

Il “nuovo DM 70” e il PNRR

- Novità e integrazioni introdotte dalla bozza del 'nuovo' DM 70
alla luce della situazione pandemica
- Le necessarie integrazioni e ricadute con il DM “71”

Fulvio Moirano

Amministratore Unico Fucina Sanità srl

MESTRE 21 aprile 2022

PROGRAMMA

- **LA BASE DI RIFERIMENTO - I PARTE**
- Esame dello stato dell'arte nelle varie Regioni relativamente alla rete di offerta ospedaliera negli anni 2019, 2020, 2021
- Esame nelle varie Regioni dello sviluppo della rete di offerta Territoriale e di Prevenzione negli anni 2019, 2020, 2021

Misure per far fronte all'emergenza coronavirus SARS-CoV-2 – Principali Circolari Ministeriali

- n. 1977 del 22 gennaio 2020, ha stabilito l'attivazione del sistema di sorveglianza dei casi sospetti di infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2. Il coordinamento della sorveglianza è affidato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che raccoglie le segnalazioni dalle Regioni attraverso una piattaforma web dedicata.
- n.2619 29 febbraio 2020 «Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da Covid-19»
- n.7422 del 16 marzo 2020 "Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata considerata differibile in corso di emergenza da COVID-19";
- n. 8076 del 30 marzo 2020 "Chiarimenti: Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata considerata differibile in corso di emergenza da COVID-19";
- n.11257 del 31 marzo 2020 "COVID-19: indicazioni per gravida-partoriente, puerpera, neonato e allattamento";
- n. 7865 del 25 marzo 2020 "Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di Emergenza COVID-19";
- n. 27007 del 11 agosto 2020 "Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno invernale";
- n. 32732 del 12 ottobre 2020 "Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale";
- n. 22663 del 3 novembre 2020 "Linee di indirizzo organizzative per la gestione dell'emergenza COVID-19 nell'attuale fase epidemica".

Misure per far fronte all'emergenza coronavirus SARS-CoV-2 – Focus Finanziamento

Per il triennio 2019-2021, il livello del fabbisogno sanitario è stato determinato, **antecedentemente all'emergenza epidemiologica da Sars-COV2 di inizio 2020**, in base a quanto disposto dall'art. 1, co. 514-516 della legge di bilancio (L. n. 145 del 2018) in **114.439 milioni** di euro nel **2019**, con incrementi per i successivi due anni - condizionati al raggiungimento dell'accordo tra Stato e Regioni tramite il Patto per la Salute 2019-2021 poi sottoscritto il 18 dicembre 2019 - pari a **2.000 milioni** per il **2020** e **ulteriori 1.500 milioni** per il **2021**. A seguito delle successive manovre i finanziamenti sono stati così rideterminati:

2019	2020	2021
113.810 milioni di euro	117.407,2 milioni di euro + Ulteriori incrementi previsti dal DL 104/2020 (decreto Agosto)	121.370,1 milioni di euro

Inoltre, per il 2020 sono state concesse alle regioni a statuto ordinario e alla Regione siciliana anticipazioni delle risorse con riferimento al livello del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, nella misura del **99 per cento** - con un incremento di due punti percentuali rispetto al 97% previsto dalla normativa vigente - delle **somme dovute a titolo di finanziamento ordinario** della quota indistinta per l'anno 2020, al netto delle entrate proprie, e, per la sola Regione siciliana, al netto della compartecipazione regionale al finanziamento della spesa sanitaria. Per le **regioni** che risultano **adempienti** nell'ultimo triennio rispetto agli adempimenti previsti dalla normativa vigente, la misura della citata erogazione del **finanziamento** è fissata al livello del **99,5 per cento** (vale a dire 1,5 punti in più rispetto al 98% previsto dalla normativa vigente).

Misure per far fronte all'emergenza coronavirus SARS-CoV-2 – Decreto Cura Italia

17 Marzo 2020 - Decreto Cura Italia:

L'art. 18 del decreto legge n. 18 del 17 marzo 2020 (convertito dalla legge 27/2020) ha disposto, per il 2020, un **incremento di 1.410 milioni di euro del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard** e ha impegnato le Regioni e le province autonome ad utilizzare ed amministrare tali risorse incrementali, nella quota di riparto loro assegnata, attraverso un centro di costo dedicato, redigendo un **Programma operativo per la gestione dell'emergenza**, da sottoporre all'approvazione e al monitoraggio congiunto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle finanze.

Le risorse incrementali disposte dal decreto legge 18/2020, sono state finalizzate a:

- remunerare le prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario (250 milioni di euro);
- reclutare i medici in formazione specialistica ed il personale medico e sanitario (660 milioni);
- incrementare il monte ore della specialistica (6 milioni);
- potenziare le reti di assistenza, attraverso la stipula di contratti con strutture private per l'acquisto di prestazioni (240 milioni);
- utilizzare il personale sanitario in servizio nonché dei locali e delle apparecchiature presenti nelle strutture sanitarie private, accreditate e non (160 milioni);
- finanziare talune attività delle Unità speciali di continuità assistenziale (104 milioni).

Misure per far fronte all'emergenza coronavirus SARS-CoV-2 – Decreto Rilancio

19 Maggio 2020 - Decreto Rilancio:

L'art. 1, comma 11, del c.d. Decreto Rilancio (decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020, L. n. 77 del 2020) dispone autorizzazioni di spesa per il 2020 che **incrementano il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per il 2020** per oltre **1.256,6 milioni per il rafforzamento dell'assistenza territoriale**, ripartiti in:

- **838.737.983 euro** per l'attuazione dei commi relativi alla requisizione in uso immobili (commi 2 e 3); l'assistenza domiciliare integrata - ADI (comma 4); le Centrali operative (comma 8), di cui 72.271.204 euro per Centrali operative regionali (comma 8). L'autorizzazione di spesa comprende inoltre 25 milioni finalizzati alla realizzazione degli interventi innovativi all'interno di strutture di prossimità, di cui al comma 4-bis;
- **407.896.000 euro** per l'attuazione dei commi 5, 6 e 7, di cui 332.640.000 euro per gli infermieri di famiglia/comunità (comma 5); 61.000.000 euro per le unità speciali di continuità territoriale - USCA e specialisti convenzionati (comma 6); 14.256.000 euro per gli assistenti sociali (comma 7);
- **10 milioni euro** per indennità personale infermieristico (comma 9).

Inoltre l'articolo 2 prevede autorizzazioni di spesa per circa **1.467,5 milioni** per il potenziamento della rete ospedaliera ed i Pronto Soccorso.

Le risorse per il potenziamento del sistema sanitario ammontano a circa 2.724 milioni di euro complessivi.

Misure per far fronte all'emergenza coronavirus SARS-CoV-2 – Decreto Rilancio

19 Maggio 2020 - Decreto Rilancio:

L'articolo 2 del Decreto Rilancio (decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020 - L. n. 77/2020) ha previsto un **rafforzamento strutturale della rete ospedaliera del Ssn** mediante l'adozione di **specifici piani regionali di riorganizzazione**, in grado di fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche come quella da COVID-19 in corso. Per l'insieme degli interventi è stato previsto uno stanziamento di **1.467 milioni** per il 2020. Lo stanziamento ha le seguenti finalità:

- **dotazione strutturale sul territorio nazionale di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva** (si passa da un numero di 5.179 (pre-emergenza) a 8.679, con un incremento del 70%). Per ciascuna regione e provincia autonoma, tale incremento strutturale determina una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti;
- **riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva**, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica, almeno il 50 per cento dei posti letto di area semi-intensiva previsti, possono essere prontamente convertiti, in caso di emergenza, alla loro conversione in posti letti di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio.
- **dotazione di 300 posti letto di terapia intensiva**, suddivisa in 4 strutture movimentabili pronte per essere allestite in breve tempo nelle zone ad accresciuto fabbisogno, per ciascuna struttura è prevista una dotazione di 75 posti letto;
- **ristrutturazione dei Pronto soccorso**, con separazione dei percorsi assistenziali e individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi. In particolare, le risorse sono destinate a garantire, sulla base delle esigenze che caratterizzano le diverse situazioni locali, sia interventi di ristrutturazione leggera/adeguamento degli spazi che acquisto/sostituzione eventuale di attrezzature non disponibili;
- **implementazione dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti Covid-19**, per le dimissioni protette e per i trasporti inter-ospedalieri per pazienti non affetti da Covid-19. Per l'operatività di tali mezzi di trasporto, con decorrenza 15 maggio 2020, può essere assunto personale dipendente medico, infermieristico e operatore tecnico.

Piani di riorganizzazione presentati da Regioni e PA, approvati dal Ministero della Salute

- **Abruzzo** DGR n. 334 del 15 giugno 2020 "Art.2 D.L.n.34 del 19 maggio 2020: riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza CoVid-19";
- **Calabria** Allegato A al Decreto del Commissario ad Acta 18 giugno 2020, n. 91 "D.l 19 34/2020, art. 2 - Documento di riordino della Rete Ospedaliera in Emergenza COVID-19";
- **Campania** DGR n. 304 del 16 giugno 2020 "Piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure della Regione Campania";
- **Emilia Romagna** Delibera n. 677 del 15 giugno 2020 "Emergenza Pandemica Covid-19 - Disposizioni in ordine al Piano di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera di cui all'art. 2 del d.l. 34/2020";
- **Friuli Venezia Giulia** Delibera n. 988 del 3 luglio 2020 "Piano per il potenziamento della rete ospedaliera";
- **Liguria** D.G.R. 12 giugno 2020, n. 500 "Piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" B.U. Liguria 8 luglio 2020, n. 28, parte seconda, pag. 34;
- **Lazio**: Deliberazione 6 ottobre 2020, n. 671 DCA U00096/2020 "Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19, art.2 del D.L. 34/2020. Approvazione del Piano aggiornato";
- **Lombardia** DGR XI/3264 "Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'art. 2 del d.l. 34/2020"
- **Marche** D.G.R. 16 giugno 2020, n. 751 "D.L. 34/2020 - Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19;
- **Molise** D.C.A. n. 48 del 14 luglio 2020 "Piano di Riorganizzazione rete ospedaliera per emergenza COVID-19 d.l. 34/2020";
- **Piemonte** DGR 7-1492 del 12 giugno 2020 "Emergenza COVID-19. Approvazione del Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera i ai sensi dell'art 2 del d.l 34/2020";
- **Puglia** DGR n. 1079 del 9 luglio 2020 "Potenziamento della Rete Ospedaliera ai sensi dell'art. 2 del d.l 34/2020 e del D.M. 70/2015. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019";
- **Sardegna** Deliberazione N. 28/19 del 4 giugno 2020 "Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19, ai sensi dell'art. 2, del d.l. 34/2020. Implementazione dei Posti Letto di Terapia Intensiva e Sub Intensiva";
- **Toscana** DGR 741 del 15 giugno 2020 "Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 di cui all'art. 2 del d.l. 34/2020";
- **Trentino Alto Adige: P.A. Bolzano**: non rinvenuto - **P.A. Trento** Comunicato stampa del 17 giugno 2020;
- **Umbria** D.G.R. 10 giugno 2020, n. 467 - Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 3, B.U. Umbria 17 giugno 2020, n. 49, S.O. n.2;
- **Valle d'Aosta**, Comunicato stampa della Regione autonoma Valle d'Aosta del 10 luglio 2020;
- **Veneto** DGR n. 782 del 16 giugno 2020 "D.l. 34/2020. Attuazione delle misure in materia sanitaria".

