

ANATOMIA E FISIOLOGIA DELL'OSPEDALE

3

Andrea Cambieri, Eleonora Marziali, Alberto Lontano, Patrizia Laurenti,
Domenico Pascucci

Introduzione

L'anatomia e la fisiologia dell'ospedale si basano sui principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che mira a garantire a tutti i cittadini un accesso universale e paritario alle cure sanitarie, in conformità con l'articolo 32 della Costituzione italiana. Il SSN si basa su principi fondamentali come universalità, uguaglianza ed equità, i quali si estendono anche al contesto ospedaliero.

Universalità

Il principio di universalità implica che tutte le prestazioni sanitarie siano estese a tutta la popolazione, con la salute considerata una risorsa per l'intera comunità. Il SSN promuove, mantiene e recupera la salute fisica e psichica dei cittadini attraverso una rete diffusa sul territorio, garantendo l'accesso equo e universale alle cure, con prestazioni fornite da Aziende Sanitarie Locali (ASL), Aziende Ospedaliere (AO) e strutture private convenzionate.

Uguaglianza

Il SSN si impegna a garantire a tutti i cittadini l'accesso alle prestazioni sanitarie senza alcuna discriminazione basata su condizioni individuali, sociali o economiche. Tuttavia, ai cittadini che non rientrano in categorie esenti, è richiesto il pagamento di una compartecipazione finanziaria nota come "ticket". Questo varia in base alla specifica prestazione fornita, seguendo quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Equità

L'equità è un altro principio importante, che implica l'assicurare un accesso paritario alle prestazioni sanitarie per rispondere in modo equo alle necessità di salute e superare le disuguaglianze. Per realizzare l'equità, occorre garantire la qualità, l'efficienza, l'appropriatezza e la trasparenza dei servizi e delle prestazioni sanitarie, insieme a una comunicazione adeguata da parte dei professionisti medici, infermieri e operatori sanitari.

I principi fondamentali del SSN vengono affiancati dai principi organizzativi che sono essenziali per la programmazione sanitaria anche in ospedale. I più importanti sono elencati di seguito.

Centralità della persona

La centralità della persona è un altro aspetto fondamentale del SSN, garantendo ai cittadini una serie di diritti, tra cui la libertà di scelta del luogo di cura, il diritto alla corretta informazione riguardo alle opzioni di trattamento, il rispetto della privacy e la possibilità di scegliere liberamente il medico o la struttura sanitaria, quando possibile. Inoltre, i cittadini hanno il diritto di essere coinvolti nelle decisioni riguardanti il loro percorso di cura e di presentare reclami o segnalazioni in caso di disservizi o violazioni dei loro diritti.

Responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute

La Costituzione italiana attribuisce competenze legislative sia allo Stato che alle Regioni per garantire la tutela della salute. Spetta allo Stato stabilire i LEA che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Al contrario, le Regioni hanno la responsabilità di programmare e gestire autonomamente i servizi sanitari nel loro ambito territoriale. Le Regioni, pur avendo autonomia, organizzano la rete di assistenza ospedaliera seguendo standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi determinati a livello nazionale.

Collaborazione tra i livelli di governo del SSN

Lo Stato, le Regioni, le Aziende Sanitarie e i Comuni, ognuno all'interno delle proprie competenze specifiche, devono collaborare con l'obiettivo di garantire condizioni e standard di salute uniformi su tutto il territorio nazionale, nonché livelli di prestazioni sanitarie accettabili e adeguati per tutti i cittadini.

Valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari

La professionalità dei medici e degli infermieri, oltre alla competenza tecnica, riveste un ruolo cruciale nell'interazione con i pazienti e nella cooperazione con i colleghi all'interno del lavoro di équipe, poiché rappresenta un valore per la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni fornite.

Integrazione socio-sanitaria

Quando i cittadini richiedono prestazioni sanitarie e, al contempo, protezione sociale che possa garantire continuità tra cura e riabilitazione anche per periodi prolungati, è essenziale integrare l'assistenza sanitaria con quella sociale. Questo approccio globale e integrato è fondamentale per soddisfare le esigenze complesse e specifiche dei pazienti, assicurando loro un'assistenza completa e adeguata.

Anatomia dell'ospedale

L'ospedale è una organizzazione sanitaria che rappresenta il punto focale dell'assistenza, in quanto capace di fornire uno specifico e qualificato intervento, diagnostico e terapeutico, a supporto dei pazienti che necessitano di cure specialistiche in regime di acuzie.

