le quali non si potranno in ogni caso fare più convenzioni a partire dal 1 luglio 2015.

Ma con questo regolamento, al di là di indici e standard è tutta la rete ospedaliera ad essere oggetto di un profondo rinnovamento.

Tre livelli di ospedale. Dalla classificazione degli ospedali per complessità e intensità di cura dividendoli in 3 livelli: di base, con un bacino d'utenza tra gli 80.000 e 150.000 abitanti; di 1° livello tra gli 150.000 e i 300.000 abitanti e di 2° livello tra i 600.000 e 1.200.000 abitanti.

Soglie minime per volumi ed esiti. All'indicazione di “soglie minime” per volumi ed esiti delle cure ospedaliere, sia nel pubblico che nel privato accreditato, quali indicatori cogenti per il processo e la conferma degli accreditamenti e l'eventuale riconversione della rete ospedaliera regionale.

Clinical governance. Vengono poi rimodulati gli standard di qualità per i singoli presidi basati sulla clinical governance, dalla gestione del rischio clinico alla formazione del personale e alla valutazione della qualità delle cure.

Standard e reti. Vengono poi ridefiniti gli standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali dei presidi e quelli specifici per le alte specialità. Nascono le “reti ospedaliere” per le grandi patologie, dall'infarto all'ictus, ma anche per le malattie rare, l'oncologia e la pediatria. In tutto 10 reti ospedaliere dedicate per ottimizzare la risposta terapeutica e assistenziale per altrettante aree terapeutiche.

Infarto, traumi e ictus e il fattore “tempo”. In questa fase ci si è però limitati a indicare alcuni riferimenti precisi solo per le reti cosiddette “tempo dipendenti” ovvero laddove il fattore tempo è fondamentale per la riuscita degli interventi. Ne sono state individuate tre: quella per l'emergenza cardiologica (infarto), quella per i traumi e quella per l'ictus.

Una nuova rete d'emergenza. Vengono poi ridefiniti i criteri per l'intera rete dell'emergenza urgenza, dal 118, ai punti di primo intervento, fino alla definizione dei diversi tipi di Pronto soccorso sia per bacini di utenza che per tipologia geografica del sito prevedendo indicazioni specifiche per le sedi ospedaliere in zone particolarmente disagiate. Individuati i diversi livelli di DEA (1° livello “Spoke” e 2° livello “Hub”) e i rapporti con la continuità assistenziale.

Gli ospedali gestiti dagli infermieri. Ultimo capitolo del regolamento quella sugli ospedali di comunità nell'ambito del processo di integrazione ospedale territorio per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza. L'ospedale di comunità, al quale è affidato il compito di “interfacciarsi” con l'ospedale ordinario per la presa in carico di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano del ricovero per impedimenti di varia natura (logistici o familiari) ad essere erogate a casa del paziente. Questi ospedali saranno gestiti dagli infermieri, avranno dai 15 ai 20 posti letto e l'assistenza medica sarà assicurata da medici di medicina generale o pediatri o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn secondo modalità scelte localmente. A livello gestionale questi ospedali faranno capo ai distretti sanitari.