Misure per far fronte all'emergenza coronavirus SARS-CoV-2 – Decreto Agosto

14 Agosto 2020 - Decreto Agosto:

Il comma 8 dell'articolo 29 del D.L. 104/2020 (cd. D.L. Agosto, convertito dalla legge 126/2020) dispone:

- l'incremento, per il 2020, del fabbisogno sanitario per complessivi **478.218.772 euro** finalizzati a sostenere gli oneri per il ricorso in maniera flessibile da parte di regioni e province autonome a strumenti straordinari riguardanti prestazioni aggiuntive in ambito sanitario per il **recupero dei ricoveri ospedalieri** che non è stato possibile assicurare durante l'emergenza epidemiologica COVID-19 e per le **prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening**, limitatamente al periodo dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2020, rispettivamente per una quota-parte di 112.406.980 euro e di 365.811.792 euro, che include la specialistica convenzionata interna (per 10 milioni di euro).

Inoltre, l'**articolo 34** dispone un incremento - **pari a 580 milioni per l'anno 2020** e a **300 milioni per l'anno 2021** - del **Fondo per le emergenze nazionali** destinate, **per il 2020**, ad attività del Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19, ivi incluse quelle connesse all'avvio dell'anno scolastico 2020/2021 e - nella **quota riservata di 80 milioni** - quelle relative alla ricerca, **sviluppo e acquisto di vaccini e anticorpi monoclonali**.

Misure per far fronte all'emergenza coronavirus SARS-CoV-2 – Piano Vaccinale e Green Pass

Il **Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2** si compone di due documenti:

- **Elementi di preparazione della strategia vaccinale**, presentato dal ministro della Salute al Parlamento il 2 dicembre 2020 (Decreto 2 gennaio 2021);
- **Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19** del 10 marzo 2021, con le quali sono state aggiornate le categorie di popolazione da vaccinare e le priorità.

Il **13 marzo 2021** è stato diffuso il Piano vaccinale del Commissario straordinario per l'esecuzione della campagna vaccinale nazionale.

L'attività di vaccinazione è iniziata a fine dicembre 2020.

L'**attuazione del piano** è affidata al **Commissario straordinario**.

In Italia, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 giugno 2021, come modificato dal DPCM 17 dicembre 2021, dà attuazione all'art. 9, comma 10, del D.L. 52 del 2021 (cd. Riaperture) nella specifica materia delle **Certificazioni verdi COVID-19** e disciplina le modalità per il rilascio di dette certificazioni volte ad agevolare la **libera circolazione in sicurezza dei cittadini** sul territorio nazionale e nell'Unione europea (v. Raccomandazione (UE) 2021/961 del Consiglio del 14 giugno 2021).

Misure per far fronte all'emergenza coronavirus SARS-CoV-2 – Reti di microbiologia e reti di laboratorio

L'art. 29 del decreto legge n. 73 del 2021 (c.d. Sostegno *bis*) da facoltà alle regioni e alle province autonome di riconoscere un incentivo in favore delle strutture pubbliche e di quelle private, accreditate e convenzionate, eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, nell'ambito di uno stanziamento complessivamente pari a 46 milioni di euro per il 2021 ed a 23 milioni per il 2022. Nella rete dei laboratori vengono inoltre ricompresi gli istituti di ricerca con comprovata esperienza in materia di sequenziamento di nuova generazione (NGS).

La disposizione peraltro specifica che l'incentivo è subordinato al rispetto di un preciso **cronoprogramma** integrativo dei piani di riorganizzazione, che deve avere come limite temporale **massimo il 31 dicembre 2022 e garantire la soglia minima di efficienza di 200.000 esami di laboratorio o prestazioni specialistiche ovvero 5.000 analisi di campioni secondo la suddetta tecnologia NGS.**

Il riparto tra le regioni e le province autonome dello stanziamento complessivo è stato definito dal **decreto 30 dicembre 2021 «Ripartizione dell'incentivo al processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale»** del Ministro della salute, di concerto con il MEF, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

L'erogazione alla regione (o alla provincia autonoma) delle quote di risorse oggetto del riparto è subordinata all'**approvazione del cronoprogramma da parte del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza**, nonché alla positiva attuazione del cronoprogramma da parte delle summenzionate strutture.

Misure per far fronte all'emergenza coronavirus SARS-CoV-2 – Riduzione delle liste di attesa

L'articolo 26 del decreto legge n. 73 del 2021 (cd Sostegno *bis*) prevede la **proroga**, fino al **31 dicembre 2021**, del **regime tariffario straordinario**, introdotto per corrispondere alle finalità del **Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa** in relazione a prestazioni non erogate nel 2020 da parte di strutture pubbliche e private accreditate, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica.

Allo scopo di ridurre le liste di attesa, si prevede la possibilità per le Regioni e le Province autonome, a partire dalla data dell'entrata in vigore del Decreto Sostegno *bis* (26 maggio 2021) e **fino al 31 dicembre 2021**, di **derogare ai regimi tariffari ordinari**, utilizzando alcuni istituti già previsti dall'articolo 29 del DL. 104/2020 (cd. Agosto) per il recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione (vale a dire a carattere programmabile e non urgente) e di specialistica ambulatoriale e di *screening*.

Analisi differenziali 2019-2020 – Ricoveri Ospedalieri

Analisi è stata condotta sulla base dati del flusso informativo NSIS relativo alle Schede di Dimissione Ospedaliera (flusso SDO) degli anni 2019 (dato consolidato) e 2020 (dato disponibile al 24/03/2021), con elaborazioni volte alla **quantificazione del differenziale dei volumi e dei valori delle prestazioni di ricovero erogate dalle strutture sia pubbliche che private accreditate sul territorio nazionale**, in modo da determinare, con buona approssimazione, l'eventuale deficit di offerta nell'anno di esordio dell'emergenza pandemica rispetto all'anno precedente.

Le dinamiche organizzative, ma anche psicologiche, innescate dalla pandemia Covid-19 hanno determinato nel nostro Paese nel corso dell'anno 2020 una drammatica **riduzione dell'erogazione di prestazioni sanitarie** rispetto all'anno precedente, i cui effetti complessivi sullo stato di salute della popolazione italiana sono ancora in fase di studio.

Ricoveri	Δ Volumi			Δ Valore (Euro)		
	DRG Medici	DRG Chirurgici	Totale	DRG Medici	DRG Chirurgici	Totale
Urgenti	-387.907	-65.072	-452.979	-418.867.477	-266.277.491	-685.144.967
Programmati	-341.828	-777.169	-1.118.997	-468.037.176	-2.439.562.517	-2.907.599.693
Totale	-729.735	-842.241	-1.571.976	-886.904.653	-2.705.840.007	-3.592.744.660

Specialità chirurgiche	Δ Volumi			Δ Valore (Euro)		
	DRG Chirurgici	DRG Medici	Totale	DRG Chirurgici	DRG Medici	Totale
Chirurgia generale	-204.933	-15.011	-219.944	-480.939.639	-19.715.048	-500.654.687
Ortopedia	-182.170	-25.388	-205.778	-735.801.196	-32.760.285	-768.561.481
Otorinolaringoiaria	-66.389	-9.231	-75.620	-106.373.012	-4.115.741	-110.488.752
Cardiochirurgia	-5.616	-8	-5.624	-124.141.917	-22.832	-124.164.749
Chirurgia vascolare	-34.231	-2.912	-37.143	-143.285.822	-4.125.669	-147.411.491
Chirurgia dell'orecchio	-8.271	-1057	-9.328	-15.456.441	-500.631	-15.957.072
Chirurgia sistema respiratorio	-7.173	-1159	-8.332	-20.806.313	-574.744	-21.381.057

PROGRAMMA

LA BASE DI RIFERIMENTO - II PARTE

- Disamina dei provvedimenti legislativi intervenuti a modifica del DM 70/2015
- Analisi dei provvedimenti legislativi intervenuti per il rafforzamento dell'offerta territoriale e preventiva

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

- **legge n. 311 del 2004:** affidava ad un regolamento del Ministro della salute la determinazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, in relazione ai livelli essenziali di assistenza. *La norma, tuttavia, è stata dichiarata incostituzionale poiché, in violazione del principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni e Province autonome, prevedeva il solo parere della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome, e non già l'intesa ai sensi dell'art. 54 della legge n. 289 del 2002. (cfr. sentenza Corte Costituzionale n. 134/2006).*
- **decreto-legge n. 95/2012 convertito nella legge n. 135/2012:** prevedeva la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, fissati con regolamento, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome.
- **intesa sullo schema di decreto ministeriale 70/2015:** sancita il 05/08/2014 (rep atti n. 89/CSR). Con successiva intesa del 13/01/2015 (rep. Atti n. 198/CSR) lo schema di DM è stato rettificato e sostituito, al fine di recepire in un unico atto le osservazioni delle regioni accolte dai Ministeri.
- **legge 208/2015 (articolo 1, comma 541)** prevedeva che:
 - entro il 29 febbraio 2016 le Regioni e le Province Autonome trasmettano un provvedimento di programmazione per il rispetto delle disposizioni del Regolamento del D.M. 70/2015 e un piano concernente il fabbisogno di personale per garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili;
 - entro il 31 marzo 2016 tali provvedimenti siano valutati dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, anche sulla base dell'istruttoria condotta dal Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento istituito a seguito dell'intesa rep. atti n. 113/CSR del 2/07/2015.
 - la sentenza n. 231/2017, la Corte costituzionale ha dichiarato illegittimo l'art. 1, comma 541, lett. a) della legge n. 208/2015, in materia di riduzione dei posti letto ospedalieri. Secondo la Corte, tale disposizione riproduce infatti la norma di cui all'art. 15, comma 13, lett. c) del decreto-legge n. 95/2012 (conv. l. 135/2012), già dichiarata incostituzionale con la sentenza n. 125/2015, nella parte in cui applicabile alle Province autonome di Trento e Bolzano.

