

*Convegno Reti ospedaliere: strumenti e modelli
per la programmazione, Roma, 5 novembre 2009*

La riorganizzazione ospedaliera: quadro normativo

Mariadonata Bellentani
bellentani@agenas.it

Indice

- ❖ Orientamenti internazionali
 - ❖ la scelta del riequilibrio ospedale-territorio;
 - ❖ lo sviluppo delle reti secondo modelli ad alta intensità
- ❖ L'evoluzione normativa in Italia:
 - ❖ standard rete ospedaliera
 - ❖ classificazione degli ospedali
- ❖ Gli assetti istituzionali
- ❖ Gli orientamenti attuali in un contesto di Federalismo-Patto per la Salute

Gli orientamenti internazionali

Il cambiamento della domanda (malattie croniche causa principale di mortalità e morbosità in Europa)

Le nuove possibilità della tecnica ed i progressi della ricerca

I mutamenti socio-economici



Alta specializzazione e modelli hub and spoke

Sviluppo dei servizi territoriali

Rechel et al., 2009. Investing in hospitals of the future Eu Observatory studies series N.16

Busse R. et al., 2009. Managing Chronic Disease in Europe

"Now more than ever" Primary Health Care The world health report. WHO, 2008

L'evoluzione normativa in Italia

- ✓ La riorganizzazione della rete ospedaliera è una priorità dagli anni '80. I primi **standard** sono fissati dalla **legge 595 del 1985**.
- ✓ La obbligatoria **riconversione degli ospedali al di sotto dei 120 p.l.** nasce nel **1988-1989**; **1996 responsabilizzazione delle Regioni** per le scelte di riorganizzazione in adeguamento agli std nazionali.
- ✓ Il tasso di occupazione passa dal **70-75%** della **legge 08.08.1985 n.595** all'**80%** di cui il 20 per i p.l. diurni nell'**Intesa Stato Regioni 23.05.2005**
- ✓ Gli standard attuali sono in fase di ridefinizione:
 - Si prevedono 4 p.l. x 1.000 ab., di cui lo 0,7/1000 per la riabilitazione, e non più dello 0,035 per riabil. con codice 75;
 - inoltre riduzione da 60 a 45 gg della degenza max per la lungodegenza, con successiva riduzione del 30% della tariffa

Evoluzione normativa dei Posti Letto

1968	D.M.13.08.1968	12 p.l./1000 ab.
1985 1988	L. 8.08.1985 n. 595 art 10 D.M. 13.09.1988	6.5 p.l./1000 ab. 5.5 p.l./1000 ab x acuti 1 p.l./1000 ab. Riservato alla riabilitazione
1991	D.M. 30.12.1991 n. 412	6.0 p.l./1000 ab. 5.5 p.l./1000 ab x acuti 0.5 p.l./1000 ab. Riservato alla riabilitazione
1994	L24.12.1993 n. 537 art.8 co.18 – Finanziaria 1994	5.5 p.l./1000 ab. 4.5 p.l./1000 ab x acuti 1 p.l./1000 ab. Riservato alla riabilitazione
2001	Accordo Stato Regioni 08.08.2001 L.16.11.2001 n.405 art. 3	5.0 p.l./1000 ab. 4 p.l./1000 ab x acuti 1 p.l./1000 ab. Riservato alla riabilitazione
2005	Intesa Stato Regioni 23.03.2005 art. 4, co.1	4.5 p.l./1000 ab. Comprensivi della riabilitazione e lungodegenza post-acutie (5% di variazione in rapporto alla distribuzione demografica della pop. nella penisola)
2008	L.06.08.2008 n.133 art.79	Prevede una riduzione dei p.l.da definire con Intesa Stato Regioni
2009	Atti in via di definizione	4.0 p.l./1000 ab. 3.3 p.l./1000 ab x acuti 0.7 p.l./1000 ab. Riservato alla riab. (Max. 0.035 al cod.75) (3% di variazione in rapporto alla distribuzione demografica della pop.- >65 anni - nella penisola)

