

Tabella 4.2. Posti letto dei reparti ospedalieri attivi a inizio anno – Strutture di ricovero pubbliche ed equiparate e case di cura private accreditate – Distribuzione per acuti/non acuti – Indicatori per 1.000 abitanti (Anno 2011, dati provvisori)

Regione	Posti letto per acuti			Posti letto per non acuti		
	Pubblici	Accreditati	Totale	Pubblici	Accreditati	Totale
Piemonte	2,9	0,3	3,2	0,5	0,5	1,0
Valle d'Aosta	3,5	0,0	3,5	0,1	0,6	0,7
Lombardia	2,9	0,5	3,4	0,5	0,4	0,9
PA di Bolzano	3,4	0,1	3,5	0,2	0,4	0,6
PA di Trento	3,1	0,2	3,3	0,4	0,8	1,2
Veneto	3,2	0,2	3,3	0,5	0,1	0,6
Friuli Venezia Giulia	3,6	0,4	4,0	0,3	0,1	0,3
Liguria	3,7	0,0	3,7	0,4	0,1	0,5
Emilia Romagna	3,1	0,6	3,8	0,5	0,4	0,9
Toscana	3,0	0,4	3,4	0,1	0,2	0,3
Umbria	2,9	0,3	3,1	0,3	0,0	0,4
Marche	3,2	0,3	3,5	0,3	0,3	0,5
Lazio	2,9	0,4	3,4	0,3	0,6	0,9
Abruzzo	2,8	0,4	3,3	0,2	0,3	0,6
Molise	3,4	0,3	3,8	0,7	0,3	0,9
Campania	2,2	0,8	3,0	0,1	0,2	0,3
Puglia	2,8	0,4	3,2	0,3	0,2	0,4
Basilicata	3,0	0,1	3,1	0,5	0,2	0,6
Calabria	2,5	0,8	3,3	0,1	0,4	0,5
Sicilia	2,3	0,7	3,1	0,2	0,2	0,3
Sardegna	3,1	0,6	3,7	0,1	0,2	0,2
Italia	2,9	0,5	3,3	0,3	0,3	0,6

Acuti: sono escluse le discipline: 22 - Residuale manicomiale, 28 - Unità spinale, 56 - Recupero e riabilitazione funzionale, 60 - Lungodegenti, 75 - Neuro-riabilitazione, 99 - Cure palliative/hospice.

Non acuti: sono considerate le discipline: 22 - Residuale manicomiale, 28 - Unità spinale, 56 - Recupero e riabilitazione funzionale, 60 - Lungodegenti, 75 - Neuro-riabilitazione, 99 - Cure palliative/hospice.

Fonte: Ministero della salute – Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario – Ufficio di Direzione Statistica.

- scelte cliniche;
 - presenza di strutture universitarie;
 - sviluppo della rete territoriale.
- Inoltre, si possono registrare:
- classificazione di alcune discipline non sempre omogenea da Regione a Regione, per esempio nelle strutture ospedaliere organizzate per aree di intensità di cura;
 - attribuzione alla rete ospedaliera di attività residenziali territoriali (es. hospice, psichiatria).

Appare opportuno, pertanto, approfondire le cause che sono alla base delle più significative differenze inter-regionali.

A fronte della riduzione dei posti letto per acuti, si rileva anche una riduzione del relativo tasso di ospedalizzazione, con riferimento ai ricoveri in regime ordinario di residenti, dimessi da strutture pubbliche e private accreditate.

Confrontando i tassi di ospedalizzazione standardizzati per età e sesso relativi al 2009 e 2011 si rileva una generale riduzione dell'ospedalizzazione, che a livello nazionale passa da 120 a 108 dimissioni per 1.000 abitanti. A livello regionale si rilevano diminuzioni dell'ospedalizzazione anche più accentuate in alcune Regioni, quali Calabria, Friuli Ve-

Tabella 4.3. Distribuzione regionale delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate e dei posti letto per classi di posti letto e dimensione media delle strutture (Anno 2011, dati provvisori)

Regione	N. istituti pubblici per classi di posti letto			Totale istituti pubblici	Dimensione media (posti letto)
	≤ 120	121-400	> 400		
Piemonte	7	15	17	39	387
Valle d'Aosta			1	1	453
Lombardia	7	20	34	61	555
PA di Bolzano	3	3	1	7	258
PA di Trento	3	3	2	8	234
Veneto	7	12	19	38	473
Friuli Venezia Giulia	4	9	3	16	299
Liguria	2	1	9	12	554
Emilia Romagna	2	10	15	27	594
Toscana	14	16	11	41	288
Umbria	2	7	2	11	262
Marche	2	11	3	16	335
Lazio	25	34	11	70	262
Abruzzo	6	9	3	18	225
Molise		4	1	5	263
Campania	16	23	10	49	271
Puglia	2	27	8	37	334
Basilicata	3	5	1	9	223
Calabria	22	8	4	34	153
Sicilia	39	19	8	66	192
Sardegna	15	12	4	31	171
Italia	181	248	167	596	324

Nota: Sono state considerate tutte le tipologie di posti letto (day hospital, day surgery, degenza ordinaria e degenza ordinaria a pagamento), rilevate attraverso il modello HSP.12, dei reparti ospedalieri attivi a inizio anno.

Fonte: Ministero della salute – Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario – Ufficio di Direzione Statistica.

nezia Giulia, Puglia e Campania. In particolare, il tasso di ospedalizzazione 2011 assume il valore minimo in Friuli Venezia Giulia (74 per 1.000) e a seguire Veneto e Calabria, dove assume valori inferiori a 100 (rispettivamente 92 e 94 per 1.000) [Figura 4.1]. Per valutare l'efficienza organizzativa vengono qui proposti alcuni indicatori quali la degenza media grezza e, per superare l'effetto confondente della diversa complessità della casistica, la degenza media standardizzata per case-mix. Viene inoltre riportata la degenza media preoperatoria. Tutti gli indicatori proposti sono relativi ai ricoveri per acuti in regime ordinario. La degenza media accenna un lieve incremento, ma non varia

significativamente dal 2009 al 2011. La degenza media preoperatoria varia dal minimo di 1,32 giorni della Regione Marche a 2,43 della Regione Lazio (Tabella 4.4).

Per valutare congiuntamente complessità ed efficienza delle prestazioni erogate in reparti per acuti in regime di ricovero ordinario, si introducono i seguenti indicatori: l'Indice di Case-Mix (ICM), che esprime il grado di complessità della casistica trattata rispetto a una casistica standard di riferimento (la complessità della casistica è valutata in base al peso attribuito ai singoli DRG), e l'Indice Comparativo di Performance (ICP), che esprime il grado di efficienza rispetto a uno standard di riferimento. La lettura congiunta dei

Figura 4.1. Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri per acuti in regime ordinario) – Standardizzazione per età e sesso, con riferimento alla popolazione residente al Censimento 2001.