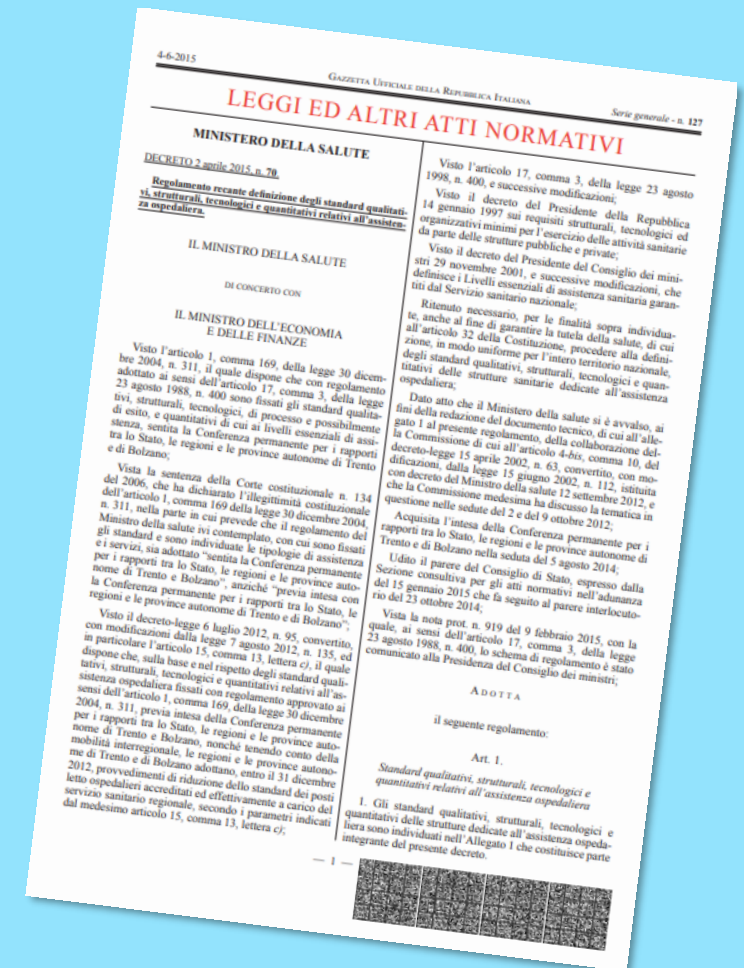
DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*

- Entrata in vigore del provvedimento: 19/06/2015
- Riduzione posti letto al 3.7 x mille abitanti
- Classificazione strutture ospedaliere
- Standard generali (tasso ospedalizzazione, indice occupazione, degenza media)
- Strutture di degenza e servizi/bacini di utenza
- Rapporto volume di attività/esiti
- Reti per patologia
- Modello hub e spoke
- Adeguamento della rete Emergenza-Urgenza



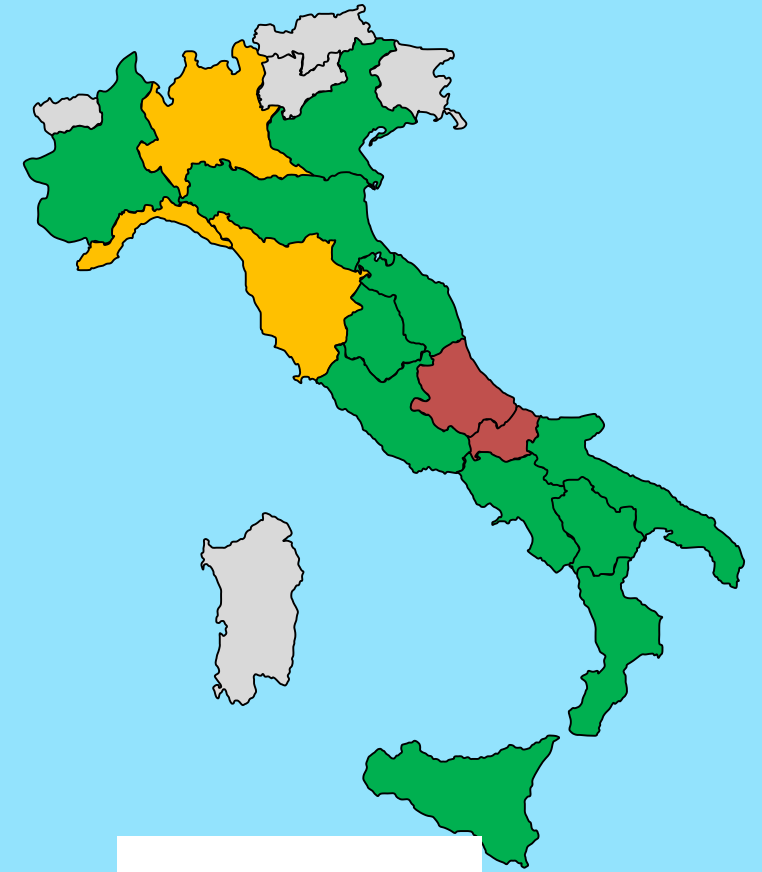
DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – Sentenze intervenute

- **Sentenza della Corte Costituzionale n. 231/2017:** le Province autonome sono formalmente esentate dall'obbligo di riduzione dei posti letto in base ai parametri stabiliti dal legislatore nel d.l. 95/2012 e tuttavia sono contestualmente obbligate all'applicazione degli altri standard relativi all'assistenza ospedaliera che risultano strettamente intrecciati con i primi ai sensi del d.m. 70/2015.
- **Sentenza del Consiglio di Stato n. 385/2018:** annulla quanto stabilito in riferimento al fabbisogno di posti letto di neuroriabilitazione di alta specialità.



DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – *Situazione aggiornata*

- **Non applicabile:** Friuli Venezia Giulia, PA Trento e PA Bolzano, Sardegna, Valle d'Aosta.
- **In corso di valutazione da parte del Tavolo DM 70/2015:** Lombardia, Liguria, Toscana.
- **In corso di (ri)valutazione da parte del Tavolo DM 70/2015:** Abruzzo, Molise.
- **Rete approvata dal tavolo DM 70/2015:** Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Umbria, Veneto.



Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – *Aspetti principali*



Adeguamento fabbisogno posti letto allo scopo di rendere resiliente il Paese a future pandemie o far fronte a particolari sovraccarichi dei Sistemi Sanitari Regionali



Contenimento della parcellizzazione da parte delle strutture pubbliche e private accreditate delle prestazioni in un sistema a rete effettivamente integrato e complementare:

- definizione della soglia di accreditabilità e sottoscrivibilità dei contratti anche delle strutture mono specialistiche per acuti e post-acuti;
- percorso per il rafforzamento o la riconversione dei piccoli ospedali.



Flessibilità organizzativa:

- definizione delle aree omogenee a supporto di una reale integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e di intensità di cura per assicurare la maggiore flessibilità organizzativa nella gestione appropriata di posti letto. Le aree omogenee permettono la riorganizzazione degli ambienti di cura in funzione di professioni sanitarie multidisciplinari e multiprofessionali (intensità di cure);
- equipe professionali;
- gestione centralizzata posti letto;
- capacità di una rapida conversione degli spazi verso livelli di intensità più alta in caso di necessità (DL 34/2020).



Rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure e numerosità delle discipline:

- verifica e aggiornamento dei bacini di utenza;
- verifica e aggiornamento delle soglie minime che consentono di definire criteri non discrezionali per il rafforzamento o la riconversione delle attività non performanti.



Articolazione delle reti per patologia



Integrazione Ospedale - Territorio

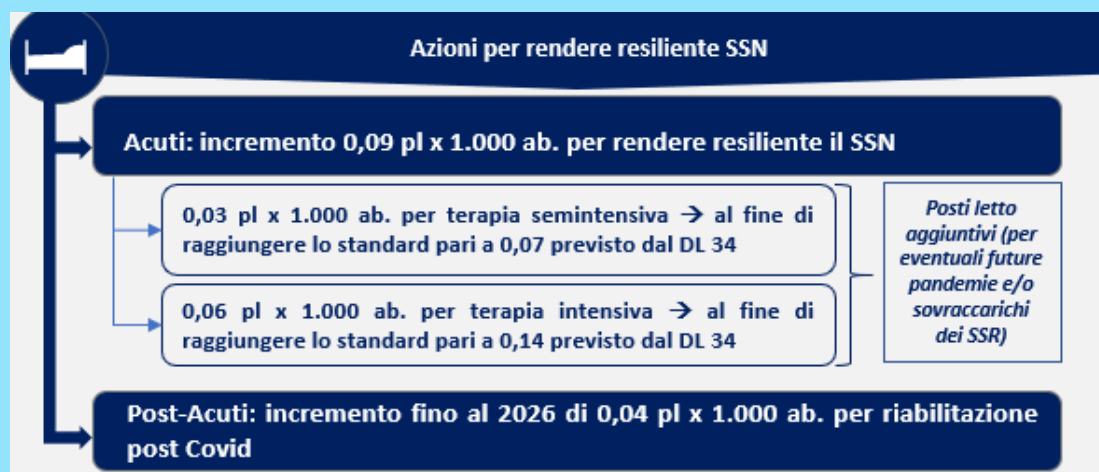
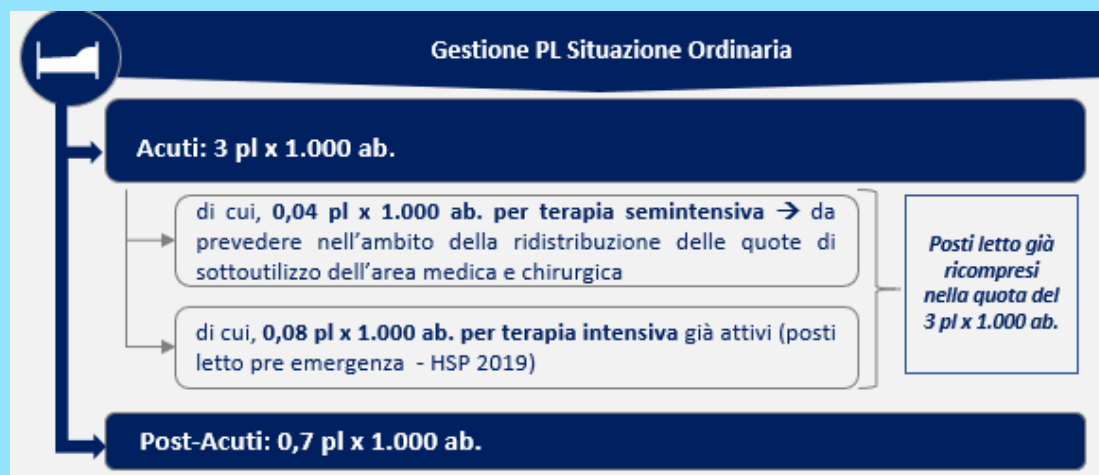
Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – *Mandato del Gruppo di Lavoro*

Il **mandato del Gruppo di Lavoro** è quello di provvedere ad una **revisione del D.M. 70/2015** secondo quanto previsto dalla **scheda n. 15** del **Patto per la Salute 2019-2021**. Tale revisione ha l'obiettivo di:

- superare le criticità di implementazione individuate dalle diverse regioni;
- definire indirizzi specifici per alcune tipologie di ambiti assistenziali e prevedere specifiche deroghe per le regioni più piccole.