Un sistema in cambiamento

- Manca un riferimento chiaro per i nuovi scenari di welfare (crisi del modello tradizionale di ospedale; crisi del modello sociale)
- Alla ricerca di un riequilibrio dei settori
 - Cure e Strutture “intermedie”
 - Centri Autonomi di Day Surgery
 - Chirurgia Ambulatoriale
 - Medicina di Base
 - Assistenza Residenziale e Domiciliare
- Riduzione dei posti letto ospedalieri (oltre il 30% dal 1998 al 2006) e trasformazione dei setting assistenziali
- Dal PSN 1998-2000 sono attribuite più risorse al territorio rispetto all'ospedale
- Crescita lenta e non uniforme dei servizi sociosanitari territoriali (problema di equità nei LEA)

L'approccio alla long term care

Sistema ospedaliero e Sistema dell'assistenza primaria	
Assistenza Ospedaliera <i>"Paradigma dell'attesa"</i>	Assistenza Primaria <i>"Paradigma dell'iniziativa"</i>
Ha intensività tecno-assistenziale ed elevata standardizzazione dei processi	Ha estensività socio-assistenziale e modularità della risposta
E' orientato alla produzione di prestazioni e alla cura dell'episodio acuto	E' orientato alla gestione di processi assistenziali e alla continuità delle cure
Presidia l'efficienza e i risultati sull'episodio acuto	Presidia l'efficacia e i risultati sul benessere della persona
Tende all'accentramento e alla verticalità per realizzare economie di scala	Tende al decentramento e alla orizzontalità per valorizzare il capitale sociale
Punta all'eccellenza	Punta all'equità
L'integrazione tra i due sistemi avviene attraverso la costituzione di un'unica rete assistenziale	

Rielaborato da schema di G.Maciocco, 2006.



La Classificazione degli ospedali

Legge Petraggiani R.D. 30-9-1938 n. 1631		
I Categoria	II Categoria	III Categoria
Osp. con una media giornaliera di oltre 600 degenze	Osp. con una media giornaliera da 200 a 600 degenze	Osp. con una media giornaliera da 30 a 200 degenze
Osp. specializzati con una media giornaliera di oltre 200 degenze	Osp. specializzati con una media giornaliera da 100 a 200 degenze	Ospedali specializzati con una media giornaliera di degenze da 30 a 100
Infermerie istituti per malati (acuti, convalescenti, cronici) che non hanno bisogno di cure specializzate e di interventi chirurgici di particolare importanza		

Legge Mariotti L. 132 del 1968			
Ospedale generale regionale	Ospedale generale provinciale	Ospedale generale di zona	Ospedale specializzato prov. e regionale