Il termine ospedale include diverse tipologie di strutture sanitarie, pubbliche, private o private accreditate, dotate di posti letto. Secondo una classificazione più analitica possiamo identificare tra gli erogatori di prestazioni LEA:

- Presidi Ospedalieri: a diretta gestione della ASL.
- Aziende Ospedaliere: incorporati dalle ASL, costituiti in azienda autonoma e dotati di personalità giuridica pubblica.
- Policlinici Universitari: aziende di tipo ospedaliero afferenti ad una Università.
- Aziende Ospedaliere miste: sono aziende regionali nelle quali le facoltà di medicina presenti sul territorio svolgono attività didattiche.
- Istituti di Ricovero a Carattere Scientifico (IRCCS): organismi di rilevanza nazionale che svolgono attività di ricerca nel campo biomedico insieme a prestazione di ricovero e cura ad alta specialità.
- Ospedali classificati: dipendenti da Istituti o Enti ecclesiastici le cui prestazioni sono equiparate a quelle delle strutture pubbliche.
- Istituti privati accreditati: collaborano con il SSN e offrono servizi simili a quelli di un ospedale pubblico. Per ottenere l'accreditamento, l'ospedale deve soddisfare requisiti tecnologici, professionali e organizzativi verificati dalla Regione. Una volta accreditato, l'ospedale può fornire servizi in convenzione con il SSN, similmente ad un ospedale pubblico.

Un ospedale privato non accreditato non offre servizi in convenzione con il SSN, e il paziente deve coprire personalmente i costi delle cure, a meno che non sia prevista una copertura parziale da parte dell'Azienda Sanitaria competente.

Abitualmente, una struttura che svolge attività di assistenza in regime di ricovero deve disporre di servizi e locali come:

- Servizio di accettazione: l'area dove i pazienti vengono registrati e accolti all'arrivo in ospedale.

- Pronto Soccorso: deve essere in grado di garantire il primo accertamento diagnostico-terapeutico di urgenza, stabilizzare le condizioni del paziente critico e, se necessario, garantire il trasporto presso la struttura ospedaliera d'emergenza con livello di cure più adeguato.
- Area di degenza: le camere di degenza devono ospitare al massimo quattro posti letto. Deve essere previsto almeno un servizio igienico ogni quattro posti letto. Nelle nuove costruzioni le camere di degenza devono ospitare al massimo due posti letto ed avere il servizio igienico direttamente accessibile dalla camera; la struttura deve disporre di camere ad un letto nella misura minima del 10% di tutte le camere di degenza.
- Reparto operatorio: l'area dove vengono eseguiti gli interventi chirurgici e le operazioni immediatamente antecedenti e successive (es. induzione anestesia, risveglio).
- Area di diagnostica per immagini e dei laboratori: dove vengono eseguiti i test diagnostici, le radiografie, le tomografie, i prelievi e le analisi del sangue, ecc.
- Farmacia: area in cui vengono preparati, conservati e distribuiti i farmaci prescritti ai pazienti.
- Servizio di emoteca: per la conservazione di sangue ed emoderivati.
- Servizio di sterilizzazione: anche in convenzione per la bonifica dello strumentario.
- Servizio mortuario: che si occupa della gestione delle salme.
- Servizio di cucina: in cui vengono preparati e conservati, laddove necessario, i pasti per i pazienti e il personale dell'ospedale.
- Locali/spazi attrezzati per le centrali tecnologiche: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, ricerca persone, trattamento rifiuti,
- Locali per la Direzione Sanitaria e Amministrativa: in cui vengono gestite la pianificazione delle attività e dei servizi e le attività amministrative dell'ospedale, come la contabilità, la gestione del personale, ecc.

Inoltre, un ospedale può dotarsi anche strutture complementari come parcheggi, giardini, aree verdi e spazi per il relax dei pazienti e dei visitatori.

Le strutture ospedaliere devono soddisfare anche alcuni requisiti organizzativi tra cui:

- Avere un Direttore Sanitario specializzato in una delle discipline dell'area di sanità pubblica o in una disciplina equipollente o deve aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie pubbliche o private.
- Garantire la reperibilità nelle 24 ore per le Aree di specialità medica chirurgica presenti nella struttura.
- Disporre di medici specialisti per ciascuna specialità autorizzata in numero congruo rispetto alle prestazioni erogate.
- Disporre di un/una infermiere/a dirigente per ogni raggruppamento di specialità affini nonché di servizi per le professioni sanitarie.
- Compilazione di una cartella clinica per ogni ricoverato, firmata dal medico curante e sottoscritta dal medico responsabile dell'unità operativa. La cartella clinica deve avere un numero progressivo ed essere conservata a cura della Direzione Sanitaria.

L'assetto organizzativo degli ospedali moderni vede concentrata l'attenzione non tanto sulle singole funzioni e discipline ma quanto sull'integrazione tra le varie unità operative secondo un modello dipartimentale. Il dipartimento, infatti, offre l'architettura organizzativa che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alle innovazioni e al governo delle tecnologie, alla gestione dell'ampio spettro di professionalità e competenze, allo sviluppo di efficacia ed efficienza dei servizi offerti. Secondo una definizione (Guzzanti, 1994), il dipartimento deve essere interpretato come una "federazione di unità operative e altre compartimentazioni organizzative delle Aziende Sanitarie od Ospedaliere che mantengono la loro autonomia, indipendenza e responsabilità, così come quella di ciascuno dei membri che le costituiscono, e che, nel medesimo tempo, riconoscono la loro interdipendenza, in funzione del raggiungimento di comuni obiettivi, ed adottano codici concordati e consensuali di comportamenti clinico-assistenziali, didattici e di ricerca con accettati e condivisi risvolti operativi, collaborativi, etici, medico-legali, ed economici".