Inoltre, l'esperienza della pandemia ha evidenziato l'importanza dell'**integrazione ospedale-territorio** e le potenzialità delle **nuove tecnologie** nel garantire il più possibile, a livello domiciliare, le cure e fornire uno scudo rispetto a situazioni di cronicità che si acutizzano o che sono di difficile gestione assistenziale a domicilio. Tale revisione si pone in coerenza con l'attivazione dei modelli organizzativi di offerta programmati nell'ambito dell'emanando Decreto «*Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale*» e **conserva la logica propria del D.M. 70/2015 volta a garantire la qualità delle cure mediante la creazione di standard che permettono la costruzione di una rete ospedaliera razionale in grado di assolvere ai bisogni di salute della popolazione**, in particolar modo per i bisogni tempo-dipendenti e concentrando la casistica ospedaliera per garantire una adeguata expertise clinica ai pazienti senza tralasciare gli aspetti di sostenibilità del SSN.

Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – *Fabbisogno Posti Letto*



Deroga in caso di eventuali eventi pandemici

Al fine di far fronte ad **eventuali eventi pandemici**, con necessaria attivazione di misure di potenziamento straordinarie, viene previsto in **deroga alla dotazione standard di posti letto**, che «*si attivano i meccanismi straordinari predisposti per espandere rapidamente i servizi sanitari di assistenza (territoriali e ospedalieri) di cui ai Piani pandemici regionali vigenti*».

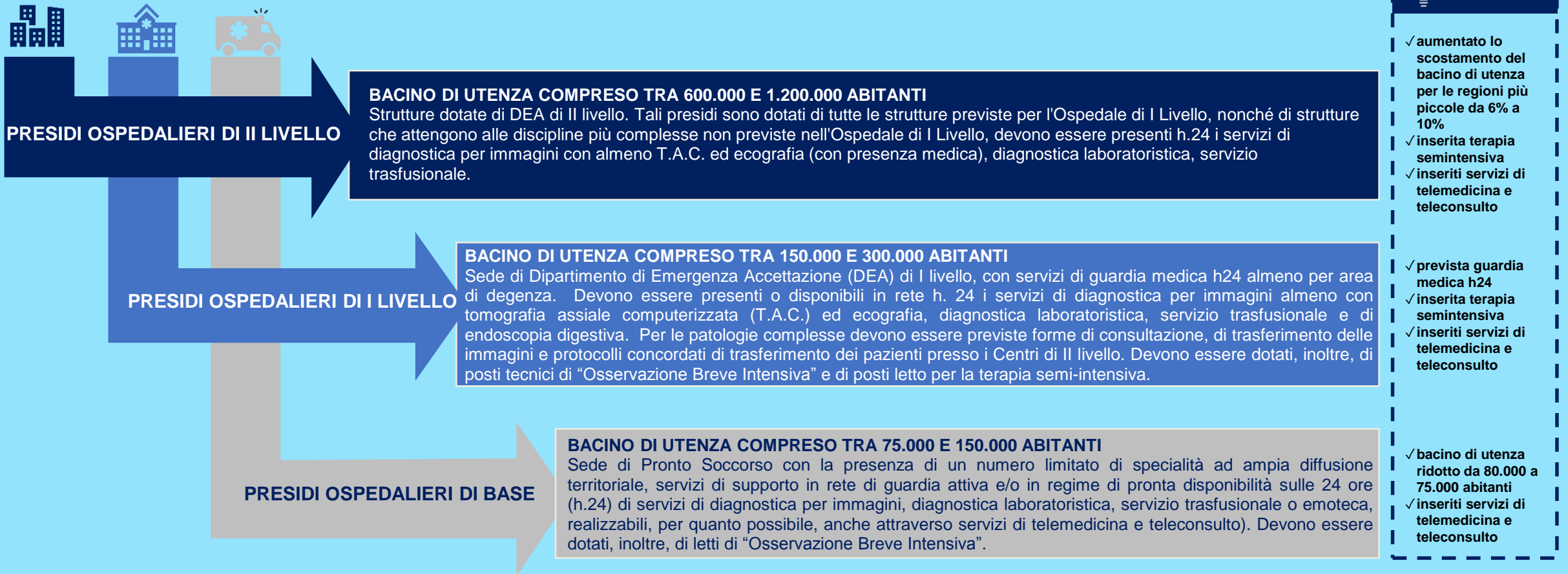


Ulteriori novità

- ✓ 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**;
- ✓ rimosso il limite di 0,2 pl x 1.000 ab. per la lungodegenza all'interno dello 0,7 pl x 1.000 ab. per post acuti;
- ✓ deroga al parametro medio regionale del 10% fissato nel DPR 20.10.92 relativo al numero di pl di assistenza diurna. Tale parametro dovrà essere programmato dalle Regioni e Province Autonome con un congruo numero di pl di assistenza diurna per garantire l'appropriatezza organizzativa.

Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – *Classificazione delle Strutture Ospedaliere*

La classificazione delle strutture ospedaliere è declinata secondo l'**organizzazione per complessità e intensità di cura** delle prestazioni erogate in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno, tramite un modello in rete organizzato in base alle **specificità di contesto**. Le strutture ospedaliere prevedono livelli a **complessità e intensità** di cura crescente.



Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – *Strutture ospedaliere private accreditate*

La revisione del DM prevede l'**inserimento** delle soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti per le **strutture private accreditate monospecialistiche** e conferma le soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti per le strutture private accreditate **plurispecialistiche**.

Soglie introdotte



- **Strutture monospecialistiche:**
 - almeno 40 posti letto per acuti o almeno 30 posti letto per acuti con posti letto per post acuti;
 - almeno 40 posti letto per post acuti;
 - massimo 30 posti letto per psichiatria e neuropsichiatria con posti letto per post acuti.

Soglie confermate



- **Strutture plurispecialistiche:**
 - almeno 60 posti letto per acuti;
 - almeno 80 posti letto per acuti in caso di soggetti giuridici derivanti da processi di riconversione e/o di fusione, favorendo l'accorpamento in un'unica struttura. Laddove, in casi eccezionali ciò non fosse possibile ciascuna struttura dovrà avere almeno 40 posti letto per acuti.

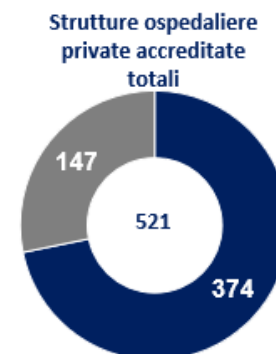
Analisi delle strutture ospedaliere private accreditate



67 strutture:
2.644 PL per acuti
1.300 PL per post acuti
3.944 PL totali



80 strutture:
1.592 PL per acuti
1.577 PL per post acuti
3.169 PL totali



147 strutture:
4.269 PL per acuti
3.377 PL per post acuti
7.646 PL totali

■ Strutture in linea con le soglie di accreditabilità e sottoscrivibilità ■ Strutture non in linea con le soglie di accreditabilità e sottoscrivibilità

Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – *Flessibilità organizzativa*



INTENSITÀ DI CURA

Definizione delle Aree Omogenee a supporto di una reale integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e di intensità di cura per assicurare la maggiore flessibilità organizzativa nella gestione appropriata di posti letto. Le aree omogenee permettono la riorganizzazione degli ambienti di cura in funzione di professioni sanitarie multidisciplinari e multiprofessionali. A tal fine sono state inserite le seguenti Aree Omogenee: **area medica, area chirurgica, area salute della donna e materno infantile, area critica, area della salute mentale, area post acuzie, area dei servizi.**

L'esperienza della pandemia da COVID-19 e gli strumenti legislativi per la risposta sottolineano ulteriormente la necessità di completare il percorso verso l'intensità di cura e di sviluppare la capacità di una rapida flessibilità nella riconversione degli spazi verso livelli di intensità più alta in caso di necessità.



EQUIPE PROFESSIONALI

Ogni Regione può prevedere l'**inserimento di Equipe Professionali**, operanti su **definiti Presidi Ospedalieri e 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**, per l'erogazione di prestazioni che richiedono competenze specialistiche ma non la presenza in loco di tecnologie complesse.



GESTIONE POSTI LETTO

La gestione dei posti letto:

- deve avvenire con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza.
- gestione informatizzata e centralizzata per aree geografiche delle disponibilità dei posti letto che ne consentano la tempestiva messa a disposizione per i ricoveri e trasferimenti in caso di picchi di afflusso.

Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – *Standard minimi e massimi di Strutture per Area Omogenea e singola disciplina*

- 1) **Introduzione delle Aree Omogenee:** Area Medica, Area Chirurgica, Area Salute della donna e Materno Infantile, Area Critica, Area della Salute Mentale, Area Post-Acuzie, Area dei Servizi.
- 2) **Analisi dei fabbisogni di posti letto** per ciascuna disciplina/area omogenea e regione. La **metodologia** utilizzata prevede i seguenti passaggi:
 - Individuazione delle **giornate in degenza ordinaria e degli accessi in day hospital** per ciascuna disciplina. *NB: sono stati considerati i giorni di transito considerando tutti i trasferimenti effettuati nei vari reparti senza esclusione delle prestazioni inappropriate (108 DRG inappropriati);*
 - Calcolo dei **Posti Letto equivalenti** per singola disciplina, considerando per:
 - la degenza ordinaria un tasso di occupazione pari all'85% e giornate max 365;
 - il Day hospital un Tasso di occupazione pari all'1,5 e giornate max 250;
 - **Confronto per aree omogenee:** per ciascuna regione è stato verificato se i posti letto equivalenti si posizionavano sopra o sotto la media italiana;
 - **Confronto con standard DM 70/2015:** per ciascuna regione è stato verificato se i posti letto equivalenti per acuti e per post-acuti si posizionavano sopra o sotto gli standard definiti dal DM 70/2015, ossia 3,0 posti letto per 1.000 ab per acuti e 0,7 posti letto per 1.000 ab. per post-acuti.
 - **Approfondimenti per singola area omogenea e discipline afferenti** a livello nazionale e regionale.
- 3) **Aggiornamento dei Bacini di utenza:** A seguito dell'analisi dei fabbisogni di posti letto, per le discipline che presentavano posti letto eccedenti si è provveduto ad aggiornare il relativo bacino di utenza attraverso la seguente **metodologia**:
 - Individuazione dei **Posti Letto Equivalenti**;
 - Applicazione dei **Moduli PL** per ciascuna disciplina;
 - Calcolo del **Bacino di utenza** sulla popolazione 2019;
 - **Aggiornamento dei bacini minimi e massimi.**

Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – Standard minimi e massimi di Strutture per Area Omogenea e singola disciplina – Focus Fabbisogno posti letto

1) Confronto per aree omogenee: per ciascuna regione è stato verificato se i posti letto equivalenti si posizionavano sopra o sotto la media italiana.

In rosso sono evidenziate le regioni che presentano posti letto equivalenti per 1.000 abitati al di sotto della media regionale ed in verde sono evidenziate le regioni che presentano posti letto equivalenti per 1.000 abitati al di sopra della media regionale.