Dal 1978 ad oggi NON è presente alcuna classificazione nella Normativa nazionale

Tipologie di strutture ospedaliere

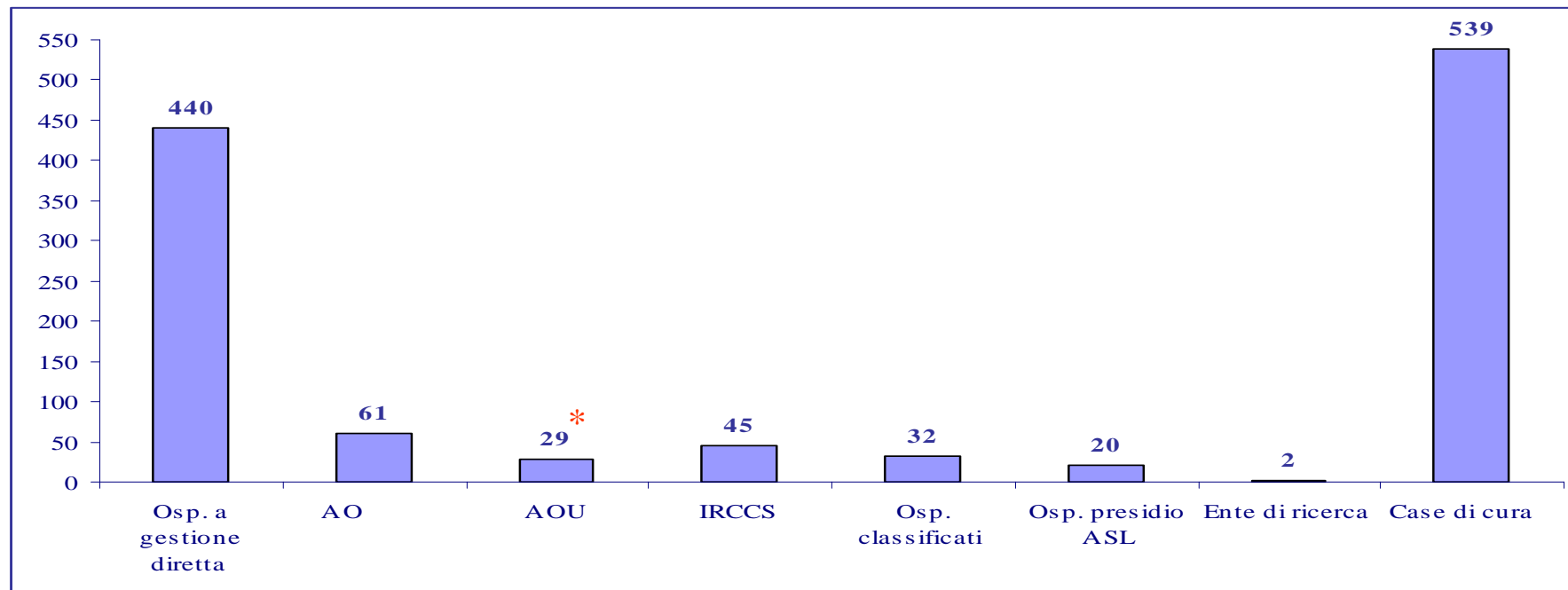


- Aziende ospedaliere
- Presidi ospedalieri di ASL, a gestione diretta
- Ospedali religiosi classificati ed equiparati alle strutture pubbliche
- IRCCS pubblici e privati
- Aziende ospedaliero-universitarie (AOU)
- Policlinici universitari a gestione diretta (non ancora AOU)
- Case di cura private

Tipologia di strutture ospedaliere in Italia

Regioni	Pop. res 2008	Tot istituti di ricovero
Piemonte	4.401.266	76
Valle D'Aosta	125.979	1
Lombardia	9.642.406	154
P.A. di Bolzano	493.910	11
P.A. di Trento	513.357	14
Veneto	4.832.340	46
Friuli V. Giulia	1.222.061	44
Liguria	1.609.822	22
Emilia Romagna	4.275.802	71
Toscana	3.677.048	70
Umbria	884.450	16

Regioni	Pop. res 2008	Tot istituti di ricovero
Marche	1.553.063	43
Lazio	5.561.017	113
Abruzzo	1.323.987	35
Molise	320.838	13
Campania	5.811.390	123
Puglia	4.076.546	66
Basilicata	591.001	10
Calabria	2.007.707	72
Sicilia	5.029.683	122
Sardegna	1.665.617	46
Italia	59.619.290	1.168



* Sono inclusi i due Policlinici Universitari a gestione diretta di diritto privato