Fisiologia dell'ospedale

Il Decreto Ministero della Salute n. 70/2015 avente titolo *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* propone, in questo contesto,

una radicale riforma del sistema ospedaliero per acuti, con l'obiettivo di integrarlo in modo approfondito con il settore dell'assistenza primaria, la medicina di comunità e i servizi sociali. Il Decreto prevede la progettazione di un processo di rinnovamento sostenibile dei servizi sanitari regionali, delineando un modello di collaborazione tra le strutture erogatrici. Esso assegna a ciascuna struttura ruoli specifici e ben strutturati, gerarchizzati in base a criteri standard quali il bacino di utenza, il volume delle attività erogate e gli esiti delle cure. Il D.min. 70/2015 enfatizza in modo esplicito la necessità di assicurare la prestazione delle cure con criteri di adeguatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, anche considerando le limitazioni delle risorse disponibili. A tal fine, pone come condizione primaria la "rifunionalizzazione" delle strutture ospedaliere attraverso una rete integrata di servizi. In altre parole, il decreto sottolinea l'importanza di organizzare e coordinare i servizi ospedalieri in modo da garantire un'offerta di cure interconnessa e sinergica, con l'obiettivo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili e migliorare l'efficacia dell'assistenza sanitaria complessiva.

Le reti assistenziali ospedaliere per l'assistenza a pazienti acuti forniscono direttive operative riguardanti sia gli aspetti clinici della gestione delle patologie, sia le necessità organizzative che sottendono al soddisfacimento complessivo delle esigenze di salute. Ciò comporta un cambiamento di prospettiva per gli operatori e l'intero sistema, passando da una focalizzazione sulla "prestazione" singola erogata (cioè il trattamento specifico) a una focalizzazione sul "risultato" (cioè l'impatto sulla salute della popolazione). L'attenzione quindi si sposta dalla semplice erogazione di servizi clinici alla considerazione più ampia dell'effetto positivo sulla salute della comunità nel suo insieme. Tale riorganizzazione dei processi di cura all'interno di una rete assistenziale implica mettere il paziente al centro del sistema, garantendo un continuum assistenziale che si adatta alle sue specifiche esigenze di cura. Questo processo si sviluppa attraverso un percorso diagnostico-terapeutico calibrato sulle necessità assistenziali del paziente, il quale richiede la collaborazione e il coordinamento di professionisti e servizi diversi. La standardizzazione dei percorsi di cura all'interno delle reti assistenziali si traduce in un miglioramento della tempestività e dell'adeguatezza degli interventi terapeutico-assistenziali, contribuendo inoltre a elevare la qualità e la sicurezza delle cure fornite e al contempo contenere i costi associati.

La riorganizzazione delle reti ospedaliere per acuti, seguendo il modello *hub e spoke*, apre la possibilità di raggiungere un elevato livello di efficientamento del sistema, comportando una ristrutturazione completa dell'offerta assistenziale sia in termini di tipologia e quantità di prestazioni, sia in termini di case-mix produttivi dei reparti di ricovero. Questo significa che le tecnologie più costose e le prestazioni ad alta complessità sono concentrate in centri di eccellenza (*hub*), mentre le tecnologie e gli interventi meno complessi vengono spostati presso gli ospedali di base (*spoke*). L'obiettivo di questa riconfigurazione è garantire la conservazione dell'accessibilità ai servizi ospedalieri anche per le comunità più distanti dai centri di alta specializzazione. Tuttavia, per mantenere questo obiettivo, è essenziale rispettare gli standard minimi di discipline assegnate ai vari bacini d'utenza. In questo modo, si assicura che anche le persone residenti in zone remote possano accedere a servizi ospedalieri adeguati, pur avendo a disposizione strutture meno complesse localmente. La strategia *hub e spoke* si rivela quindi un approccio promettente per ottimizzare le risorse e migliorare l'efficienza del sistema sanitario.

Ospedale e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

L'assistenza ospedaliera è fornita dal SSN attraverso un insieme complesso di prestazioni incluse nei LEA e viene erogata senza alcun costo per l'assistito.

Il livello dell'assistenza ospedaliera si articola in otto aree di attività:

1. Pronto Soccorso (PS).
2. Ricovero ordinario per acuti.
3. Day surgery.
4. Day hospital.
5. Riabilitazione e lungodegenza post acuzie.
6. Attività trasfusionali.
7. Attività di trapianto di cellule, organi e tessuti.
8. Centri antiveneni (CAV).

Per ciascuna area di attività il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017 di definizione dei nuovi LEA illustra le principali caratteristiche e le prestazioni assistenziali garantite dal SSN, indicandone anche i criteri di appropriatezza.