2) Confronto con standard DM 70/2015: per ciascuna regione è stato verificato se i posti letto equivalenti per acuti e per post-acuti si posizionavano sopra o sotto gli standard definiti dal DM 70/2015, ossia 3,0 posti letto per 1.000 ab per acuti e 0,7 posti letto per 1.000 ab. per post-acuti.

In grassetto sono state evidenziate le regioni che presentano un numero di PL equivalenti per 1.000 abitanti al di sopra degli standard previsti dal DM 70/2015.

Codice Regione	Regione	Popolazione 2019	PL Equivalenti per 1.000 abitanti 2019								
			Area Medica	Area Chirurgica	Area Emergenza	Altre Aree	Totale ACUTI	Area Post Acuzie (Lungodeg.)	Area Post-Acuzie (Riabilit.)	Area Post-Acuzie	Area Acuzie e Post-Acuzie
010	PIEMONTE	4.328.565	1,27	0,72	0,12	0,32	2,43	0,23	0,78	1,02	3,45
020	VALLE D'AOSTA	125.653	1,70	0,94	0,13	0,34	3,12	0,15	0,48	0,63	3,75
030	LOMBARDIA	10.010.833	1,16	0,84	0,12	0,39	2,52	0,07	0,71	0,78	3,29
041	PROV. AUTON. BOLZANO	530.313	1,17	0,86	0,12	0,46	2,61	0,34	0,38	0,72	3,33
042	PROV. AUTON. TRENTO	543.721	1,44	0,69	0,09	0,37	2,60	0,52	0,77	1,30	3,89
050	VENETO	4.884.590	1,32	0,83	0,14	0,39	2,68	0,15	0,44	0,59	3,27
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	1.210.414	1,68	0,89	0,17	0,29	3,04	0,05	0,20	0,25	3,28
070	LIGURIA	1.532.980	1,87	0,85	0,31	0,34	3,37	0,17	0,46	0,62	3,99
080	EMILIA ROMAGNA	4.459.453	1,48	0,89	0,23	0,34	2,93	0,46	0,38	0,84	3,77
090	TOSCANA	3.701.343	1,31	0,71	0,18	0,33	2,53	0,03	0,20	0,23	2,76
100	UMBRIA	873.744	1,49	0,82	0,11	0,30	2,72	0,08	0,40	0,49	3,21
110	MARCHE	1.520.321	1,58	0,71	0,17	0,33	2,80	0,18	0,32	0,50	3,30
120	LAZIO	5.773.076	1,27	0,90	0,19	0,30	2,65	0,15	0,61	0,77	3,42
130	ABRUZZO	1.300.645	1,21	0,83	0,13	0,30	2,46	0,09	0,38	0,46	2,93
140	MOLISE	303.790	1,15	1,13	0,23	0,25	2,77	0,01	0,45	0,46	3,23
150	CAMPANIA	5.740.291	1,03	0,76	0,17	0,34	2,31	0,09	0,30	0,39	2,70
160	PUGLIA	3.975.528	1,10	0,73	0,13	0,34	2,31	0,03	0,30	0,34	2,64
170	BASILICATA	558.587	1,30	0,63	0,16	0,33	2,42	0,22	0,26	0,48	2,90
180	CALABRIA	1.912.021	0,93	0,59	0,19	0,30	2,00	0,10	0,38	0,48	2,48
190	SICILIA	4.908.548	0,96	0,74	0,17	0,39	2,26	0,07	0,40	0,47	2,73
200	SARDEGNA	1.622.257	1,37	0,78	0,15	0,32	2,63	0,09	0,13	0,22	2,85
999	ITALIA	59.816.673	1,24	0,80	0,16	0,34	2,55	0,14	0,46	0,60	3,15

A livello nazionale si rilevano valori al di sotto delle soglie previste dal DM 70/2015, in termini di posti letto equivalenti, sia per Acuti che per post-Acuti.

Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – Standard minimi e massimi di Strutture per Area Omogenea e singola disciplina – Focus Fabbisogno posti letto

3) Approfondimenti per singola area omogenea e discipline afferenti: Area Medica

Per ciascuna disciplina sono stati confrontati i posti letto equivalenti rispetto ai posti letto effettivi rilevati dai modelli ministeriali HSP 12 e 13 (solo accreditati).

Il confronto è stato supportato inoltre da ulteriori indicatori quali:

- Degenza media;
- Tasso di ospedalizzazione;
- Tasso di occupazione.

Dall'analisi emerge come complessivamente l'Area Medica presenta posti letto equivalenti superiori ai posti letto effettivi.

Es. **Medicina generale**: presentava un numero di posti letto equivalenti superiori ai posti letto effettivi, una degenza superiore ai 9 giorni ed elevati tassi di occupazione. Pertanto è stato esteso il bacino di utenza da 150.000/80.000 a 120.000/60.000 per permettere così l'attivazione di ulteriori posti letto.

Codice disciplina	Disciplina	PL equivalenti	PL Effettivi (HSP 12/ 13 accreditati)	Delta PL Equivalenti e PL Effettivi	DM TOTALE	Tasso di ospedalizz. Totale	Tasso di occupazione DO	Tasso di occupazione DH
01	Allergologia	93	62	31	2,92	0,16	18,63%	309,92%
02	Day hospital	1.089	1.285	-196	3,98	1,37	0,00%	124,64%
05	Angiologia	77	126	-49	10,00	0,04	37,69%	158,41%
08	Cardiologia	7.907	8.512	-605	4,77	8,59	81,54%	74,94%
15	Medicina sportiva	5	5	0	1,00	0,03	0,00%	160,10%
18	Ematologia	2.680	2.258	422	12,56	1,09	87,91%	248,19%
19	Malattie endocrine	697	683	14	5,64	0,63	79,47%	184,74%
20	Immunologia	38	44	-6	7,33	0,03	81,88%	109,56%
21	Geriatrics	4.477	4.073	404	10,43	2,22	94,26%	102,83%
24	Malattie infettive e tropicali	3.024	2.956	68	11,37	1,38	87,31%	147,69%
26	Medicina generale	33.183	31.469	1.714	9,84	17,48	90,71%	112,17%
27	Medicina legale	0	2	-2	0,00	0,00	0,00%	0,00%
29	Nefrologia	2.177	2.223	-46	9,14	1,23	85,51%	109,04%
32	Neurologia	5.475	5.746	-271	8,36	3,39	81,29%	134,50%
41	Medicina termale	0	0	0	0,00	0,00	0,00%	0,00%
52	Dermatologia	397	525	-128	3,64	0,56	49,04%	154,58%
54	Emodialisi	17	53	-36	9,72	0,01	25,45%	51,47%
55	Farmacologia clinica	9	8	1	10,45	0,00	53,97%	224,10%
58	Gastroenterologia	2.044	1.926	118	7,43	1,42	92,69%	127,12%
64	Oncologia	5.594	4.893	701	8,73	3,27	83,11%	207,86%
65	Oncoematologia pediatrica	408	429	-21	6,81	0,31	76,85%	159,43%
66	Oncoematologia	296	263	33	10,74	0,14	81,30%	225,99%
68	Pneumologia	3.670	3.547	123	9,60	1,98	89,04%	129,55%
70	Radioterapia	101	194	-93	8,18	0,06	47,45%	55,50%
71	Reumatologia	482	444	38	7,98	0,31	75,91%	279,66%
74	Radioterapia oncologica	69	58	11	8,64	0,04	51,65%	343,18%
77	Nefrologia pediatrica	101	97	4	4,50	0,11	74,69%	221,31%
99	Cure palliative / Hospice	13	10	3	5,05	0,01	0,00%	36,70%
AREA MEDICA		74.125	71.891	2.234				

Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – Standard minimi e massimi di Strutture per Area Omogenea e singola disciplina – Focus Fabbisogno posti letto

4) Approfondimenti per singola area omogenea e discipline afferenti: Area Chirurgica

Per ciascuna disciplina sono stati confrontati i posti letto equivalenti rispetto ai posti letto effettivi rilevati dai modelli ministeriali HSP 12 e 13 (solo accreditati).

Il confronto è stato supportato inoltre da ulteriori indicatori quali:

- Degenza media;
- Tasso di ospedalizzazione;
- Tasso di occupazione.

Dall'analisi emerge come tutte le discipline dell'Area Chirurgica presentano un totale di posti letto equivalenti inferiore rispetto al totale di posti letto effettivi.

Es. **Oculistica**: presentava un numero di posti letto equivalenti nettamente inferiori rispetto ai posti letto effettivi, una degenza inferiore ai 2 giorni e bassi tassi di occupazione. Pertanto è stato ridotto il bacino di utenza da 300.000/150.000 a 400.000/200.000 per permettere così la riduzione di posti letto.

Codice disciplina	Disciplina	PL equivalenti	PL Effettivi (HSP 12/ 13 accreditati)	Delta PL Equivalenti e PL Effettivi	DM TOTALE	Tasso di ospedalizz. Totale	Tasso di occupazione DO	Tasso di occupazione DH
06	Cardiochirurgia pediatrica	102	120	-18	9,30	0,06	72,72%	101,10%
07	Cardiochirurgia	1.824	1.852	-28	9,95	0,95	83,85%	131,10%
09	Chirurgia generale	15.247	21.543	-6.296	4,73	16,66	61,40%	83,88%
10	Chirurgia maxillo facciale	415	611	-196	3,44	0,62	60,75%	76,28%
11	Chirurgia pediatrica	545	807	-262	2,99	0,94	54,64%	122,99%
12	Chirurgia plastica	632	951	-319	3,17	1,03	54,83%	114,39%
13	Chirurgia toracica	774	894	-120	6,39	0,63	75,91%	43,68%
14	Chirurgia vascolare	1.748	2.232	-484	6,08	1,49	69,72%	53,97%
30	Neurochirurgia	2.554	2.687	-133	7,73	1,71	82,49%	53,80%
34	Oculistica	859	2.261	-1.402	1,94	2,26	25,30%	74,78%
35	Odontoiatria e stomatologia	85	159	-74	1,51	0,28	16,51%	100,64%
36	Ortopedia e traumatologia	13.999	17.801	-3.802	5,23	13,86	68,47%	85,60%
38	Otorinolaringoiatria	2.074	3.463	-1.389	3,05	3,51	50,26%	95,76%
43	Urologia	4.775	6.230	-1.455	4,16	5,94	66,95%	85,73%
48	Nefrologia (abilitato al trapianto del rene)	431	446	-15	9,29	0,24	83,97%	86,48%
76	Neurochirurgia pediatrica	87	92	-5	5,27	0,09	77,19%	223,75%
78	Urologia pediatrica	50	68	-18	2,63	0,10	70,49%	82,50%
96	Terapia del dolore	27	28	-1	3,42	0,04	74,60%	180,38%
98	Day Surgery	1.379	2.248	-869	1,73	4,01	0,00%	87,57%
AREA CHIRURGICA		47.608	64.493	-16.885				