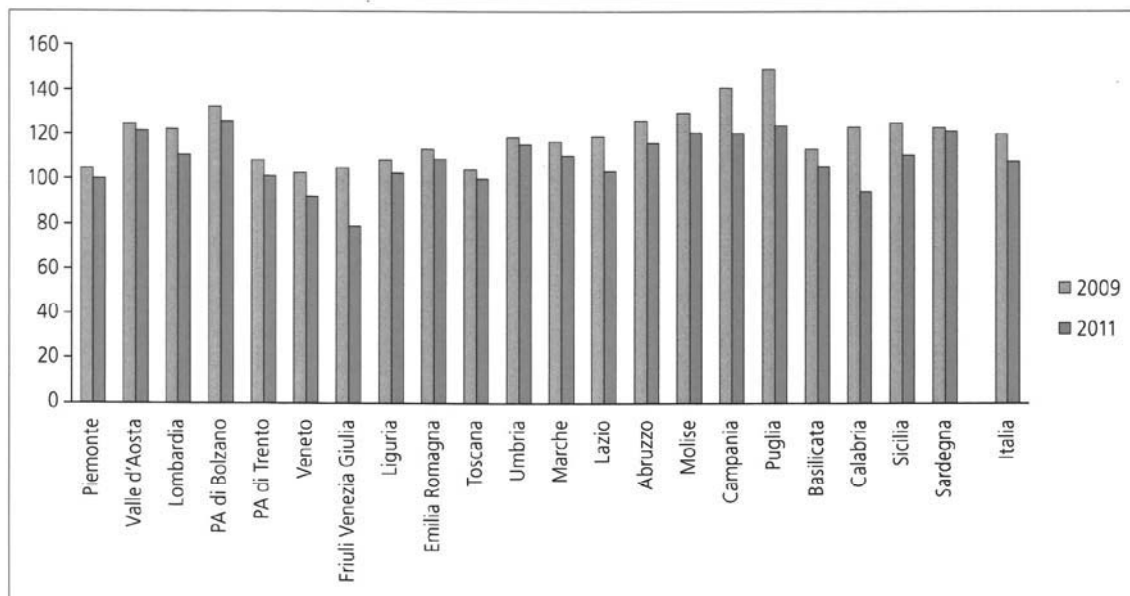
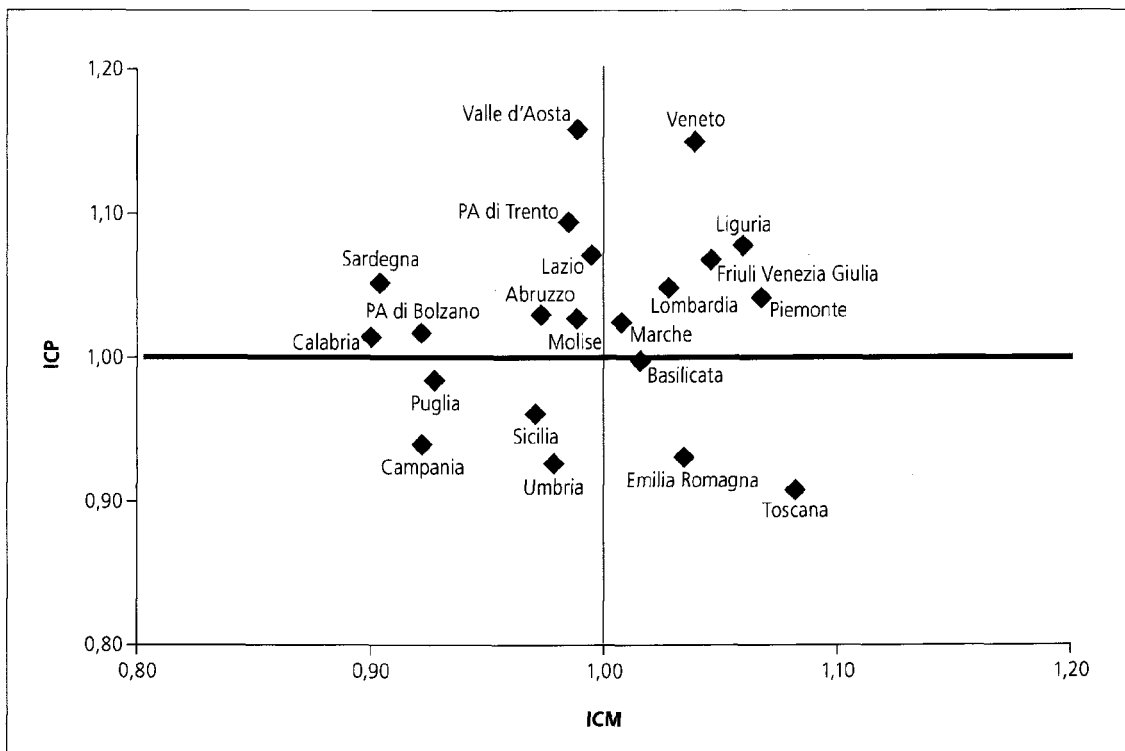


Tabella 4.4. Indicatori di efficienza per Regione – Attività per acuti in regime ordinario – Anno 2011

Regione	Degenza media (giorni)		Degenza media standardizzata per case-mix (giorni)		Degenza media preoperatoria (giorni)	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011
Piemonte	7,09	6,97	7,16	7,09	1,58	1,49
Valle d'Aosta	8,23	8,35	7,73	7,89	2,16	2,05
Lombardia	6,63	6,84	6,93	7,14	1,63	1,66
PA di Bolzano	6,84	6,79	6,96	6,93	1,59	1,62
PA di Trento	7,95	7,67	7,63	7,45	1,83	1,73
Veneto	8,07	8,21	7,66	7,83	1,84	1,83
Friuli Venezia Giulia	7,47	7,48	7,21	7,28	1,70	1,68
Liguria	8,05	8,16	7,15	7,34	2,28	2,31
Emilia Romagna	6,38	6,35	6,25	6,34	1,62	1,43
Toscana	6,66	6,48	6,26	6,18	1,47	1,41
Umbria	6,03	6,01	6,19	6,31	1,62	1,65
Marche	6,89	7,01	6,82	6,98	1,32	1,32
Lazio	7,00	7,13	7,15	7,30	2,49	2,43
Abruzzo	6,75	7,10	6,82	7,01	1,92	1,97
Molise	6,89	6,97	7,15	7,00	2,54	2,36
Campania	5,49	5,90	6,22	6,40	2,24	2,20
Puglia	6,29	6,32	6,65	6,71	2,16	2,17
Basilicata	6,92	6,85	6,76	6,80	2,37	2,37
Calabria	6,67	6,64	6,99	6,91	2,17	2,16
Sicilia	6,19	6,57	6,34	6,54	2,06	2,09
Sardegna	6,94	6,83	7,25	7,16	2,13	2,10
Italia	6,69	6,81	6,69	6,81	1,88	1,85

Figura 4.2. Indice di Case-Mix (ICM) e Indice Comparativo di Performance (ICP) [ricoveri per acuti in regime ordinario – Anno 2011].



due indicatori mediante una rappresentazione grafica ripartita in quadranti (*Figura 4.2*) fornisce un'immediata e sintetica visione sul grado di complessità della casistica ed efficienza rilevata per singola Regione. In particolare, la rappresentazione individua quattro aree con differente combinazione di complessità ed efficienza: il quadrante inferiore destro ($ICM > 1$, $ICP < 1$) è caratterizzato da elevata complessità con degenza inferiore allo standard di riferimento; il quadrante superiore destro ($ICM > 1$, $ICP > 1$) è anch'esso caratterizzato dall'elevata complessità e degenza superiore a quella standard di riferimento. I quadranti di sinistra rappresentano le Regioni con com-

plexità inferiore a quella standard e in particolare il quadrante inferiore ($ICM < 1$, $ICP < 1$) è caratterizzato da una degenza media più bassa rispetto allo standard, mentre quello superiore ($ICM < 1$, $ICP > 1$) da una degenza superiore allo standard, non giustificata dal grado di complessità della casistica trattata.