Tra le nuove aggiunte ai LEA introdotti nel 2001 e sostituite dal nuovo DPCM, spiccano alcune novità relative all'ambito ospedaliero:

- Viene introdotto lo screening neonatale per la sordità congenita e la cataratta congenita. Inoltre, lo screening neonatale esteso per le malattie metaboliche ereditarie viene allargato a tutti i nuovi nati.
- È garantita l'analgesia epidurale nelle strutture individuate dalle regioni e province autonome che effettuano un numero di parti all'anno uguale o superiore alla soglia stabilita dall'Accordo Stato, Regioni e Province Autonome del 16 dicembre 2010 e dal D.M. 70/2015 (1.000 parti annui).
- Per quanto riguarda la chirurgia estetica, solo gli interventi necessari a seguito di incidenti, esiti di procedure medico-chirurgiche o malformazioni congenite o acquisite sono inclusi nei LEA e possono quindi essere erogati dal Servizio Sanitario Nazionale.

1. Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso (PS) si occupa di situazioni di emergenza/urgenza, dove interventi immediati sono necessari per stabilizzare pazienti critici e salvaguardarne la vita. Questo può far parte del Dipartimento d'Emergenza e Accettazione (DEA) che aggrega funzionalmente diverse unità ospedaliere, con l'obiettivo di affrontare in modo integrato i problemi diagnostico-terapeutici dei pazienti in situazioni di emergenza, e strutture dell'emergenza territoriale per fornire prestazioni sanitarie di emergenza/urgenza e coordinare l'eventuale accettazione dei pazienti in ospedale. Una centrale operativa, con il numero telefonico 118, coordina tutti gli interventi nel territorio di competenza e attiva la risposta ospedaliera 24 ore su 24.

Il D.M. 70/2015 stabilisce che la rete ospedaliera dell'emergenza sia composta da strutture di diverse complessità che operano secondo un modello di tipo *hub e spoke*. Queste strutture sono integrate e in grado di fornire risposte a diverse necessità di intervento, con livelli di capacità crescenti basati sulla complessità, le competenze del personale e le risorse disponibili.

La rete si articola su quattro livelli di operatività:

- Opedale 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 specifici protocolli organizzativo-assistenziali mirati alla gestione delle diverse patologie. Devono essere presenti le discipline di Medicina interna, Chirurgia generale, Anestesia, Ortopedia e Servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità h/24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. La funzione di pronto soccorso è prevista per un bacino di utenza di 80.000-150.000 abitanti, un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento e un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità.
- Opedale sede di DEA di I Livello:** la struttura ospedaliera sede di DEA di I livello svolge funzioni di *spoke* nella rete dell'emergenza-urgenza; esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di Pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva, di rianimazione e trasferisce in continuità di assistenza al DEA di II Livello, superiore per livello di cura. Deve assicurare contemporaneamente interventi di medicina interna, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, cardiologia con unità di terapia intensiva coronarica (UTIC). La struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza di 150.000-300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000.
- Opedale sede DEA di II Livello:** la struttura ospedaliera sede di DEA di II livello esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse; effettua oltre agli interventi previsti per il DEA di I livello, le funzioni di accettazione in emergenza-urgenza per il trattamento delle patologie acute ad elevata complessità, in particolare per quanto attiene alle alte specialità o alle specialità che fanno riferimento a centri regionali o sovra regionali (Centro ustioni, Centro trapianti, Unità spinali, Cardiochirurgia, Neurochirurgia). La struttura sede di DEA di II Livello serve un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000, 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).

- d) **Presidio ospedaliero in zona particolarmente disagiate:** è possibile attivare presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate con un numero di abitanti di riferimento inferiore ad 80.000, distanti più di 90 minuti dai centri *hub* o *spoke* di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace, per garantire il tempestivo accesso alle cure urgenti anche in condizioni orografiche svantaggiate.

Concorrono, inoltre, alla rete dell'emergenza i Punti di Primo Intervento (PPI). I PPI rappresentano delle unità distribuite in modo uniforme sul territorio e con un orario di attività articolato nell'arco delle 12 o 24 ore giornaliere, a seconda delle necessità locali. Questi PPI sono dotati di competenze cliniche e strumentali adeguate ad affrontare e stabilizzare temporaneamente le emergenze, fino a quando i pazienti non vengono trasferiti al PS dell'ospedale di riferimento. Inoltre, tali strutture sono in grado di fornire assistenza per situazioni di minore criticità e bassa complessità.

I Punti di Primo Intervento si distinguono in due categorie:

- Punti di Primo Intervento situati all'interno dei Presidi delle Aziende Sanitarie Locali, individuati dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera.
- Punti di Primo Intervento temporanei, che possono essere fissi o mobili, organizzati per soddisfare le esigenze stagionali in località turistiche o in occasione di eventi di massa, sportivi, culturali e religiosi.

I pazienti che giungono presso un PS entrano in un percorso che può essere riassunto nelle seguenti fasi:

- Triage: funzione infermieristica che mira a garantire la presa in carico secondo un ordine di accesso basato sulle necessità assistenziali con assegnazione di un codice di priorità:

Codice 1 – Rosso: emergenza con priorità assoluta, ingresso immediato. Pazienti con grave compromissione di una o più funzioni vitali.