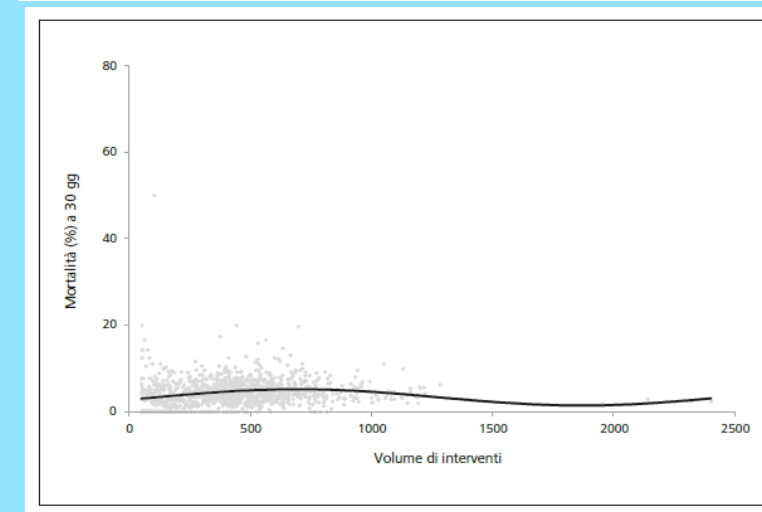
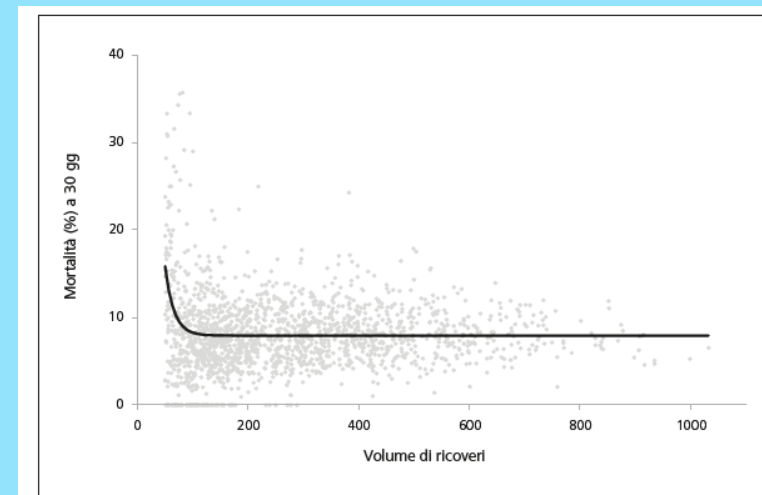
Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – Standard minimi e massimi di Strutture per Area Omogenea e singola disciplina – Focus aggiornamento bacini di utenza

Si riportano di seguito gli aggiornamenti apportati ai bacini minimi e massimi delle discipline con degenza. In rosso si evidenziano le discipline che prevedono un decremento in termini di posti letto ed in verde le discipline che prevedono un incremento in termini di posti letto.

Aree Omogenee	Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	DM 70: Strutture di degenza		NEW: Strutture di degenza	
			Bacino Max	Bacino Min	Bacino Max	Bacino Min
Area Medica	18	Ematologia	1.200.000	600.000	1.000.000	500.000
Area Medica	19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	1.200.000	600.000	2.000.000	1.000.000
Area Medica	21	Geriatrica	800.000	400.000	600.000	300.000
Area Medica	24	Malattie infettive e tropicali	1.200.000	600.000	1.000.000	500.000
Area Medica	26	Medicina generale	150.000	80.000	120.000	60.000
Area Medica	29	Nefrologia	1.200.000	600.000	1.000.000	500.000
Area Medica	52	Dermatologia	1.200.000	600.000	1.500.000	750.000
Area Medica	64	Oncologia	600.000	300.000	400.000	200.000
Area Medica	68	Pneumologia	800.000	400.000	600.000	300.000
Area Medica	71	Reumatologia	1.200.000	600.000	1.500.000	750.000
Area Medica	77	Nefrologia pediatrica	6.000.000	4.000.000	8.000.000	4.000.000
Area Chirurgica	06	Cardiochirurgia pediatrica	6.000.000	4.000.000	8.000.000	4.000.000
Area Chirurgica	11	Chirurgia pediatrica	2.500.000	1.500.000	2.500.000	1.250.000
Area Chirurgica	13	Chirurgia toracica	1.500.000	800.000	1.500.000	750.000
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	38	Otorinolaringoiatria	300.000	150.000	400.000	200.000
Area Chirurgica	43	Urologia	300.000	150.000	400.000	200.000
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 Chirurgica	96	Terapia del dolore	4.000.000	2.500.000	4.000.000	2.000.000
Area Critica	47	Grandi ustionati	6.000.000	4.000.000	6.000.000	3.000.000
Area Critica	49	Terapia intensiva	300.000	150.000	200.000	100.000
Area Critica	94	Terapia semi intensiva			200.000	100.000

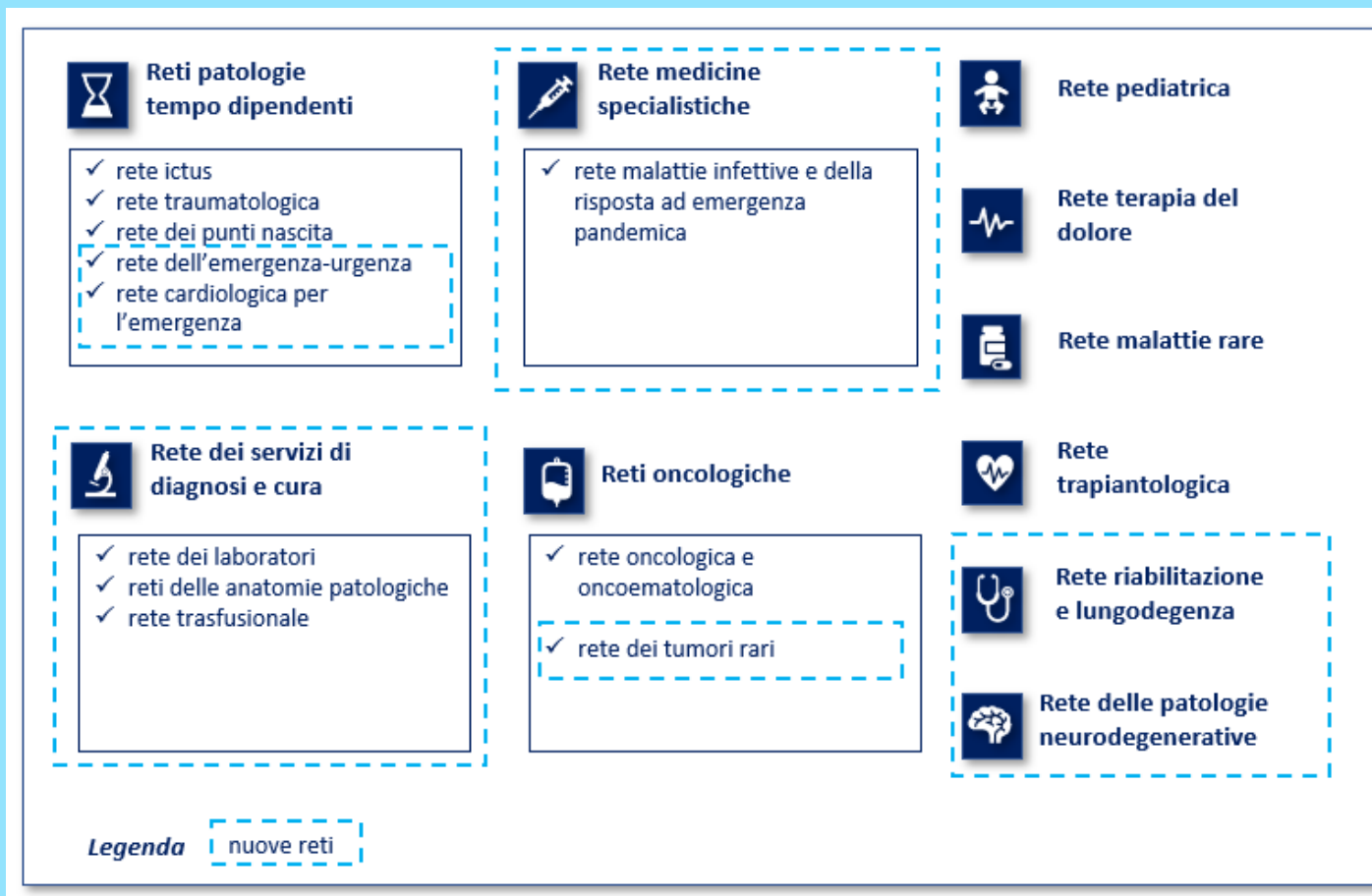
Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – Volumi ed esiti

- Verifica di tutte le soglie presenti nel D.M. 70/2015 sulla base degli ultimi dati di produzione disponibili
- Aggiornamento di alcune soglie (intervento di By pass aorto-coronarico isolato, proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore età ≥ 65 anni, ecc.) attraverso analisi statistiche
- Inserimento nuove soglie (tumore maligno del polmone, protesi del ginocchio, riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale)