Bibliografia essenziale

Ministero della salute. Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale

Ministero della salute. I dati in formato aperto del Ministero della salute - Open data: www.dati.salute.gov.it. Ultima consultazione: settembre 2012

Ministero della salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero

4.2. Rete dell'emergenza-urgenza

Quadro programmatico. Il sistema di emergenza sanitaria ha assunto in questi ultimi anni un ruolo fondamentale nell'ambito del SSN e ha raggiunto una maturità organizza-

tiva e operativa che, rispondendo ai bisogni della popolazione, permette di assicurare non solo interventi di soccorso tempestivi e professionali sul territorio, ma anche l'ac-

cesso mirato alla rete ospedaliera assicurando e garantendo la continuità del soccorso. Il sistema è cresciuto a livello nazionale, anche se in modo non omogeneo, ed è diventato la cerniera tra i cittadini, i servizi territoriali e la rete ospedaliera, rispondendo in tal modo agli indirizzi di politica sanitaria che prevedono che a una rete ospedaliera sempre più specializzata debba corrispondere un potenziamento delle attività sul territorio. Allo stato attuale, a distanza di 20 anni dall'istituzione del sistema, l'esperienza consolidata e i dati a disposizione, alla luce anche dell'evoluzione tecnologica e dei cambiamenti dei bisogni della popolazione, consentono di affermare che non è più procrastinabile l'aggiornamento della normativa.

La programmazione nazionale, in attesa di avviare una più complessa attività di revisione delle Linee guida sull'emergenza-urgenza, si è prioritariamente orientata su alcuni aspetti critici, quali: la defibrillazione precoce sul territorio, normata con il decreto del 18 marzo 2011, l'Osservazione Breve Intensiva (OBI), il monitoraggio dei dati del nuovo flusso informativo (EMUR) e delle Regioni sottoposte a Piano di rientro relativamente all'aspetto specifico.

Una volta avviate le iniziative di cui sopra, sarà necessario focalizzare l'attenzione sul completamento della rete delle patologie acute ad alta complessità assistenziale e tempo-dipendenti, quali la sindrome coronarica acuta, l'ictus, il trauma, definendo i livelli delle strutture secondo il modello Hub & Spoke, in armonia con la rete dei Dipartimenti emergenza e accettazione (DEA) e con l'utilizzo della tecnologia più avanzata di trasmissione immagini e dati.

Stato di attuazione nei contesti regionali.

- Con il decreto del 18 marzo 2011, in relazione alla gestione dell'arresto cardiaco in ambito extraospedaliero al fine di assegnare risorse nel triennio pari a 8 milioni di euro, sono state date indicazioni alle Regioni per la realizzazione di programmi regionali finalizzati alla diffusione e all'utilizzo di defibrillatori semiautomatici esterni (DAE), indicando inoltre i criteri per l'individuazione dei luoghi, degli even-

ti, delle strutture e dei mezzi di trasporto dove deve essere garantita la disponibilità dei defibrillatori semiautomatici esterni, nonché le modalità della formazione degli operatori addetti.

- Nel corso del 2011 è stata avviata una ricognizione a livello nazionale sull'OBI, propedeutica all'elaborazione di specifiche Linee guida, orientata a rilevare come strumento di controllo dell'appropriatezza dei ricoveri il modello di OBI.
- Considerato che il sistema dell'emergenza-urgenza rappresenta uno degli ambiti più critici del SSN, non sorprende che gran parte delle Regioni sottoposte a Piani di rientro abbia previsto, e in molti casi già avviato, azioni mirate a migliorare le prestazioni fornite in tale ambito. Si osserva, infatti, che tutte le nove Regioni stanno realizzando quanto programmato in materia di riorganizzazione dei sistemi di emergenza-urgenza.
- Sulla base del decreto del Ministro della salute del 17 dicembre 2008 che ha istituito il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate in emergenza-urgenza (Sistema EMUR), sono stati elaborati i primi dati pervenuti dalle Regioni. Si sottolinea che dall'1 gennaio 2012 il conferimento dei dati al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005.

Esposizione e valutazione dei dati.

- Dati DAE: in attuazione a tale decreto tutte le Regioni hanno inviato programmi unici regionali da cui si rileva che oltre la metà delle Regioni, come la Valle d'Aosta, la Liguria, l'Emilia Romagna, il Veneto, le Marche, il Molise e il Lazio, già da tempo ha regolamentato l'attività con apposite norme, in particolare per le attività di formazione, e pertanto il programma è stato predisposto in continuità con quanto già avviato. In molte Regioni, inoltre, sono stati avviati progetti di DP, come in Liguria, Lombardia, Emilia Ro-

magna, Basilicata e Sicilia, dove oltre a un elevato numero di DAE dislocati in varie sedi di Enti e Associazioni (esclusi quelli in dotazione alle ambulanze) risultano presenti numerosi progetti PAD (*Public Access Defibrillation*).

- In merito all'acquisto delle apparecchiature, si rileva che quasi tutte le Regioni hanno previsto il numero di DAE da acquisire, eccetto le Regioni Friuli Venezia Giulia, Puglia e Sardegna che non lo hanno ancora definito. Il numero di DAE da acquisire varia dai 4 previsti dalla Valle d'Aosta ai 400 della Campania, per una previsione totale pari a ≈ 2.650 defibrillatori. I programmi unici sono stati approvati dal Comitato LEA e le risorse previste dal DM per il primo anno di attività (4 milioni) sono state erogate a fine 2011.
- **Dati OBI:** dalla rilevazione effettuata nel 2011 sullo stato dell'arte della normativa

regionale di istituzione dell'OBI, si riporta un sintetico quadro di insieme dal quale si evidenzia che tutte le Regioni/Province Autonome esprimono quantomeno la necessità di dotare i Pronto Soccorso di aree di OBI, sebbene il grado di attivazione sia piuttosto disomogeneo (*Figura 4.3*).

- **Piani di rientro:** gli interventi realizzati in alcune Regioni (Piemonte, Liguria, Lazio) hanno carattere evolutivo; in altre (Abruzzo, Campania, Calabria) l'azione di riordino si spinge fino all'introduzione del modello Hub & Spoke. Nella rivisitazione, alcune Regioni hanno provveduto a eliminare dalla rete dell'emergenza presidi che non presentavano più i requisiti del DEA di I livello, declassandoli a strutture con solo Pronto Soccorso. Notevole è l'attenzione che tutte le Regioni hanno riservato all'attivazione e/o rafforzamento dei Punti di Primo Intervento (PPI), che divengono

Figura 4.3. Stato di avanzamento nel processo di attivazione delle OBI (Osservazione Breve Intensiva).