Assetti istituzionali – il quadro delle strutture ospedaliere

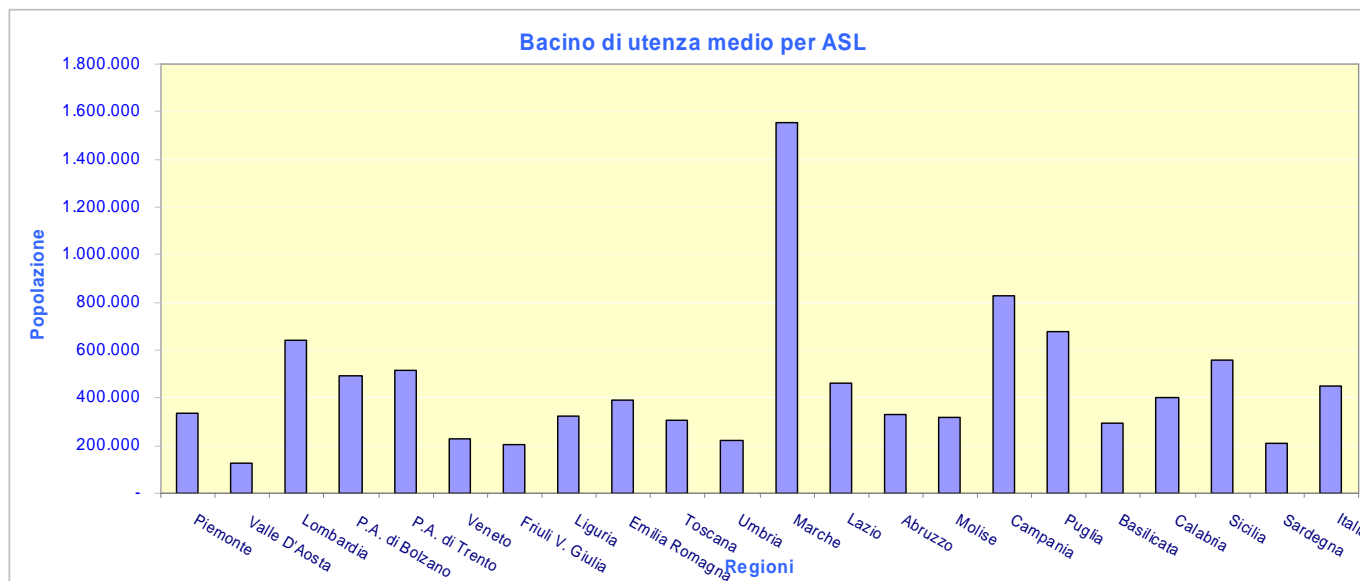
Regioni	Pop. res 2008	Osp. a gestione diretta	AO	AOU	IRCCS pubblici	IRCCS privati	Osp. classificati o assimilati	Osp. presidio ASL	Enti di ricerca	Case di cura	TOT
Piemonte	4.401.266	24	5	3	-	-	-	5	-	39	76
Valle D'Aosta	125.979	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Lombardia	9.642.406	2	29	-	4	13	7	1	-	98	154
P.A. di Bolzano	493.910	7	-	-	-	-	-	-	-	4	11
P.A. di Trento	513.357	8	-	-	-	-	2	-	-	4	14
Veneto	4.832.340	21	-	2	1	1	7	7	-	7	46
Friuli V. Giulia	1.222.061	12	1	2	2	1	-	-	-	26	44
Liguria	1.609.822	12	-	1	2	-	2	-	-	5	22
Emilia Romagna	4.275.802	20	1	4	1	-	-	-	-	45	71
Toscana	3.677.048	32	-	4	-	-	-	3	1	30	70
Umbria	884.450	9	2	-	-	-	-	-	-	5	16
Marche	1.553.063	29	1	1	1	-	-	-	-	11	43
Lazio	5.561.017	51	3	1 + 2 *	3	5	8	2	-	38	113
Abruzzo	1.323.987	22	-	-	-	-	-	-	-	13	35
Molise	320.838	6	-	-	-	1	-	-	1	5	13
Campania	5.811.390	39	8	2	1	1	3	1	-	68	123
Puglia	4.076.546	29	-	2	2	1	2	-	-	30	66
Basilicata	591.001	7	1	-	1	-	-	-	-	1	10
Calabria	2.007.707	32	4	-	1	-	-	-	-	35	72
Sicilia	5.029.683	48	5	3	1	1	1	1	-	62	122
Sardegna	1.665.617	29	1	2	1	-	-	-	-	13	46
Italia	59.619.290	440	61	27+ 2 *	21	24	32	20	2	539	1168

* Due policlinici universitari a gestione diretta diritto privato Dati 2009, eccetto osp. a gestione diretta-dati 2006