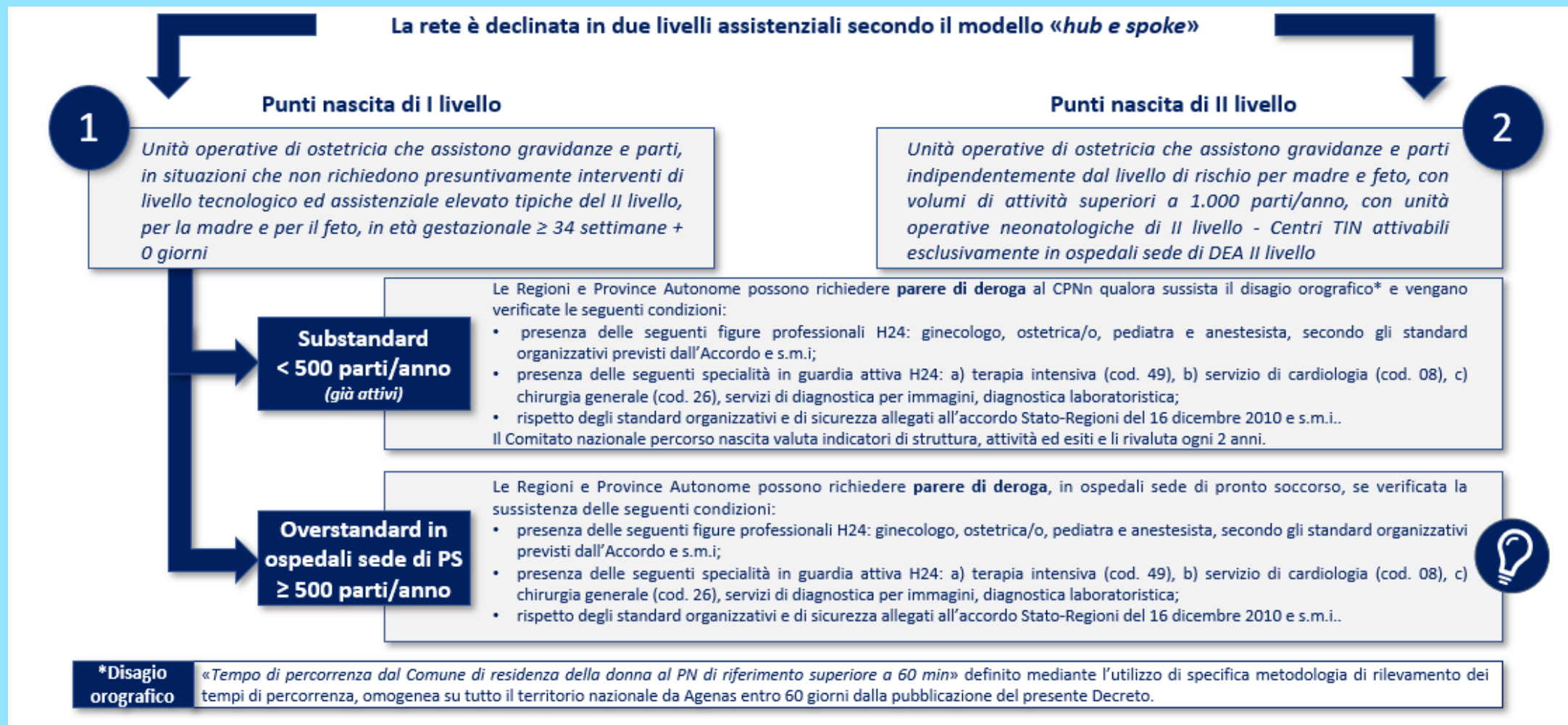


Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – Rete ospedaliera

- La **rete ospedaliera** rappresenta un modello organizzativo capace di gestire e coordinare l'intera filiera assistenziale organizzata secondo il modello «**hub and spoke**» e garantisce l'accessibilità e la continuità di prevenzione, cura e riabilitazione di cure e di prestazioni, mediante l'integrazione funzionale di punti di offerta (nodi della rete), a tutti i cittadini appartenenti ad un determinato bacino di utenza geografico.
- Per la definizione delle reti ospedaliere, le Regioni adottano **specifiche disposizioni** che tengono conto delle linee guida organizzative e delle **raccomandazioni contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni sulle rispettive materie.**
- Per le **reti ospedaliere per le quali non siano disponibili linee guida e raccomandazioni**, è istituito uno specifico **tavolo tecnico** composto da rappresentanti del Ministero della Salute, di Agenas, delle regioni e province autonome con il compito di **definire i criteri di articolazione e gli standard delle reti per patologia**, da sancire tramite Accordi in sede di Conferenza Stato-Regioni.

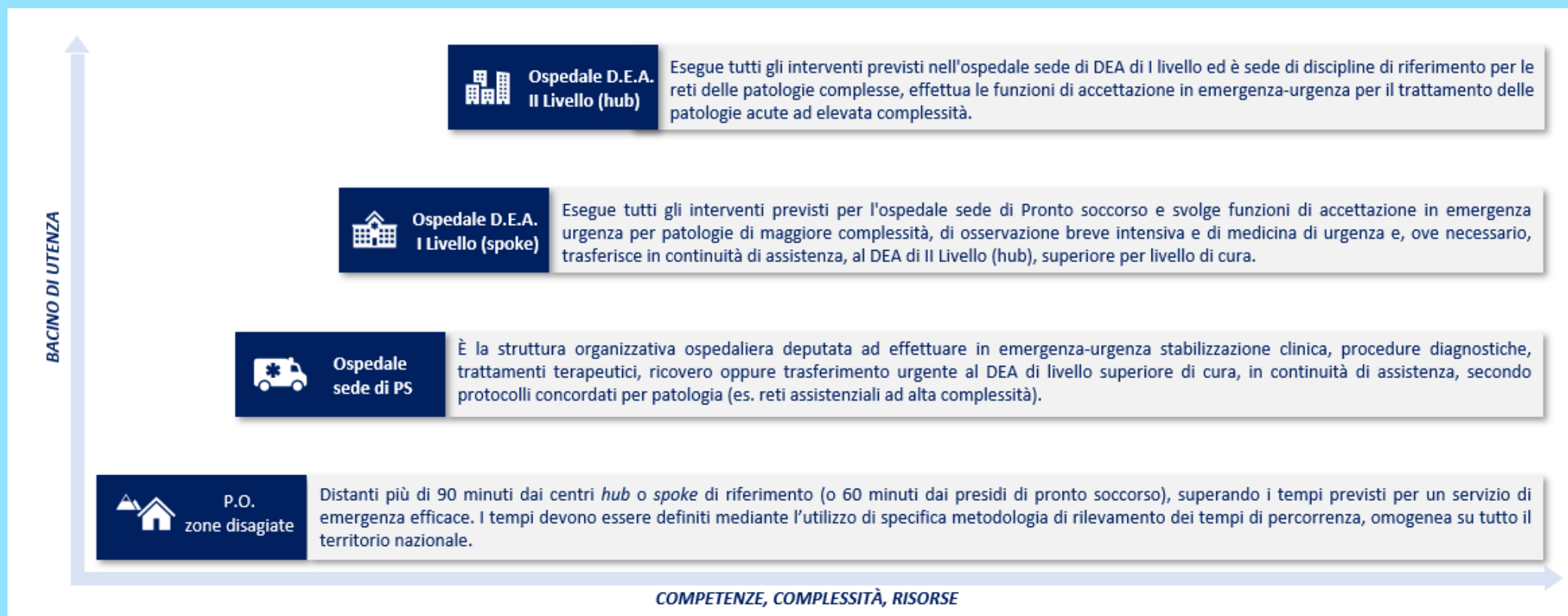


Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – Rete dei punti nascita



Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – Rete Emergenza-Urgenza

La **rete ospedaliera dell'emergenza** è costituita da strutture di diversa **complessità assistenziale** che si relazionano secondo il modello «**hub and spoke**» integrato dalle strutture sotto indicate. Tali strutture sono in grado di rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla loro complessità, alle competenze del personale nonché alle risorse disponibili. La rete si articola su **quattro livelli di operatività**.



Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – Rete Emergenza-Urgenza – Ospedali di piccole dimensioni

I PO sede di PS ancora attivi alla data di emanazione del presente decreto, **non collocati in zona disagiata**, che abbiano **un'attività appropriata equivalente a 60 posti letto per acuti** e un numero di **accessi in pronto soccorso annuo appropriati superiore a 20.000 unità**.

OSPEDALI DI PICCOLE DIMENSIONI



ATTIVITA' APPROPRIATA EQUIVALENTE INFERIORE A 60 PL ORDINARI PER ACUTI



PO SEDE DI PRONTO SOCCORSO INFERIORE A 20.000 ACCESSI/ANNO



NON POSTI IN AREA DISAGIATA

Tali Ospedali dovranno:

- **essere oggetto di uno specifico piano di riorganizzazione**, tenendo conto del bisogno di salute del territorio e della capacità effettiva dei servizi territoriali locali di intercettare tale bisogno in alternativa all'ospedale;
- **avviare un processo di riorganizzazione** volto alla conferma del presidio attraverso l'ottimizzazione del ruolo dello stesso nell'ambito del disegno di rete regionale, o la **trasformazione in struttura territoriale** (es. ospedali di comunità).

Laddove, sulla base di oggettive ed esplicite motivazioni regionali, il presidio venga riconfermato come di natura ospedaliera dovranno essere previste **forme di integrazione a carattere interdipartimentale/interpresidio** con presidi ospedalieri di dimensioni maggiore che permettano un'adeguata rotazione del personale per garantire il mantenimento dell'expertise necessaria all'erogazione in **sicurezza delle cure**.

Laddove si preveda il trasferimento dell'attività dall'ospedale al territorio, la tempistica di riconversione dovrà essere correlata al percorso di potenziamento dell'assistenza territoriale previsto dall'emanando Decreto «*Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale*».

Il piano di riorganizzazione degli ospedali di piccole dimensioni dovrà essere contenuto all'interno del provvedimento regionale di cui all'art.1 comma 2 del presente decreto, valutato e monitorato secondo quanto previsto all'art.4 comma 1 e comma 2 del presente decreto.

Aggiornamento DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 – *Integrazione ospedale-territorio*

L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale.

- promozione del collegamento con le COT per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero;
- promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché tramite una gestione attiva della cronicità.



- filtro nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati;
- garantisce meccanismi organizzativi come le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza.



Le regioni, al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera devono procedere contestualmente al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale, in coerenza con quanto previsto dal vigente quadro normativo in materia di livelli essenziali di assistenza.

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

L'Assistenza Territoriale rappresenta la **prima porta d'accesso ad un servizio sanitario**.

Essa costituisce l'**approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società**.

La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'**Assistenza Primaria** come:

“l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone”.

Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico

La più recente normativa nazionale (D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio, convertito in Legge n.77/2020, all'art. 7), sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare **modelli predittivi**, che consentano la **stratificazione della popolazione**, il **monitoraggio per fattori di rischio**, la **gestione integrata di patologie croniche** e di **situazioni complesse**.

Medicina di Popolazione

Si pone come obiettivo la **promozione della salute** della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di **modelli di stratificazione** ed identificazione dei **bisogni di salute** basati sull'**utilizzo di dati**.

Sanità di iniziativa

Si pone come **modello assistenziale di gestione delle malattie croniche** fondato su un'**assistenza proattiva** all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.

Stratificazione della Popolazione

Per **profili di rischio**, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.

Progetto Salute

Strumento di **programmazione, gestione e verifica**; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "**bisogno di salute**"
Rende accessibili i diversi **Piani Individuali Assistenziali (PAI)** e **Piani Riabilitativi Individuali (PRI)** anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale ed i sistemi di **e-health**.
Organizza le informazioni per il **FSE**



L'adozione di un **modello di stratificazione comune** su tutto il territorio nazionale permetterà lo **sviluppo di un linguaggio uniforme** che vuole garantire **equità di accesso** ed **omogeneità di presa in carico**.

Distretto: *Funzioni e Standard Organizzativi*



Il Distretto è un'articolazione **organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) sul Territorio**. Il Distretto Sociosanitario si compone di circa **100.000 abitanti**, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio. La programmazione deve prevedere i seguenti standard.