"4. Attivazione* Attivazione delle OBI almeno in alcuni Pronto Soccorso della Regione/Provincia Autonoma"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓			✓	
"3. Linee guida^ La normativa fissa le Linee guida di dettaglio per le OBI (numero posti letto, quadri clinici, personale, servizi ecc.)^"	✓			✓		✓		✓	✓			✓	✓	✓				✓	✓		
"2. Principi di base^ La normativa fissa gli obiettivi e alcuni principi di base per le OBI (es. localizzazione e numero posti letto)"	✓			✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	
"1. Necessità^ La normativa esprime la necessità di attivare le OBI nei Pronto Soccorso della Regione/Provincia Autonoma"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	010 - Piemonte	020 - Valle d'Aosta	030 - Lombardia	041 - PA di Bolzano	042 - PA di Trento	050 - Veneto	060 - Friuli Venezia Giulia	070 - Liguria	080 - Emilia Romagna	090 - Toscana	100 - Umbria	110 - Marche	120 - Lazio	130 - Abruzzo	140 - Molise	150 - Campania	160 - Puglia	170 - Basilicata	180 - Calabria	190 - Sicilia	200 - Sardegna

* Fonte: Analisi desk di materiale informativo di pubblico dominio, sia di fonte ufficiale (normativa regionale/provinciale, circolari, atti costitutivi, disposizioni di servizio, siti web degli Enti stessi) che di fonte terza (stampa specializzata e generalista). L'analisi è quindi indicativa in quanto non ha visto il coinvolgimento delle Regioni/Province Autonome.

[^] Fonte: Normativa regionale/provinciale.

no elemento di “filtro” rilevante, anche ai fini di una risposta alternativa ai Pronto Soccorso caratterizzati da iperafflusso. L’attivazione dei PPI è tuttora in corso in molte Regioni, in altre è presente in forma di sperimentazione. Da segnalare che il Piemonte ha ridisegnato l’articolazione delle Centrali Operative 118, passando da otto a quattro Centrali, ridefinendo il bacino di utenza non più su base provinciale ma sovraprovinciale.

- **Dati di struttura.** Relativamente ai servizi e alle strutture per l’emergenza, dai dati SIS disponibili per l’anno 2010 risultano presenti, sul territorio nazionale, 550 servizi di Pronto Soccorso, di cui 513 presso strutture di ricovero pubbliche e 37 presso case di cura private accreditate; 100 servizi di Pronto Soccorso pediatrico, di cui 98 presso strutture di ricovero pubbliche e 2 presso case di cura private accreditate; i DEA attivati sono complessivamente 350, di cui 330 collocati presso strutture di ricovero pubbliche e 20 presso case di cura private accreditate. Sono stati rilevati, inoltre, 380 centri di rianimazione in strutture pubbliche e 50 in case di cura private accreditate.
- **Dati di attività.** Per la rilevazione e il monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito dell’emergenza-urgenza da parte sia del Sistema 118 sia dei presidi ospedalieri con riferimento alle attività di Pronto Soccorso (PS), è stato istituito, con decreto del Ministro della salute del 17 dicembre 2008, il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate in emergenza-urgenza (Sistema EMUR).

La rilevazione attraverso il Sistema EMUR, secondo quanto previsto dal predetto decreto, è stata avviata sperimentalmente nell’anno 2009. Il conferimento dei dati al NSIS dal 1° gennaio 2012 è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l’accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell’Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005.

Secondo quanto rilevato nel mese di marzo 2012, le Regioni/Province Autonome che hanno inviato i dati di Pronto Soccorso per l’anno 2011 sono complessivamente 15 su 21; di queste, 13 Regioni risultano avere inviato dati completi relativi alle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate dotate di PS/DEA, mentre 2 Regioni hanno inviato dati parziali.

A livello nazionale, le strutture che hanno inviato dati al Sistema EMUR corrispondono a circa il 61% delle strutture di ricovero dotate di PS/DEA.

L’analisi dei dati del Sistema EMUR evidenzia che il triage di entrata è stato rilevato nel 97% degli accessi; nel dettaglio, i codici bianchi rappresentano circa il 14,7% dei casi, i codici verdi il 65,6%, i codici gialli il 15,7% e i codici rossi l’1,2%. Circa 2/3 dei codici gialli in entrata vengono confermati, mentre circa 1/3 viene tracciato dal medico come codice verde.

Bibliografia essenziale

Decreto interministeriale 18 marzo 2011. Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni di cui all’art. 2, comma 46, legge 191/2009

4.3. Reti ospedaliere oncologiche

Quadro programmatico. Il 10 febbraio 2011 è stata sancita un’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il “Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013”. Al fine di consentire a Regioni e Province

Autonome di utilizzare al meglio – nell’ambito della propria autonoma attività di programmazione – le indicazioni programmatiche del “Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro” per gli anni 2011-2013, il Ministero, le Regioni e le Province Autonome si sono impe-

gnate a costituire, con propri rappresentanti, gruppi di lavoro misti per la definizione di:

- un documento di Linee guida per l'implementazione delle reti oncologiche (con contenuti sia tecnico-scientifici sia organizzativi basati su analisi delle evidenze e delle buone pratiche);
- un documento che indirizzi l'uso delle risorse di sistema identificando ambiti di "recupero", attraverso la reingegnerizzazione delle pratiche "obsolete" o poco efficaci e dei modelli organizzativi meno efficienti;
- un documento di *Health Technology Assessment* (HTA), basato sulla sintesi delle evidenze disponibili sulla costo-efficacia delle principali tecnologie.

Nell'ambito dell'assistenza al malato oncologico vanno considerati non solo gli aspetti clinici e psicologici della malattia, ma anche l'esigenza di un sostanziale potenziamento della riabilitazione oncologica e la gestione del percorso di cura, nelle diverse fasi di sviluppo, con le specificità proprie della fase acuta, dell'immediato periodo post-acuzie, della cronicizzazione assistita, degli esiti della patologia, della guarigione sorvegliata e della fase terminale. In questo modo si può assicurare alla persona malata e alla sua famiglia una migliore qualità di vita durante tutte le fasi delle cure e dell'assistenza, valorizzando gli interventi domiciliari e territoriali, alla pari di quelli ospedalieri. Il mantenimento della migliore qualità di vita possibile costituisce, infatti, una priorità sia medica sia sociale. La gestione del percorso di cura richiama inoltre l'importanza di collegare in rete i diversi regimi assistenziali, per favorire l'integrazione e il coordinamento delle risorse, come pure della ricerca clinica e sperimentale, che è una componente essenziale dell'innovazione e qualità del momento terapeutico. In altre parole, si tratta di realizzare le sinergie tra le componenti che partecipano alla gestione dei processi assistenziali che sono complessi, sia per la natura dei problemi trattati sia per la loro intensità e durata. Il collegamento in rete realizza il sistema tramite il quale il malato di cancro, qualsiasi sia la porta d'accesso all'ambito sanitario socioassistenziale, può ricevere le cure più appropriate organizza-

te a livello multidisciplinare. Vanno inoltre segnalati il riconoscimento della disparità dell'offerta delle cure oncologiche nelle diverse Regioni del Paese, il problema della sostenibilità economica legata anche all'aumento di incidenza delle malattie neoplastiche, a una minore mortalità e al conseguente aumento della prevalenza, che è stimata in circa 2 milioni di persone nel 2010. L'aumento dei costi, indotto dalla gestione dei "cancer survivors", è poi ulteriormente incrementato dall'introduzione delle cure personalizzate e dalla propedeutica necessaria diagnosi molecolare dei tumori da trattare.