Assetti istituzionali - Asl e distretti 2009

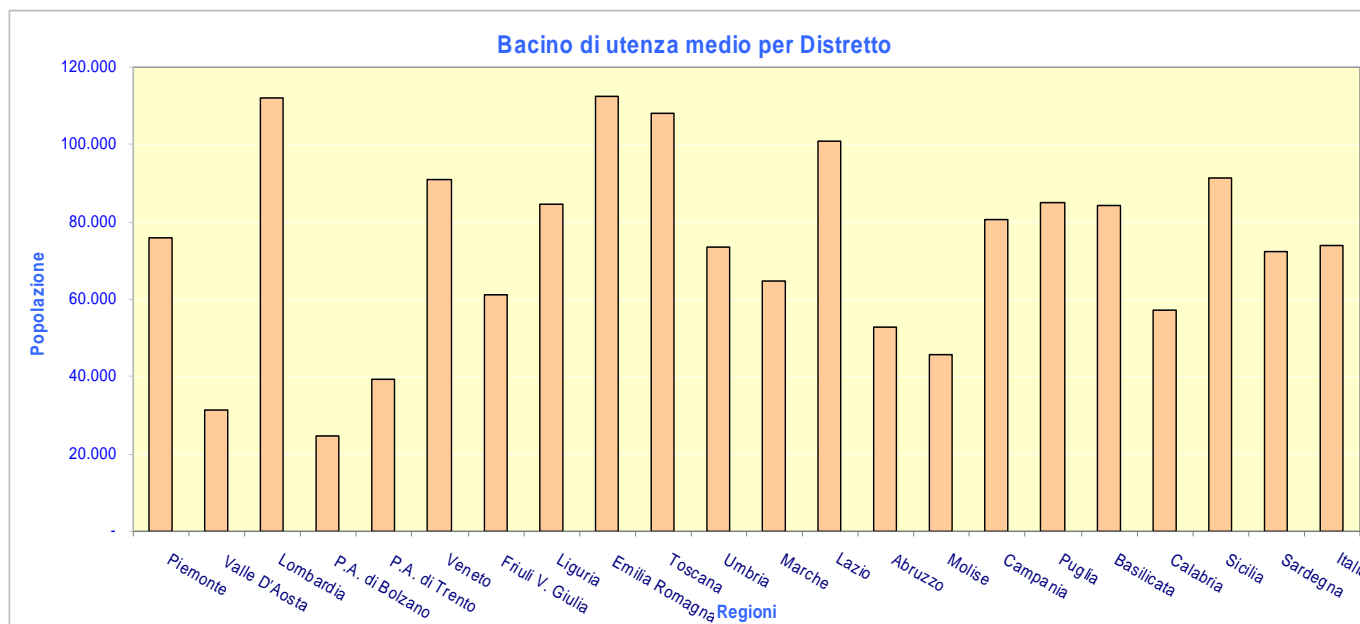
Si passa dal **659** USL del 1992 a **145** ASL nel 2009 con bacino di utenza media 448.984 ab.

(min 125.979 Val d'Aosta – max 1.553.063 Marche)



