

L'organizzazione ospedaliera della medicina d'Emergenza Urgenza



Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70
Regolamento recante definizione degli standard
qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi
relativi all'assistenza ospedaliera. (G.U. 4 giugno
2015, n. 127)

IL MINISTRO DELLA SALUTE DI CONCERTO CON IL MINISTRO
DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

La gestione dei posti letto deve avvenire pertanto 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.**

Nell'ambito della rete ospedaliera è stata articolato il dimensionamento delle diverse discipline in dipendenza del bacino di utenza. Il bacino di utenza della singola disciplina è stato calcolato sulla base delle patologie normalmente trattate dalla disciplina, della frequenza delle patologie nella popolazione e della numerosità minima di casi per motivare un reparto ospedaliero con un Direttore di struttura complessa. Un altro parametro preso in considerazione è la necessità di una corretta articolazione dei presidi ospedalieri nella rete di Emergenza-urgenza, in particolare per i Dipartimenti di Emergenza-urgenza (DEA) di primo e di secondo livello che formano la "dorsale" di questa rete.

- 2. Le regioni provvedono, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ad adottare il provvedimento generale di programmazione **di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri** accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello **non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza ...**

2.2 I presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto dal successivo punto 9.2.2, sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di “Osservazione Breve Intensiva”.

2.3 I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di “Osservazione Breve Intensiva” e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

2.4 I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliere universitarie, a taluni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e a Presidi di grandi dimensioni della Azienda sanitaria locale (ASL). Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, quali a titolo indicativo, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza di cui al successivo punto 3.: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità; devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con almeno T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Nelle regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti, con uno scostamento del 6%, l'attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del bacino di utenza sopra indicato. Tale accordo interregionale va stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

**E le medicine e chirurgie
di accettazione ed urgenza?**

Disciplina o Specialità clinica Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)
Descrizione Strutture di degenza Servizi senza posti letto Bacino max Bacino min Bacino max Bacino min

=====				
	Disciplina o Specialita'		Bacino di Utenza per dimensionare	
	clinica		strutture rete pubblica e privata	
			(milioni di abitanti)	
	Descrizione		Strutture di	Servizi senza
			degenza	posti letto
+			+-----+-----+-----+-----+	
			Bacino	Bacino
			max	min
+=====+=====+=====+=====+				

	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
	Bacino max	Bacino min	Bacino max	Bacino min
Allergologia			2	1
Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15
Cardiochirurgia infantile	6	4		
Cardiochirurgia	1,2	0,6		
Cardiologia	0,3	0,15		
Emodinamica (come unita' semplice nell'ambito della Cardiologia)			0,6	0,3
Chirurgia generale	0,2	0,1		

Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	0,3	0,15		
--	-----	------	--	--

Secondo il DM70
attualmente vigente
Le divisioni di medicina e
chirurgia di accettazione
ed urgenza sono:
STRUTTURE DI DEGENZA
Con numero di letti per
milione di abitanti pari alle
cardiologie (ad esempio)





Nessun riferimento a standard di personale

...qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi...

DL 34 2020 (piena pnademia)

- Intensive nuovi letti e risorse per assunzione AR e infermieri di terapia intensiva (solo ed esclusivamente)
- Semintensive non aggiuntive ma in trasformazione con dotazioni strumentali finanziate ma di organico riassegnate

- Intensive nuovi letti e risorse per assunzione AR e infermieri di terapia intensiva (solo ed esclusivamente)
- Semintensive non aggiuntive ma in trasformazione con dotazioni strumentali finanziate ma di organico riassegnate

- 0,4 in più per ospedali di comunità
- Dovrebbero aggiungersi allo 0,7
- Personale permettendo...
- Ma non sono state previste risorse aggiuntive
- Di fatto il personale rischia di essere preso dagli ospedali per acuti
- Specie se sono gli ospedali per acuti a dover aprire gli ospedali di comunità

Ma la vita è come una scatola di cioccolatini non
sai quello che ti capita...



e nemmeno chi se li è mangiati

Quotidiano sanità dicembre 2021

Ospedali. Pronte le modifiche al DM 70. Ecco come potrebbe cambiare il decreto che dal 2015 regola gli standard

di Claudio Maria Maffei

Il “nuovo” DM 70 è un documento complesso che mantiene tutto l’impianto del DM attualmente vigente. Le principali “novità” possano essere così sintetizzate: adeguamento della rete ospedaliera a quella esigenza di elasticità che la pandemia ha evidenziato con chiarezza; potenziamento di alcune attività che la pandemia ha evidenziato come carenti (terapia intensiva e area semintensiva in primo luogo); maggiore chiarezza sulla declinazione delle reti cliniche; tentativo di sciogliere i nodi storici dei piccoli ospedali e dei punti nascita substandard. [LA BOZZA](#)