Codice 2 – Arancione: urgenza indifferibile, ingresso o rivalutazione infermieristica entro 15 minuti. Pazienti a rischio di rapida compromissione di una o più funzioni vitali o con dolore severo.

Codice 3 – Azzurro: urgenza differibile, ingresso o rivalutazione entro 60 minuti. Pazienti in condizioni stabili che necessitano di trattamento non immediato.

Codice 4 – Verde: urgenza minore, ingresso o rivalutazione entro 120 minuti. Pazienti in condizioni stabili, senza rischio evolutivo.

Codice 5 – Bianco: non urgenza, ingresso o rivalutazione entro 240 minuti. Pazienti con problemi che non richiedono trattamento urgente o di minima rilevanza clinica.

- Presa in carico da parte del medico di emergenza-urgenza.
- Stabilizzazione clinica.
- Diagnosi differenziale.
- Ricovero o dimissione.

2. Ricovero ordinario per acuti

Il SSN assicura cure ospedaliere in regime di ricovero ordinario a coloro che, a causa di problemi di salute o patologie acute, richiedono un'assistenza medica e infermieristica prolungata durante il giorno, osservazione medica e infermieristica per 24 ore e accesso immediato alle prestazioni necessarie. Durante il ricovero ordinario, vengono fornite tutte le prestazioni cliniche, mediche e chirurgiche, ostetriche, farmaceutiche, strumentali e tecnologiche necessarie per scopi di diagnosi, terapia (compresa la terapia del dolore e le cure palliative), e per eseguire specifici controlli clinici e strumentali.

È possibile distinguere due modalità di ricovero:

- In urgenza: viene effettuato a seguito di accesso al PS. La proposta di ricovero può essere anche avanzata dal medico di medicina generale o dalla Guardia Medica con apposita documentazione che viene presentata dal paziente al medico di PS. Spetta al medico del PS effettuare ogni valutazione rispetto alle indicazioni di ricovero, anche avvalendosi di consulenze specialistiche di altre Unità Operative dell'ospedale. Nel caso si renda necessario il ricovero presso un'altra struttura, l'ospedale assicura il trasporto protetto del malato.
- Programmato: avviene quando sono necessari interventi prevedibili o non urgenti per patologie specifiche o accertamenti che non possono essere eseguiti in regime ambulatoriale o Day Hospital. Il ricovero può essere richiesto dal reparto ospedaliero, dal medico di famiglia o dallo specialista e il paziente viene inserito

in una lista di attesa in base alle condizioni cliniche. Abituamente, nel caso di un intervento chirurgico programmato, la degenza inizia dopo un pre-ricovero dove vengono eseguiti gli esami preoperatori in regime ambulatoriale per ridurre la degenza prima dell'intervento chirurgico. Questi esami includono la visita anestesilogica e le consulenze di altri specialisti, ad esempio cardiologi, pneumologi e diabetologi. Il reparto ospedaliero organizza e coordina questi esami utilizzando vie preferenziali di prenotazione e i costi sono coperti dalla tariffa dell'intervento chirurgico.

Per le prestazioni di ricovero programmato le classi di priorità sono:

- Classe A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da recare grave pregiudizio alla prognosi.
- Classe B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- Classe C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- Classe D: ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

A conclusione del ricovero, le dimissioni e i trasferimenti sono pianificati in modo da soddisfare le esigenze del paziente e/o della struttura di destinazione. La responsabilità di gestire il processo di dimissione ricade sul dirigente medico, che, durante le visite quotidiane, individua il momento appropriato per il rilascio del paziente o per il suo trasferimento. La valutazione conclusiva comprende un documento chiamato "lettera di dimissioni", che dettaglia i problemi affrontati durante il percorso di cura, quelli ancora irrisolti, la diagnosi finale e lo stato di salute del paziente al momento della dimissione. Nel caso in cui durante la degenza emergano problematiche di natura socio-sanitaria tali da rendere difficile la dimissione a domicilio si rende necessario gestire la dimissione in forma "protetta". Questa modalità prevede l'esistenza di specifici percorsi organizzativi tra ospedale e territorio per garantire la corretta "transizione delle cure" tra i diversi setting assistenziali.

Secondo l'ultimo rapporto SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia la degenza media è pari a 7,5 giorni per i ricoveri per acuti in regime ordinario. La categoria più numerosa, esaminando le dimissioni per acuti in regime ordinario per MDC (*Major Diagnostic Category*, ovvero Categoria Diagnostica Principale), è quella costituita dalle malattie e disturbi del sistema cardiocircolatorio (13,8% del totale), seguita dalle malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (13,3%) e dalle malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (12,4%). Queste informazioni provengono dal flusso delle SDO che rappresentano i documenti utilizzati per raccogliere informazioni riguardanti ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. La SDO riproduce in modo sintetico e accurato la cartella clinica del paziente, ed è finalizzata a consentire la raccolta sistematica di informazioni cliniche, epidemiologiche e amministrative relative all'episodio di ricovero. I dati della SDO sono anche utili per la classificazione per DRG (Diagnosis Related Group, ovvero Raggruppamento omogeneo di diagnosi) costituendo la base determinante l'ammontare del finanziamento erogato dalle singole regioni agli ospedali.