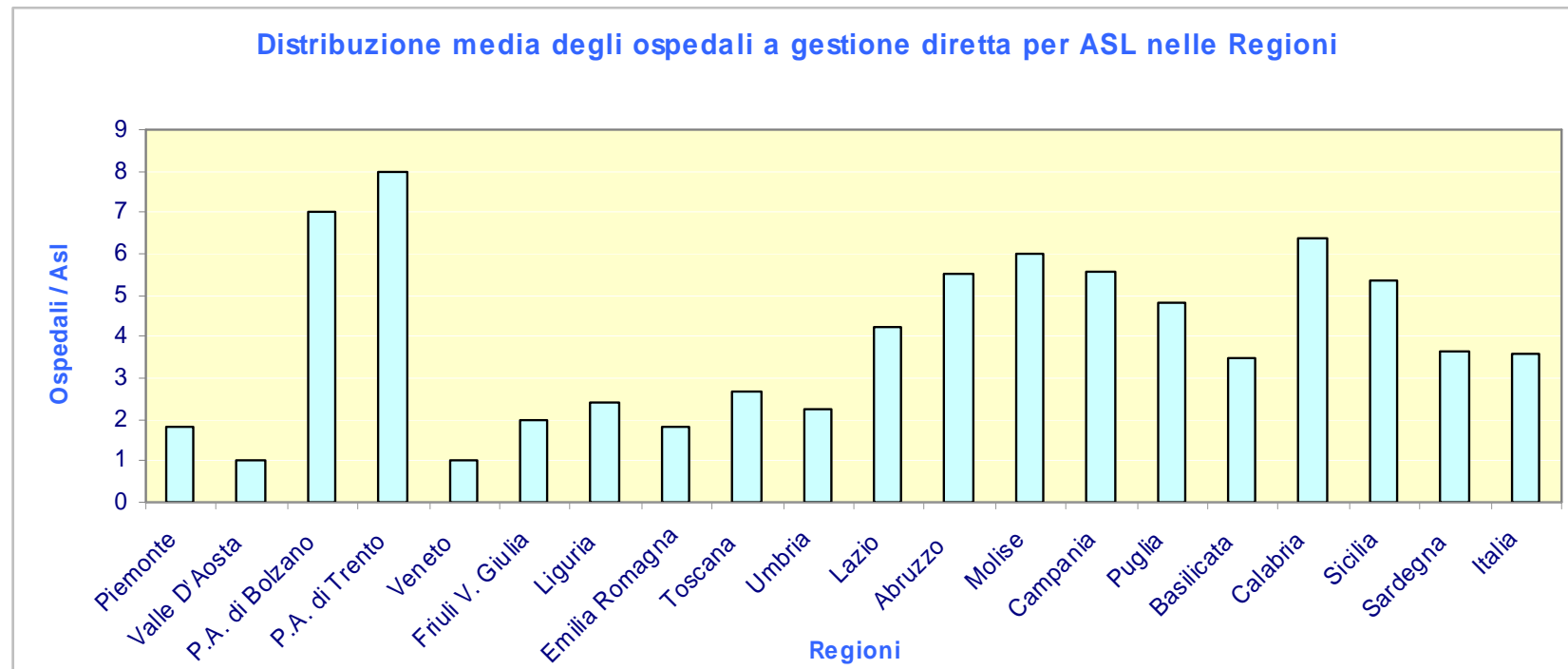
Si passa da **945** distretti nel 1999 a **708** distretti con un bacino di utenza media 73.856 ab.

(min 24.695 Bolzano max 112.521 Emilia Romagna)



Assetti Istituzionali – Ospedali a gestione diretta - 2006

440 ospedali a gestione diretta con media di 3.7 osp/Asl
fatta eccezione Marche (29 osp.) e Lombardia (2 osp.)