1 Almeno **1 Casa della Comunità hub** ogni **40.000-50.000 abitanti**.

2 **Case della Comunità spoke** e **ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta** tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di **favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso**, in particolare nelle aree interne e rurali. **Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità** avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

3 Almeno **1 Infermiere di Famiglia e Comunità** ogni **2.000 - 3.000 abitanti**.

4 Almeno **1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere)** ogni **100.000 abitanti**.

5 **1 Centrale Operativa Territoriale** ogni **100.000 abitanti** o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

6 Almeno **1 Ospedale di Comunità** dotato di **20 posti letto** ogni **50.000 - 100.000 abitanti**.

Casa della Comunità e Infermiere di Famiglia e Comunità



La **Casa della Comunità (CdC)** è il luogo fisico di riferimento per la comunità su cui insiste, è un luogo di prossimità e di facile individuazione dove la **comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria** al fine di trovare risposta ad un proprio bisogno di salute. La CdC introduce un **modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare** attraverso un'**équipe multiprofessionale territoriale**. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Si riportano di seguito i requisiti/standard da considerare

1 Almeno **1 Casa della Comunità hub** ogni **40.000-50.000 abitanti**

Almeno **8-12 Infermieri, 5-8 unità di Personale di Supporto** (Sanitario, Sociosanitario, Amministrativo e Tecnico).

2 **Casa della Comunità spoke** e **ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta** tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la **capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso**, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle **Casa della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali**.

L'introduzione dell'**Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)** (D.L. n. 34/2020, art. 1 c. 5, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77, e le "**Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità**" della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome) ha l'obiettivo di **rafforzare il sistema assistenziale sul territorio**, finalizzato a promuovere una **maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria**, favorendo l'**integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità**.



Almeno **1 Infermiere di Famiglia e Comunità** ogni **2.000 - 3.000 abitanti**. *Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia e Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.*

Unità di Continuità Assistenziale, Centrale Operativa Territoriale e Centrale Operativa 116117

UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (UCA)



Équipe mobile distrettuale, collegata alle **COT**, per la **gestione** e il **supporto** della **presa in carico di individui o di comunità**, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

Composta da almeno **un medico ed un infermiere** che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di **strumenti di telemedicina** (es. televisita e teleassistenza) e in **collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP**. La **sede operativa** dell'UCA è la **Casa della Comunità hub** alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)



Modello organizzativo distrettuale che ha come obiettivo quello di quello di **assicurare continuità, accessibilità ed integrazione** dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. **Operativa 7 giorni su 7** e deve essere dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche.

Svolge una **funzione di coordinamento della presa in carico della persona** e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e **dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza**. Composta da almeno **5-6 infermieri e almeno 1-2 unità di Personale di Supporto** (Sanitario, Amministrativo e Tecnico) per un **Distretto standard di 100.000 abitanti**.

CENTRALE OPERATIVA 116117



Sede del **Numero Europeo Armonizzato (NEA)** per le cure mediche non urgenti offre un **servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7** per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Una Centrale Operativa NEA 116117, offre un servizio diretto, per un **bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni di abitanti**, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi **accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali**.

Assistenza Domiciliare e Ospedale di Comunità

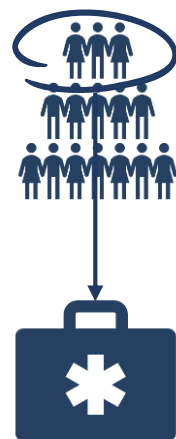
Assistenza Domiciliare



L'Assistenza Domiciliare è un **servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile** nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

Standard

10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente



10%

Ospedale di Comunità



L'Ospedale di Comunità è una **struttura sanitaria di ricovero** che afferisce alla rete di offerta dell'**Assistenza Territoriale** e svolge una **funzione intermedia** tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la **finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei** al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard

Almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti.

9 Infermieri, 1 Coordinatore Infermieristico, 6 Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di Personale di Supporto (Sanitario e Amministrativo) e un Medico per almeno 4,5 ore al giorno 7 giorni su 7

0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Rete delle cure palliative

La **legge n.38 del 15 marzo 2010** e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito il modello di **sviluppo delle reti di cure palliative** in termini di **accreditamento** delle strutture e delle reti, di **attuazione, gestione e coordinamento** dei **percorsi assistenziali integrati** e riconoscimento delle competenze professionali.



La **rete delle cure palliative** è costituita da **servizi e strutture** in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice del paziente. I servizi della rete **garantiscono cure e assistenza** a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico, evolutivo e a prognosi infausta per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vitae

La **Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)** è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi livelli assistenziali in un territorio. Pertanto, la rete **agisce** sul territorio **assicurando l'erogazione dell'assistenza**:

- nell'ambito di **strutture di degenza ospedaliera** attraverso un servizio specialistico di Medicina e Cure palliative che eroga consulenza al letto del paziente, attivazione dei percorsi di cure palliative, attività in ambito specialistico ambulatoriale e ricovero in regime diurno;
- **a domicilio del paziente**, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale (Unità di Cure Palliative - UCP), a supporto del medico di medicina generale;
- all'interno di **strutture di ricovero dedicate**, l'**Hospice**, con almeno **10 posti letto ogni 100.000 abitanti**.

Questi **servizi** devono essere garantiti sulla base dei **criteri e requisiti** previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'**Intesa del 25 luglio 2012**, l'**Accordo del 27 luglio 2020** (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'**Accordo del 25 marzo 2021**.



Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie



Il **Consultorio Familiare** garantisce tutte le **prestazioni descritte nell'articolo 24** del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (**DPCM**) **12 gennaio 2017**, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante **l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche**, necessarie ed appropriate.

Si può definire come **una struttura aziendale a libero accesso e gratuita**, deputata alla prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolta alla donna, al minore, alla famiglia in senso ampio, in linea con le evoluzioni sociali correnti e al contesto comunitario di riferimento dei predetti.

Qual è lo standard?

1

Garantire almeno un consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di **1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali**. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza..

2

Le **figure professionali** che possono operare nel CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'ostetrica, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale amministrativo, ed altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (terp), l'assistente sanitario, l'avvocato.

Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico

Il **Dipartimento di Prevenzione (DP)**, come previsto dall'**articolo 7 del decreto legislativo 502/1992** e successive modificazioni ed integrazioni (**Articoli 7-bis, 7-ter e 7-quater**), ha il compito di **promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale**, mediante **iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere**, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.



Alla luce di quanto definito dal LEA "*Prevenzione collettiva e sanità pubblica*", come da **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017**, il DP garantisce attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti il **supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica**.

Per garantire il supporto tecnico-scientifico, il DP adempie a due attività

1

Opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovrintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa **punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorità nazionali, regionali e locali**.

2

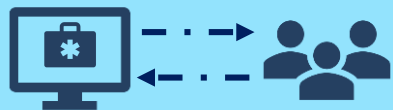
Garantisce il supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a **promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi** nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità.



Lo **standard massimo di popolazione** per il Dipartimento di Prevenzione è di **1: 500.000 abitanti** (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

Telemedicina

La telemedicina è una **modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie e sociosanitarie a distanza**, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario). Inoltre, **rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria**, già consolidato in diversi ambiti sanitari, **consentendo**, se inclusa in una rete di cure coordinate, **l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione**.



Le diverse **prestazioni e servizi di telemedicina** costituiscono un'**opportunità e un fattore abilitante per la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria**, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari sia, in un'ottica di **medicina personalizzata**, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "*Patto per la Salute 2019-2021*".

Cosa comporta?



L'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del D. Lgs. 502/1992*", nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale.

Sistemi Informativi e di Qualità (1/2)



Le **Unità Operative Territoriali** che compongono il Distretto Sociosanitario devono essere dotate di **soluzioni digitali** idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza. È **necessario rendere disponibili** a ciascun Distretto, anche nell'ambito dei sistemi regionali, **infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili** sia con i sistemi dell'**ecosistema di sanità digitale nazionali** (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e **regionali** (FSE, CUP, etc.) nonché con le **soluzioni di telemedicina**.

I Sistemi Informativi del Distretto devono essere in grado di:

- 1** Produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR.
- 2** Produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, HOSPICE, ecc.), nonché assicurare la necessaria evoluzione applicativa per la produzione dei flussi informativi di prossima attivazione (riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e cure primarie).
- 3** Interoperare con il repository centrale del Fascicolo Sanitario Elettronico al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto.
- 4** Interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.

I sistemi informativi del Distretto devono essere sottoposti a certificazione da parte della Regione per assicurare il rispetto di requisiti di qualità e completezza nella produzione dei dati.



Sistemi Informativi e di Qualità (2/2)

Attività di monitoraggio e valutazione

Il **monitoraggio semestrale** degli standard previsti dal presente regolamento è **assicurato dal Ministero della Salute per il tramite dell'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas)**.



1

Agenas, procederà ad **elaborare una relazione**, che **invierà al Ministero della Salute semestralmente** sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma, degli **standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione** in ambito sanitario, ambientale e climatico.

2

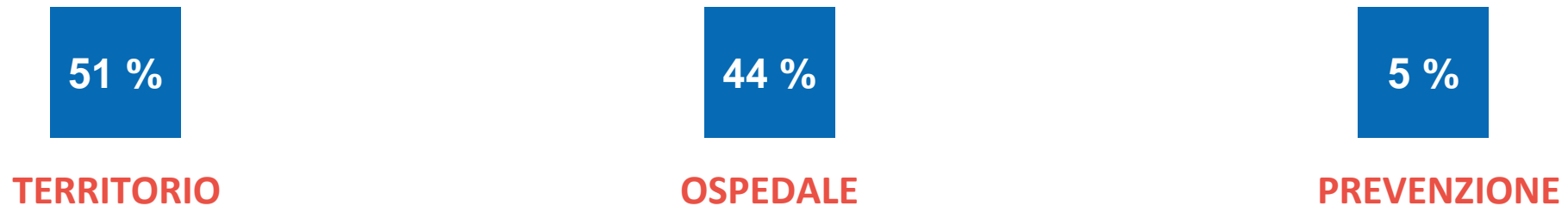
Relativamente ai **Livelli Essenziali di Assistenza**, si rinvia all'**aggiornamento dell'elenco degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia**, di cui all'articolo 9 del decreto legislativo n. 56/2000, contenuti nell'Allegato I del decreto del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze concernente il "*Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*" del 12 marzo 2019, ai sensi dell'articolo 5 del medesimo decreto. **La verifica di attuazione del regolamento, sarà oggetto di valutazione annuale da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nell'ambito degli adempimenti ai quali sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento del SSN (Legge 191/2009).**

II PNRR
È un lascito
Non è una rendita

Conclusione

La discontinuità si deve vedere anche nell'adeguamento di una serie di regole

I livelli di assistenza (L.A.) possono rimanere come ora?



Allora se il territorio deve incrementare chi diminuisce?

Quindi il nuovo DM 70 deve avere parametri e standard ancora più restrittivi per garantire volumi ed esiti

Il “ DM 71 “ abbisogna di riforme in forte **discontinuità** per il personale operante sul territorio