Stato di attuazione nei contesti regionali.

Il coordinamento di tutte le azioni che riguardano l'assistenza al paziente neoplastico, dentro e fuori dall'ospedale, è un punto irrinunciabile se si vogliono raggiungere standard di qualità elevati dell'assistenza oncologica e rappresenta un requisito fondamentale per consentire un uguale accesso alle cure in tutto il territorio nazionale.

Il Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia di cancro (Anni 2011-2013) prevede l'attuazione di Reti Oncologiche Regionali (ROR) di cui alcuni esempi operativi sono già attivati in Piemonte (Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta, ROPVA), in Lombardia (Rete Oncologica Lombarda, ROL) e in Toscana (Istituto Tumori Toscana, ITT), e altre sono in corso di attuazione in diverse Regioni. Il concetto di rete regionale andrà rivisto secondo un'ottica demografica/epidemiologica e non solo geografica. Inoltre, è previsto che ogni Rete possa fare riferimento a un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) monotematico oncologico, o a una struttura assistenziale di eccellenza. Nel caso vengano riscontrati precisi requisiti, da individuare in una fase successiva, la rete stessa potrà ottenere il riconoscimento di IRCCS o struttura di eccellenza. Lo scenario configurato dall'Intesa Stato-Regioni del 23 febbraio 2011 si fonda sull'autonomia regionale e sul ruolo di coordinamento del Ministero della salute, secondo un modello di *governance* definito Rete delle reti, atto a garantire la diffusione delle buone pratiche,

l'interfacciabilità delle diverse soluzioni che le reti regionali attueranno per l'informatizzazione della cartella clinica e la costituzione di biobanche.

La costituzione di biobanche e la loro organizzazione in rete sono oggetto di un finanziamento, da parte del Ministero della salute-CCM, di progetti il cui coordinamento è affidato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che ha anche il compito di raccordare le iniziative nazionali con le analoghe iniziative europee (rete delle reti europee).

A livello regionale si dovrà garantire il coordinamento delle attività assistenziali, organizzate in rete tramite la definizione di "profili di assistenza". Questa rete regionale ha i seguenti obiettivi:

- coordinare le professionalità e le istituzioni coinvolte nella prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione oncologica;
- assicurare la presa in carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale;
- attivare e condividere tutti gli strumenti indispensabili alle figure professionali coinvolte nell'assistenza oncologica: sistemi informativi, cartelle telematiche, Linee guida, registri di patologia ecc.;
- facilitare lo scambio delle informazioni fra tutti i soggetti che si occupano di patologia oncologica per fornire al malato di

cancro maggiori garanzie di ricevere cure appropriate;

- valorizzare le risorse messe a disposizione dal volontariato operativo sul territorio.
- Compito della Rete regionale è definire i percorsi assistenziali programmati per le principali patologie e situazioni cliniche, favorendo l'inserimento dei pazienti in programmi di ricerca clinica.

Tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza oncologica dovranno lavorare all'interno di gruppi multidisciplinari e multiprofessionali. È auspicabile che il Coordinamento regionale della rete oncologica sia formalizzato e abbia funzioni di indirizzo tecnico-scientifico, di governo clinico e di monitoraggio delle attività assistenziali, anche attraverso l'elaborazione di un piano oncologico condiviso e la messa a punto di indicatori di esito (outcome) a integrazione degli attuali indicatori di strutture e di prestazioni.

Lo sviluppo delle Reti oncologiche regionali costituisce un prerequisito per un miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutici (Tabella 4.5).

Bibliografia essenziale

Ministero della salute. Documento Tecnico di Indirizzo per ridurre il carico di Malattia del Cancro – Anni 2011-2013

Tabella 4.5. Innovazione in oncologia – La Rete oncologica

Azioni Programmatiche Triennio 2011-2013	
1	Definire i percorsi assistenziali programmati per le principali patologie e situazioni cliniche
2	Assicurare la presa in carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale
3	Assicurare la multidisciplinarietà dell'assistenza attraverso l'istituzione di gruppi specifici per patologia
4	Favorire l'inserimento dei pazienti in programmi di ricerca clinica
5	Promuovere la creazione di infrastrutture finalizzate alla ricerca clinica (es. biobanche)
6	Garantire equità all'accesso alle cure oncologiche a tutti i cittadini
7	Definire percorsi di cura condivisi per specifiche patologie oncologiche (<i>clinical pathways</i> o PDTA)
8	Sviluppare modelli organizzativi volti a ottimizzare il coordinamento e l'integrazione dei percorsi di cura oncologici, riabilitativi e di cure palliative, sulla base dei bisogni espressi dai pazienti
9	Sperimentare sistemi di gestione innovativi basati sulla retribuzione di percorsi di cura, piuttosto che sulla singola prestazione
10	Definire una piattaforma condivisa di informazioni del paziente disponibili alle istituzioni/figure professionali coinvolte nell'assistenza: sistemi informativi, cartelle telematiche, Linee guida, registri di patologia ecc.
11	Valorizzare le risorse dal volontariato operativo a livello ospedaliero e sul territorio
12	Creare un network delle Reti oncologiche regionali, Rete delle reti, la cui governance è demandata al Ministero della salute

Fonte: Ministero della salute. Documento Tecnico di Indirizzo per ridurre il carico di Malattia del Cancro – Anni 2011-2013.

4.4. La ristorazione come strumento di prevenzione alla malnutrizione in ambito ospedaliero

Lo stato nutrizionale contribuisce alla qualità della vita di ogni individuo e l'alimentazione costituisce un importante fattore di rischio per numerose patologie. La ristorazione ospedaliera è parte integrante della terapia clinica e il ricorso al cibo diventa il primo strumento e anche quello più economico per il trattamento della malnutrizione, considerato che la malnutrizione è un problema sottovalutato e che spesso si manifesta proprio durante il ricovero, particolarmente negli anziani e nei lungodegenti.