Assetti istituzionali - Aree vaste - 2009

Regione	Atto	Aree	Bacino di utenza
Piemonte	L.R. n. 18 del 6.8.2007 (art. 23); DGR n.9-9007 del 20.06.2009	5	Sono 5 aree di coordinamento sovra-zonale; circa 800.000 abitanti. Le aree hanno valenza essenzialmente logistico – amministrativa; anche CUP e sistema informativo. <ol style="list-style-type: none"> 1. Area Torino – Aziende sanitarie locali 2. Area Torino – Aziende Ospedaliere 3. Area Novara 4. Area Cuneo 5. Area Alessandria
Veneto	DGR n. 3456 del 5/11/2004 “Linee guida di indirizzo - costituzione dell’area vasta” DGR 2846 del 12/09/2006	5	Livello provinciale, con almeno 1 milione abitanti e aggregazione delle 2 ULSS con meno abitanti (Belluno e Treviso; Rovigo e Padova) ; Valenza sia tecnico-logistica che programmatoria <ol style="list-style-type: none"> 1. Area vasta Vicenza, capofila ULSS n.6 di Vicenza 2. Area vasta di Treviso e Belluno, capofila ULSS n. 9 di Treviso 3. Area vasta di Venezia e Rovigo, capofila ULSS n. 12 di Venezia 4. Area vasta di Padova, capofila ULSS n. 16 di Padova 5. Area vasta di Verona, capofila ULSS n. 20 di Verona
Friuli V. Giulia	PSSR 2006-2008 (DGR n. 2843 del 24/11/2006)	3	Circa 400.000 ab., provinciale per UD e PN, sovraprov. Per TS-GO; Valenza sia tecnico-logistica che programmatoria <ol style="list-style-type: none"> 1. Area Vasta TS-GO (Territorio, Az. OU, Burlo) -Giuliano Isontina 2. Area Vasta UD (Territorio, Az. OU) -Udinese 3. Area Vasta PN (Territorio, AO) - Pordenonese
Emilia Romagna	PSR 1999-2001 e PSSR 2008- 2010	3	Almeno 1.000.000 di abitanti; Valenza di programmazione interaziendale <ol style="list-style-type: none"> 1. Area vasta Emilia Nord (AVEN), comprende le Ausl di Piacenza, Reggio Emilia, Modena, 2 AOU, 1 AO; 2 milioni ab. 2. Area vasta Emilia Centro (AVEC) comprende le Ausl di Bologna, Imola e Ferrara 3. Area vasta Romagna (AVR) comprende le Ausl di Rimini, Ravenna, Forlì e Cesena
Toscana	PSR 2002-2004; PSR 2005-2007 L.R.24.02.2005, n. 40	3	Coincidono con i bacini di riferimento delle 3 AOU; valenza programmatoria; istituita l’ ESTAV per servizi tecnici amministrativi <ol style="list-style-type: none"> 1. Area vasta centro comprende le 4 ASL di Firenze, Empoli, Prato, Pistoia e le AO di Careggi e del Meyer 2. Area vasta nord-ovest comprende le 5 ASL di Massa Carrara, Lucca, Viareggio, Pisa, Livorno e la AOU Pisana 3. Area vasta sud-est, comprende le 3 ASL di Arezzo, Siena, Grosseto e la AO di Siena
Marche	DGR 26.2.2009, n. 115	4	Circa 380.000 ab., livello provinciale (non prevista a Fermo); valenza logistico-amm. e programmatoria <ol style="list-style-type: none"> 1. Ancona 2. Macerata 3. Pesaro-Urbino 4. Ascoli Piceno
Liguria	L.R. 07.12.2006 n.41 art.7 PSSR 2009-11 (DGR 30.09.2009 n.29)	3	Sono 3 aree ottimali; bacino di utenza 570.000 abitanti; Funzioni uniche di programmazione interaziendale a rete integrata di: assistenza e cura; gestione unitaria attività tecnico amm.ve; aggiornamenti tecnologici. <ol style="list-style-type: none"> 1. Area Levante; 2. Area Ponente; 3. Area Centro

I nuovi orientamenti

- Patto della Salute (prime indicazioni condivise il 23 ottobre 2009)
- Federalismo Fiscale (L. 42 del 2009) – costi standard
- Proposta di definizione dei LEA
- Accreditamento
- Messa in sicurezza e ammodernamento delle strutture (ex art. 20 L.67/88)

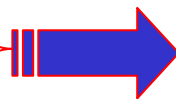
I nuovi orientamenti

Patto della Salute
(sulla base degli
elementi condivisi il
23.10.2009)

Messa in sicurezza e
investimenti (art.20
L.67/88)

Proposta di
definizione dei LEA

Accreditamento



Revisione reti assistenziali e standard (bench-
marking tra Regioni; riferimenti vincolanti per
Regioni in Piano di rientro)

Nuove modalità di verifica e di affiancamento
Regioni in Piano di rientro

Non Autosufficienza e welfare (per il 2010:
400 mil. euro per Fondo NA; incremento 30 mil.
Fondo Naz. Sociale)

Programmi di investimenti in sanità
(incremento 4.715 milioni di euro nel 2010-2012;
premialità Regioni virtuose; possibile utilizzo
fondi FAS)

Scelte sui nuovi LEA (es. trasferibilità da 43 a
108 DRG da RO a DH/DS; 24 DRG in chirurgia
ambulatoriale/ambiente protetto)

Possibile proroga dei termini per
accreditamento definitivo strutture private

Grazie per l'attenzione

Contact
bellentani@assr.it