3. Day Surgery

La degenza a ciclo diurno per l'erogazione di prestazioni chirurgiche, anche nota come "Day Surgery" o "chirurgia di un giorno", costituisce una modalità clinica, organizzativa ed amministrativa che permette di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive (incluse le prestazioni propedeutiche e successive ad essi), eseguite in anestesia generale, loco-regionale o locale, che comportino un periodo di ricovero ospedaliero limitato alle sole ore diurne. Tale approccio permette al paziente di far ritorno precocemente al proprio ambiente domestico, minimizzando il disagio associato all'ospedalizzazione.

Il 01 agosto 2002 la Conferenza Stato-Regioni ratifica le *Linee guida per le attività di day surgery*, secondo le quali il Servizio Sanitario Nazionale si impegna a garantire l'esecuzione pianificata di interventi chirurgici o di procedure diagnostiche/terapeutiche invasive e semi-invasive, che, in virtù della complessità di esecuzione, durata, rischi di complicanze e condizioni del paziente, possono essere eseguite in sicurezza nell'arco della medesima giornata, senza necessità di una osservazione post-operatoria prolungata e, in ogni caso, senza osservazione notturna. Inoltre, vengono assicurate:

- le prestazioni propedeutiche e successive all'intervento o alla procedura;

- l'assistenza medico-infermieristica;
- la sorveglianza infermieristica fino alla dimissione.

Lo scopo primario delle linee guida è assicurare l'appropriatezza della *Day Surgery*, individuando schemi organizzativi e ubicazioni per l'esecuzione di tutte le sue attività. Tale documento non costituisce, pertanto, una regolamentazione esaustiva, bensì presenta indicazioni di principio e fornisce un contesto generale all'interno del quale le Regioni possono prendere decisioni in autonomia.

Il modello della *Day Surgery* presenta una serie di vantaggi di notevole rilevanza:

- riduzione della durata della degenza, con ripercussione positiva sul benessere psicologico sia del paziente che dei suoi familiari;
- riduzione delle liste d'attesa, con conseguente maggiore disponibilità di posti letto per interventi di maggiore complessità;
- razionalizzazione delle risorse per l'assistenza chirurgica, con conseguente contenimento dei costi;
- miglioramento dell'esito clinico, grazie alla riduzione del periodo complessivo di malattia. Ciò si traduce in un miglioramento sostanziale della qualità dell'assistenza fornita al paziente, reso possibile da un efficiente ed efficace processo di programmazione dell'intervento.

Il percorso clinico-organizzativo della *Day Surgery*, in genere, prevede tre accessi alla struttura ospedaliera di un paziente candidato alla procedura:

- 1° accesso: percorso pre-operatorio;
- 2° accesso: intervento chirurgico o della procedura diagnostico/terapeutica;
- 3° accesso: controllo post-operatorio.

Durante il percorso pre-operatorio vengono eseguiti gli esami preoperatori prescritti al paziente dallo specialista ospedaliero o dal medico di medicina generale. Viene inoltre effettuata la visita anestesiológica, raccolto il consenso informato e fornite al paziente, a voce o per iscritto, le istruzioni necessarie alla preparazione all'intervento. Gli viene consigliato di presentarsi con un accompagnatore o un familiare per ottenere informazioni aggiuntive e le assicurazioni necessarie in vista dell'intervento.

Nel giorno dell'intervento il paziente si presenterà a digiuno o secondo le indicazioni fornite in precedenza e, nell'attesa del proprio turno, sarà ricoverato in una stanza di degenza.

Generalmente le procedure di *Day Surgery* hanno breve durata e vengono eseguite al mattino, consentendo un adeguato monitoraggio post-operatorio del paziente. La dimissione, subordinata al nulla osta anestesiológico, avviene nel pomeriggio o in serata, e contestualmente avviene la chiusura della cartella clinica. Alla dimissione vengono prescritti al paziente la terapia farmacologica da assumere al domicilio e gli accertamenti diagnostici o dispositivi eventualmente necessari. Vengono inoltre consegnate una lettera con le informazioni relative all'intervento eseguito e la documentazione sanitaria da consegnare al proprio medico curante e fissata anche la visita di controllo.

Durante l'ultimo accesso del paziente verrà effettuata la visita medica di controllo e la rimozione di punti e medicazioni. Sulla base delle specifiche esigenze cliniche, potrebbe esser necessario programmare ulteriori accessi.