La malnutrizione aumenta la vulnerabilità del paziente e le complicanze; inoltre, condiziona negativamente le terapie, allungando i tempi di degenza e comportando un aumento dei costi annuali ospedalieri quantificato in diverse realtà nazionali. Una non corretta gestione del degente dal punto di vista nutrizionale può determinare complicanze e costituire, quindi, una "malattia nella malattia". L'aspetto nutrizionale così diventa parte integrante in una visione più ampia del

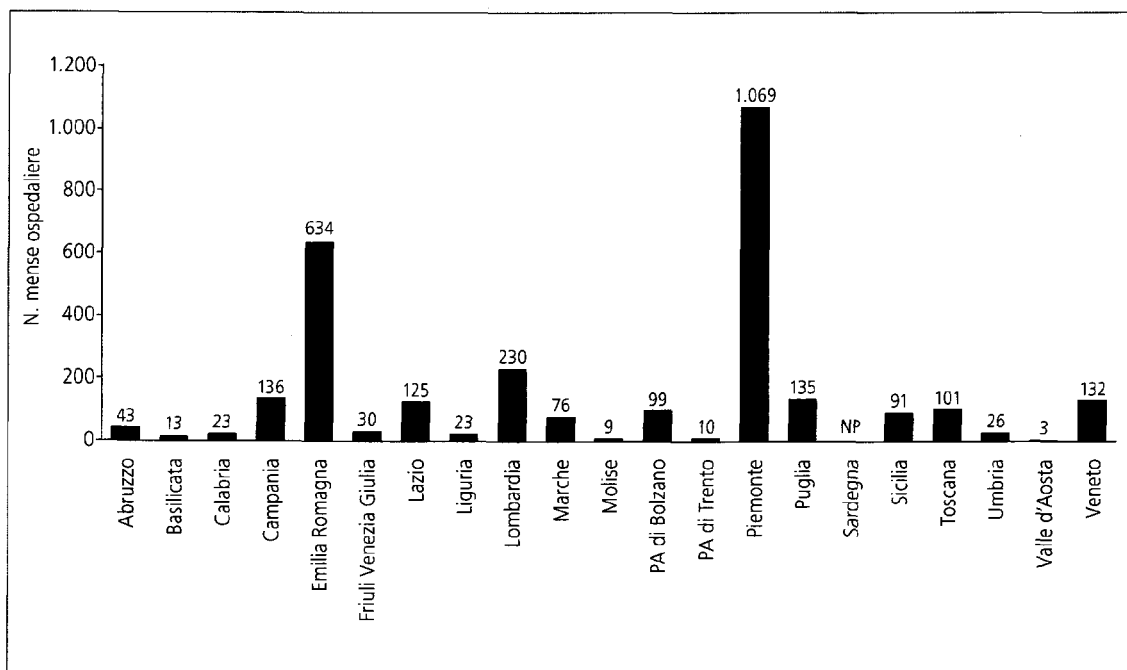
percorso di salute all'interno di un'attività assistenziale e clinica di qualità.

Le problematiche connesse alla ristorazione in ambito ospedaliero sono state affrontate da un Tavolo tecnico istituito presso il Ministero della salute che ha predisposto le "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale". Esse rappresentano un modello unico che ha l'obiettivo di rendere omogenee le attività connesse con la ristorazione ospedaliera, migliorare il rapporto dei pazienti ospedalizzati con il cibo e inserire a pieno titolo la nutrizione nei percorsi di diagnosi e cura.

L'attuale situazione italiana, infatti, vede una disomogeneità particolarmente marcata tra le Regioni, ma anche nell'ambito della stessa Regione tra le diverse strutture. Tale disomogeneità non si manifesta soltanto a livello di qualità nutrizionale, ma anche nelle problematiche di gestione della ristorazione (Figura 4.4).

Le linee di indirizzo riconoscono quali ele-

Figura 4.4. Distribuzione delle mense ospedaliere per Regione/Provincia Autonoma (Anno 2010).



NP, non pervenuta.

menti portanti la centralità del paziente ospedalizzato e il rispetto delle sue esigenze nutrizionali specifiche. Le tematiche affrontate sono di grande attualità e di rilevanza strategica, poiché suggeriscono modalità organizzative e gestionali, nonché indicazioni clinico-nutrizionali da adottare per la prevenzione e la cura della malnutrizione. Il Ministero della salute, nell'ottica di migliorare la qualità del servizio, la soddisfazione e lo stato di salute del paziente, ha avviato un monitoraggio, attraverso un questionario specifico, finalizzato a valutare il riscontro e l'efficacia delle linee di indirizzo. I dati pervenuti si riferiscono a poco più del 10% del totale delle mense ospedaliere e/o assistenziali.

Intervento nutrizionale. La valutazione del rischio nutrizionale del paziente viene effettuata al momento del ricovero e nei successivi monitoraggi consente di contrastare l'instaurarsi di stati di malnutrizione ospedaliera e/o di correggere situazioni di malnutrizione precedenti.

L'intervento nutrizionale ha come obiettivo mantenere e promuovere la salute nel soggetto sano, mentre nel soggetto affetto da patologia ha finalità terapeutiche specifiche e/o di prevenzione delle complicanze.

A tal fine è di fondamentale importanza che l'ospedale provveda a dotarsi di un Pronuario dietetico che preveda un vitto comune, quindi un insieme di menù fruibili in tutte le situazioni, articolato su almeno 15 giorni, con alternanza stagionale e privilegiando i prodotti del territorio e delle diete standard (es. ipocalorica, ipercalorica, priva di glutine, ipoproteica, a ridotto apporto di fibre e di lattosio, per disfagia, di rialimentazione ecc.), ossia schemi dietoterapeutici adatti a specifiche patologie. Tali diete devono essere codificate sulla scorta delle caratteristiche nutrizionali e non della patologia. E infine diete *ad personam*, che prevedono schemi dietoterapeutici individuali per soggetti con problematiche nutrizionali complesse.

I fabbisogni nutrizionali delle persone ricoverate normonutrite risultano comparabili a quelli della popolazione generale di età,

Sesso e peso corporeo simili, con specifici adeguamenti da apportare in presenza di malnutrizione proteico-energetica e/o patologie associate secondo quanto indicato nei testi di riferimento dedicati a tali condizioni. I fabbisogni di minerali e vitamine da fornire sono quelli raccomandati dai Livelli di Assunzione giornalieri Raccomandati di Nutrienti (LARN) per la popolazione italiana e vanno aumentati se sono presenti condizioni ipercataboliche o sulla base dei riscontri biochimici disponibili.

Ristorazione ospedaliera ed extraospedaliera. In base alle caratteristiche della struttura, sono prescelte le diverse modalità di preparazione e di distribuzione dei pasti, ognuna delle quali richiede specifiche procedure al fine di ottenere una ristorazione ottimale. In relazione alle risorse di cui si dispone e/o che si decide di utilizzare si opta per una gestione interna all'azienda, esterna o mista. Indipendentemente dal tipo di gestione prescelta, ogni attività svolta è prevista nel capitolato del servizio di ristorazione. La tecnica di preparazione del vitto può basarsi su sistema tradizionale o fresco-caldo o convenzionale, congelato o sistema *cook and freeze*, refrigerato o *cook and chill*, sistema misto. Il capitolato è parte integrante della ristorazione ed è l'unico strumento in grado di prevenire elementi di discrezionalità ed episodi di contenzioso con le ditte appaltatrici. Parte integrante del capitolato è il Dietetico ospedaliero, indispensabile per pianificare e ottimizzare l'intervento nutrizionale in ambito ospedaliero. Esso deve contenere indicazioni dietetiche per vitto comune e diete elaborate considerando le diverse esigenze nutrizionali dei degenti.

Qualità. Nella nuova cultura sanitaria assume notevole importanza il coinvolgimento dei pazienti nei processi di cura. La soddisfazione del paziente è un argomento non secondario ed è centrale nel tema della qualità. Il ruolo attivo dei pazienti favorisce, infatti, una maggiore attenzione alla prevenzione dei rischi e rafforza il rapporto di fiducia tra il cittadino e il sistema sanitario. Il paziente deve quindi essere informato

su tutto quanto attiene ai pasti, dalla loro composizione al sistema di prenotazione e distribuzione.