TROVA LE DIFFERENZE

LE DUE VIGNETTE SONO DIFFERENTI PER 7 PARTICOLARI.
TROVATELI:



4. Nel caso di eventi pandemici per i quali potrebbe essere necessaria l'attivazione di misure di potenziamento straordinarie si attivano i meccanismi straordinari predisposti per espandere rapidamente i servizi sanitari di assistenza (territoriali e ospedalieri) di cui ai Piani pandemici regionali vigenti, anche in deroga alla dotazione standard di posti letto.

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

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

DM70

Versione attuale

9.1.5 Punti di Primo Incontro

Esclusivamente per la conversione dell'attività di un ospedale per acuzie in un ospedale per la post-acuzie oppure per la conversione di un'attività ospedaliera, potrebbe rendersi necessario prevedere un periodo di tempo limitato, il numero di posti interessati di un Punto di Primo Intervento, la disponibilità delle 12 ore diurne e notturne. Qualora gli accessi superino la capacità di accoglienza, l'ASL assume la responsabilità e l'organizzazione sul DEA. Di riferimento, che potrà essere di risorse specialistiche e di personale adeguato alla struttura.

[illegible]

Punti di intervento con casistica inferiore ai 6.000 annui sono direttamente collegati al 118 come per il territorio.

Possono essere organizzati Punti di Primo Intervento anche per le emergenze temporanee e per la gestione di manifestazioni temporanee, gestiti funzionalmente e organizzativamente.

Nella fase di primo soccorso la gestione del 118, la loro funzione per la stabilizzazione dei pazienti in ambienti e dotati per le attese, le attese al trattamento delle urgenze minori e la stabilizzazione del paziente ad alta complessità, di consentirne il trasporto nel pronto soccorso appropriato.

Proposta modifica

9.2.1 Ospedale sede di Pronto Soccorso

È la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità). Deve essere dotato delle strutture di cui al capitolo 2, punto 2.2. La funzione di pronto soccorso è prevista per:

- un bacino di utenza compreso tra 75.000 e 150.000 abitanti (salvo quanto previsto dal successivo punto 9.2.2);
- un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento;
- un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità;

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

Può essere prevista la funzione di Pronto soccorso, come descritta nel successivo punto 9.2.2, in presidi ospedalieri di aree disagiate (zone montane, isole) anche con un numero di abitanti di riferimento inferiore ad 75.000.

DM70

Versione attuale

Disciplina o Specialita' clinica	Bacino di Utente per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
Descrizione	Bacino max	Bacino min	Bacino max	Bacino min
Cardiologia	0,3	0,15		
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	0,3	0,15		

Devono essere dotati, inoltre, di letti di “Osservazione Breve Intensiva” e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare). Rif Dea 1° livello

Proposta modifica

Tabella dei bacini di utenza con confronto

Aree Omogenee	Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	DM 70: Strutture di degenza		Strutture di degenza		DM 70: Servizi posti letto	
			Bacino Max	Bacino Min	Bacino Max	Bacino Min	Bacino Max	Bacino Min
Area Medica	08	Cardiologia	300.000	150.000	300.000	150.000		
Area Critica	51	Astanteria	300.000	150.000	300.000	150.000		
Area Critica	94	Terapia semi intensiva (e)			200.000	100.000		

(e) terapia semintensiva: Per tali sezioni di degenze Semi Intensive non sono previste Responsabilità apicali complesse, ma si fa riferimento alla Responsabilità della specifica Disciplina (S.I. Pneumologica, S.I. Infettivologica, S.I. Neurologica-Stroke e S.I. Cardiologica-coronarica, S.I. Medicina Interna - vedasi Nota del Ministero della Salute n. 12900 del 20/11/2020 “Indicazioni per la rilevazione dei posti letto di terapia semi-intensiva”). È prevista altresì la Terapia semintensiva multidisciplinare.

Reazionario:

aggettivo e sostantivo maschile

Dichiaratamente favorevole al ripristino di un assetto sociale e politico storicamente superato, decisamente ostile a qualsiasi spinta o tendenza innovatrice e progressista sul piano politico-sociale.



GRAZIE