Le linee di indirizzo individuano, come aspetto di qualità dietetico-nutrizionale, il fatto che l'orario del pasto si avvicini il più possibile alla quotidianità del paziente.

Il miglioramento della qualità della ristorazione prevede un programma di formazione esteso a tutto il personale, tenendo in considerazione le indicazioni delle linee di indirizzo che promuovono l'apprendimento delle conoscenze igienico-sanitarie, legislative, dietetiche e nutrizionali del persona-

le delle ditte fornitrici, di quello impegnato nella preparazione dei pasti, del personale dell'economato e dei reparti di degenza, del personale specializzato dei servizi di dietetica e dei clinici, al fine ultimo di implementare le loro conoscenze sulle problematiche relative alla ristorazione.

Bibliografia essenziale

“Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale”. Documento approvato in Conferenza Stato-Regioni il 16 dicembre 2010 e pubblicato in GU Serie Generale n. 37 del 15 febbraio 2011

5

Presa in carico della post-acuzie

L'adozione del nuovo modello di ospedale per acuti altamente tecnologico, indirizzato al trattamento di patologie acute complesse con degenze sempre più limitate alla fase prettamente acuta della patologia o del postintervento, anche per i pazienti complessi o fragili, comporta la necessità di garantire l'attivazione di una rete assistenziale integrata in grado di erogare cure flessibili per la presa in carico della post-acuzie, in considerazione anche del fatto che i pazienti giungono nella fase di post-acuzie in tempi sempre più rapidi e con problematiche cliniche sempre più complesse e non stabilizzate. È peraltro possibile e necessario lavorare per la riduzione della degenza anche nei reparti della post-acuzie, per quanto attiene sia alla riabilitazione sia alla lungodegenza, grazie al miglioramento delle tecniche operatorie e dei dispositivi, ai progressi farmacologici, all'utilizzo delle ICT (*Information and Communication Technology*), ma in particolare creando un sistema a rete che correli le attività cliniche delle due fasi in un processo realmente sinergico. Questo percorso "virtuoso" è stato positivamente impostato per il versante della riabilitazione con il Piano di Indirizzo Nazionale 2011, in via di attuazione in molte Regioni, e dovrà essere completato con una parallela analisi delle competenze da assegnare alle strutture della cosiddetta lungodegenza. Ciò potrà consentire, inoltre, un'organica visione d'insieme che comprenda anche l'area di attività delle cure intermedie, che possono svolgere a loro volta compiti molto importanti in questa prospettiva di appropriatezza complessiva dell'offerta per rispondere ai diversificati bisogni reali della popolazione. Numerosi pazienti cronici, in particolare anziani affetti da pluripatologie invalidanti,

difficilmente possono essere definiti stabili in senso assoluto e alcune tipologie di strutture residenziali, o nuclei all'interno delle stesse, sono in grado di affrontare e superare episodi di relativa instabilità che possono essere presentati dai pazienti. Il discrimine per l'appropriatezza del ricovero in ambiente ospedaliero è allora rappresentato da una condizione di instabilità clinica che necessita di presenza medica sulle 24 ore o da esigenze diagnostiche ad alta complessità, erogabili solo in quel setting assistenziale.

D'altro canto, la necessità di finalizzare i posti letto ospedalieri a pazienti bisognosi di cure ad alta intensità sanitaria a volte induce l'ospedale a inviare nelle post-acuzie pazienti fragili in fase di riacutizzazione, che invece andrebbero più appropriatamente trattati nella struttura per acuti. Tali considerazioni hanno portato a rivalutare, all'interno del Patto per la salute 2010-2012, lo standard nazionale nella dotazione di posti letto e a determinarlo in 4 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 3,3 per acuti e 0,7 per post-acuti. L'analisi dei dati regionali sull'offerta di post-acuzie rispetto a tale standard evidenzia una situazione molto disomogenea, con una carenza in alcuni territori e un eccesso di offerta in altri, quasi a dimostrare un'effettiva difficoltà in alcune realtà ad adottare efficaci indirizzi programmatici. Accanto a ciò, la difficoltà a individuare parametri precisi di appropriatezza rende concreta la possibilità di un utilizzo non corretto dei posti letto disponibili, anche per l'assenza di strutture di cure intermedie. Infine, non in tutte le realtà si riesce a sottoporre tempestivamente i pazienti a una valutazione multidimensionale con la definizione del percorso assistenziale condiviso tra l'ospedale e il territorio. Altre volte le strutture di post-acuzie svolgono

una funzione vicaria rispetto alle strutture territoriali appropriate per il paziente [Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a diverso impegno assistenziale] a causa della carenza delle stesse. Inoltre, la presenza in alcune Regioni di strutture dedicate alla riabilitazione territoriale intensiva (e la mancanza in altre) comporta necessariamente l'esigenza, nel definire lo standard di offerta di riabilitazione ospedaliera, di tenere conto della presenza sul territorio regionale di strutture territoriali in grado di erogare interventi di riabilitazione intensiva, cui è opportuno ricorrere non appena per il paziente non sia più appropriato il ricovero in ambiente ospedaliero. La definizione univoca di percorsi assistenziali è, quindi, resa difficile dalla grande variabilità regionale nella rete di offerta relativa alle discipline afferenti alla riabilitazione ospedaliera, alla lungodegenza post-acuzie e alle strutture territoriali sanitarie, o a forte componente sanitaria, in termini sia di posti letto sia di capacità di offerta assistenziale, in funzione anche della diversa declinazione a livello regionale dei requisiti di natura organizzativa e, infine, alla frammentarietà o assenza di un collegamento funzionale tra le strutture stesse. Uno degli impegni primari è dunque garantire in tutte le Regioni un livello omogeneo, in particolare, di residenzialità e domiciliarità. Da ciò discende la necessità di una riflessione e di una razionalizzazione dell'intera rete della post-acuzie e delle strutture territoriali per garantire al paziente una risposta ai bisogni sanitari e assistenziali flessibile, nel rispetto dell'appropriatezza, della qualità e del corretto uso delle risorse, garantendo quanto più precocemente, con strumenti omogenei, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione del Piano assistenziale, condiviso tra ospedale e territorio, in collegamento con il distretto.

Le varie tipologie dei segmenti della rete devono essere chiaramente definite rispetto agli obiettivi clinico-assistenziali e ai coerenti requisiti di appropriatezza, in particolare per le strutture dedicate alle cure intermedie, e a specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socioambientale. Analogamente ad altri interventi di tipo sa-

nitario l'appropriatezza delle cure è anche qui funzione non solo della patologia, ma anche del fabbisogno individuale di riabilitazione rispetto alle condizioni cliniche del paziente, potendosi rivelare in base a queste ultime l'applicabilità o meno di interventi di riabilitazione intensiva. In merito all'appropriatezza dell'utilizzo dei posti letto delle strutture riabilitative ospedaliere, pubbliche e private accreditate, il lavoro dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS) pubblicato sul n. 27 di Monitor sulla riorganizzazione delle reti ospedaliere nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro ha, tra l'altro, proposto:

- l'adeguamento al 95% del tasso di utilizzo dei posti letto;
- l'adeguamento del rapporto tra letti di ricovero ordinario (RO) e day-hospital (DH);
- la rimodulazione dei valori soglia delle degenze, tenendo conto anche di quanto già definito da alcune Regioni, per le Unità Operative di recupero e riabilitazione funzionale (codice 56), mentre tali valori per le Unità Operative di neuroriabilitazione e di Unità spinali (codice 75 e 28) andranno definiti dopo l'attivazione dei letti di continuità assistenziale extraospedalieri;
- il potenziamento, per la fase di riabilitazione estensiva, degli interventi domiciliari all'interno del progetto riabilitativo che identifichi specifiche fasi e obiettivi alternativi alla degenza, nell'ambito della presa in carico e controllo della disabilità/cronicità, al fine di evidenziare eventuali fasi di progressione dello stato invalidante.

La notevole differenza regionale di offerta assistenziale che si riscontra per la dotazione di posti letto di neuroriabilitazione (codice 75) e di Unità spinali (codice 28) rende necessario valutare l'opportunità di individuare uno standard condiviso per queste discipline e di criteri univoci di accesso, prevedendone una distribuzione per bacini di utenza tale che sia consentita la stipula di accordi tra Regioni confinanti.

Per quanto attiene alla lungodegenza ospedaliera, essa può essere intesa come la risposta, superata la fase acuta, ai bisogni di cure e trattamenti erogabili solo in ambiente ospe-

daliero in favore di pazienti particolarmente complessi con l'obiettivo di raggiungere il miglioramento e la stabilizzazione clinica. La sua collocazione ottimale è, quindi, contigua all'area dell'acuzie per potersi avvalere, se necessario, di competenze multidisciplinari e in ogni caso, se questo non è possibile, va garantito uno stretto collegamento funzionale con l'acuzie. Lo standard di offerta secondo la proposta AgeNaS è di 0,2 per 1.000 abitanti.

Anche per questa forma di assistenza vanno individuati per i pazienti criteri di appropriatezza condivisi, va ridimensionato il valore soglia della degenza (il lavoro AgeNaS propone 30 giorni) e adeguato il tasso di utilizzo.

Queste indicazioni preliminari dovranno essere inserite in una riorganizzazione complessiva come detto dei compiti e dell'organizzazione delle strutture di lungodegenza ospedaliera, analizzando anche le relazioni da sviluppare con le strutture della riabilitazione, onde offrire interventi idonei a questi degenti per prevenire e limitare rischi di disabilità collegata alle condizioni patologiche o anche alla prolungata degenza.

La riorganizzazione della rete della post-acuzie deve essere distribuita omogeneamente nel territorio, sia per tipologia di offerta sia per complessità di struttura, in modo da rendere razionali i percorsi clinico-assistenziali dei pazienti.

Accanto ai posti letto ospedalieri per post-acuti occorre prevedere l'istituzione di funzioni di cure intermedie per pazienti nei quali non siano appropriati né il ricovero ospedaliero né la dimissione a domicilio. La particolarità di questa funzione impone un'attenta valutazione sui requisiti necessari e sull'appropriatezza clinica, al fine di non raddoppiare funzioni a volte presenti nelle residenzialità sanitarie, o di affidare al territorio funzioni ospedaliere. Inoltre, rispetto all'impegno assistenziale delle diverse tipologie di strutture, si rileva che lo stesso non sempre è maggiore nelle strutture di ricovero, poiché alcune condizioni di cronicità che necessitano di supporto alle funzioni vitali, come la ventilazione o la nutrizione parenterale, possono richiedere un livello assisten-

ziale globale superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie. Occorre infine fare alcune considerazioni sulla descrizione e sulla remunerazione della casistica riabilitativa. Il sistema attualmente in uso è il sistema di classificazione che si basa sul DRG Grouper con riferimento alle *Major Diagnostic Categories* (MDC), configurantisi come il livello intermedio di aggregazione dei casi. Anche dai materiali prodotti nell'ambito del progetto "Mattoni" (Mattone 3 - Evoluzione del Sistema DRG Nazionale) si evidenzia che tale sistema mostra numerosi limiti, in quanto è stato ideato essenzialmente per la descrizione e remunerazione dell'attività per acuti. Le MDC sono costituite da raggruppamenti molto ampi che contengono quadri morbosi, descritti in maniera sintetica, dissimili in particolare per le necessità riabilitative, per complessità e per utilizzo di risorse, pertanto non riescono a fornire una descrizione attendibile delle attività riabilitative, né a individuare interventi isorisorse, infatti ogni MDC raccoglie uno spettro molto ampio di condizioni cliniche, di trattamenti e di costi di produzione.

Tale condizione di inadeguatezza degli MDC nella rappresentazione e descrizione dei bisogni dei pazienti e dei trattamenti erogati si è tradotta negli anni anche nell'assoluta inadeguatezza dei criteri di accreditamento delle strutture di riabilitazione (ospedaliera ed extraospedaliera, intensiva ed estensiva) per i codici disciplina 56 (Recupero e riabilitazione funzionale), 75 (Neuroriabilitazione) e 28 (Unità spinali), producendo una profonda mancanza di correlazione tra competenze, dotazioni strutturali e operative, attività prodotte dalle diverse strutture con i bisogni di cure dei pazienti ricoverati e con la valorizzazione finanziaria.

Come indica il Piano Nazionale di indirizzo per la riabilitazione, e in sinergia con questa revisione del sistema di remunerazione, è opportuna una revisione delle modalità e dei contenuti dell'accreditamento delle strutture dedicate alla riabilitazione, realizzando un'evidente relazione tra qualità e mission della struttura stessa con i compiti assegnati e le attività realmente svolte in favore dei pazienti. A seguito delle considerazioni fin qui ripor-

tate, appare necessario sviluppare con le Regioni un'analisi approfondita e i relativi documenti tecnici sui seguenti punti:

- definizione di standard nazionali per le discipline Unità spinali (codice 28) e neuroriabilitazione (codice 75) con l'esplicitazione delle funzioni e dei criteri di appropriatezza clinica e organizzativa per il ricovero dei pazienti;
- definizione di uno standard nazionale onnicomprensivo per le diverse tipologie di riabilitazione intensiva ospedaliera e territoriale nei diversi modelli di erogazione (ricovero ordinario, day-hospital, regime residenziale, semiresidenziale);
- adozione di una scheda informativa mirata per i ricoveri di riabilitazione (SDO-r), al fine di rendere possibile una più adeguata valutazione della qualità, efficienza e appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera. L'introduzione di tale scheda è propedeutica allo studio per la definizione di una nuova modalità di remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera;
- definizione di parametri e modalità di accreditoamento per le strutture di riabilitazione che correlino competenze, mission e attività, in relazione sinergica ai 3 punti precedenti;
- definizione di criteri di appropriatezza clinica e organizzativa per l'accesso e permanenza nei reparti della lungodegenza ospedaliera;
- definizione dello standard nazionale per la lungodegenza ospedaliera;
- rimodulazione dei valori soglia per la post-acuzie ospedaliera;
- definizione di un set di indicatori che consentano tra l'altro di valutare la tempestività, l'appropriatezza dei ricoveri, l'efficacia della presa in carico in continuità e coerenza tra territorio-ospedale, l'outcome degli interventi.