4. *Day Hospital*

Il *Day Hospital* (DH), noto anche come ricovero diurno, costituisce una modalità di assistenza sanitaria inclusa nei LEA e, pertanto, garantita dal SSN. Tale modello assistenziale venne introdotto in Italia con la legge 595 del 23 ottobre 1985, in risposta alla crescente esigenza di rimodulazione e ottimizzazione dei posti letto ospedalieri in relazione alla densità demografica delle regioni. In seguito, il Decreto ministeriale del 19 marzo 1988 ha definito il DH come un "modello organizzativo e operativo attuato nell'ambito di strutture autorizzate all'esercizio di attività di ricovero e cura". Tale trasformazione è stata resa possibile dai continui progressi conseguiti in ambito medico e chirurgico, i quali hanno agevolato la transizione di numerose procedure tradizionalmente effettuate in regime di ricovero ospedaliero verso modelli assistenziali a minor intensività, pur mantenendo inalterate efficacia e sicurezza terapeutica. Il ricovero in DH consente ai pazienti di fruire di prestazioni sanitarie multidisciplinari pianificate, distribuite in uno o più ricoveri programmati. Durante tali ricoveri, ciascuno di durata inferiore ad una giornata e senza necessità di pernottamento, possono essere effettuate varie attività assistenziali, tra cui accertamenti diagnostici, visite specialistiche e interventi terapeutici. La permanenza in ambito ospedaliero è circoscritta al periodo strettamente necessario, permettendo

al paziente, una volta terminate attività assistenziali, di far ritorno al proprio domicilio e continuare, nei limiti del possibile, la propria routine quotidiana.

Il ricovero in DH è equiparato a quello effettuato in regime ordinario ed è soggetto a specifiche disposizioni regolamentari. Le prestazioni erogate non prevedono il pagamento del ticket da parte del paziente e sono pertanto gratuite per i cittadini italiani ed i residenti nell'Unione Europea, nonché per gli individui di nazionalità straniera regolarmente iscritti al SSN. Ogni singola ammissione in DH è documentata attraverso la compilazione della cartella clinica, nella quale vengono riportati tutti gli esami diagnostici effettuati e le terapie somministrate. Al termine delle prestazioni assistenziali viene rilasciata una "lettera di dimissioni", indirizzata al medico curante del paziente, al fine di assicurare la continuità delle cure e la cartella clinica, contenente la documentazione originale, viene obbligatoriamente archiviata dalla struttura ospedaliera.

Il ricovero in regime di DH non è destinato a situazioni di urgenza, ma viene programmato anticipatamente, all'interno delle unità operative sia di strutture ospedaliere pubbliche che di quelle private accreditate. La degenza a ciclo diurno offre un'assistenza medico-infermieristica prolungata, particolarmente indicata per situazioni che non possono essere adeguatamente trattate in un contesto ambulatoriale.

Affinché le cure fornite durante il *Day Hospital* siano appropriate, devono soddisfare specifici criteri:

- essere di tipo multi-specialistico;
- richiedere l'utilizzo di risorse tecnologiche e professionali tipiche del contesto ospedaliero;
- comportare un periodo di osservazione del paziente non assicurabile in regime ambulatoriale.

Infatti, le prestazioni fornite nel contesto del DH necessitano di un livello di risorse maggiore rispetto a quelle erogate in ambiente ambulatoriale, ma minore di quelle tipicamente necessarie per i ricoveri a ciclo continuo. Per accedere a tale tipologia di assistenza, il paziente, su prescrizione del medico di medicina generale, si rivolge allo specialista ospedaliero ed esso, basandosi sulle esigenze assistenziali e sulla natura delle cure necessarie, organizza il ricovero in DH.

Il modello di assistenza sanitaria del DH può essere suddiviso in diversi ambiti, a seconda del tipo di intervento effettuato:

a) *Diagnostico*

Destinato a pazienti complessi, fragili o clinicamente instabili che necessitano di accertamenti polispecialistici o di assistenza particolare.

In particolare, l'opzione del ricovero in DH è indicata per effettuare indagini diagnostiche su pazienti:

- con specifiche condizioni di rischio, che necessitano di monitoraggio clinico prolungato;
- non collaboranti, che necessitano di assistenza dedicata e di essere accompagnati dal personale negli spostamenti all'interno della struttura.

b) *Terapeutico*

Rivolto a pazienti complessi, fragili o clinicamente instabili sottoposti a trattamenti che richiedono monitoraggio prolungato o che non possono essere eseguiti in ambiente ambulatoriale.

In particolare, il DH è indicato per:

- somministrazione di terapie (es. chemioterapia) che richiedono uno specifico monitoraggio clinico;
- somministrazione di terapie endovenose prolungate (di durata superiore ad un'ora) o che necessitano di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale dopo la somministrazione;
- esecuzione di esami ematochimici o accertamenti diagnostici ulteriori nel periodo immediatamente successivo alla somministrazione della terapia;
- procedure terapeutiche invasive con potenziali rischi per la sicurezza per il paziente.

c) *Riabilitativo*

Indicato per pazienti con disabilità gravi che, dopo la dimissione da un ricovero riabilitativo ordinario, necessitano di interventi intensivi e multidisciplinari di riabilitazione in diversi ambiti specialistici (es. riabilitazione ortopedica, neurologica, cardio-respiratoria ecc.).

5. Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie

La riabilitazione rappresenta uno degli elementi cardine del sistema sanitario, insieme alla prevenzione e alla cura, per la tutela della salute dei cittadini.

Lo scopo del processo di riabilitazione è consentire ad individui affetti da disabilità di raggiungere il massimo grado di autonomia nelle sfere fisica, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, riducendo al minimo le restrizioni nelle sue scelte operative, entro le limitazioni imposte dalla sua menomazione.

Nell'ambito del contesto riabilitativo, è possibile distinguere due categorie di attività:

- attività riabilitative di natura sanitaria: includono interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e altre procedure mirate a superare, mitigare o minimizzare la disabilità e la limitazione delle attività (es. la mobilità, la comunicazione, il lavoro ecc.);
- attività di riabilitazione sociale: comprendono azioni ed interventi volti a favorire la partecipazione sociale dell'individuo disabile, al fine di mitigare le implicazioni delle condizioni invalidanti.

Classificazione delle attività riabilitative

L'organizzazione delle attività riabilitative si sviluppa secondo i principi stabiliti dalle Linee guida del 1998 e dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 2011. La erogazione dei servizi di riabilitazione può avvenire in vari contesti, tra cui:

- regime di ricovero:
 - ordinario;
 - diurno (*Day Hospital*);
- assistenza specialistica ambulatoriale o *Day Service* in ambulatori di medicina fisica e riabilitativi;
- assistenza territoriale domiciliare:
 - ambulatoriale;
 - semiresidenziale;
 - residenziale.

a) Riabilitazione ospedaliera

Il ricovero ordinario riabilitativo è concepito per garantire un intervento terapeutico riabilitativo a pazienti che, presentando patologie o problemi acuti di varia gravità, possono necessitare di accesso immediato a terapie e/o accertamenti specifici nell'arco delle 24 ore.

Nel contesto delle attività riabilitative ospedaliere è possibile identificare due livelli di intensità assistenziale:

- attività ospedaliere di riabilitazione intensiva (identificata attualmente come “codice 56”), consistono in interventi di recupero su disabilità gravi e modificabili, richiedenti una sorveglianza medico-infermieristica continua. Tali interventi generalmente hanno durata di tre ore giornaliere per sei giorni a settimana, con una copertura settimanale minima di diciotto ore, salvo situazioni particolari;
- attività ospedaliere di riabilitazione estensiva, coinvolgono pazienti con disabilità caratterizzate da potenziale miglioramento funzionale, ma che non possono trarre beneficio o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo, necessitando comunque di ospedalizzazione a causa della loro instabilità clinica e richiedendo una sorveglianza medico-infermieristica h24. La durata prevista di tali interventi è, di norma, di un'ora al giorno, sei giorni alla settimana, con una copertura settimanale minima di sei ore, salvo situazioni particolari.

b) *Day Hospital* riabilitativo

Il DH riabilitativo è riservato a soggetti con condizioni cliniche analoghe a quelle che giustificerebbero la presa in carico intensiva in regime di ricovero ordinario, ma senza la necessità di sorveglianza medica e infermieristica continuativa. In questo contesto, i pazienti richiedono di frequente interventi riabilitativi intensivi multiprofessionali e interdisciplinari, distribuiti nel corso della giornata.

c) Assistenza specialistica ambulatoriale di riabilitazione

Assistenza specialistica ambulatoriale di riabilitazione è dedicata a due categorie di pazienti:

- casi complessi: individui affetti da menomazioni e/o significative disabilità, spesso multiple, che richiedono una presa in carico globale a lungo termine. È necessario che vengano previsti molteplici programmi terapeutici che coinvolgano almeno tre tipologie di professionisti della riabilitazione. I trattamenti riabilitativi vengono erogati come prestazioni ambulatoriali complesse e coordinate, con una durata minima totale di almeno 90 minuti per accesso;

- casi non complessi: individui con menomazioni e/o disabilità che richiedono un solo tipo di intervento riabilitativo, erogato o direttamente dal medico specialista in riabilitazione o da una specifica categoria di professionista della riabilitazione.

d) Riabilitazione domiciliare

L'intervento riabilitativo domiciliare è specificamente concepito per pazienti che, per ragioni di natura clinica, risultano non essere trasportabili presso la struttura ospedaliera. Si tratta di situazioni in cui l'applicazione di un trattamento ambulatoriale risulterebbe inefficace o costituirebbe un rischio dal punto di vista clinico.

A livello territoriale, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) si occupa di stimare i bisogni riabilitativi del paziente, avvalendosi di tutte le informazioni disponibili nella sua documentazione clinica, tra cui lettere di dimissione, cartelle cliniche, relazioni del MMG o di altri specialisti, progetto riabilitativo, dati socio-assistenziali ecc. Tale attività viene condotta attraverso l'utilizzo degli strumenti di valutazione multidimensionale adottati dalle Regioni.

e) Strutture di riabilitazione residenziale e semiresidenziale

Le strutture residenziali e semiresidenziali svolgono attività di riabilitazione a beneficio di pazienti in condizioni cliniche stabilizzate, affetti da disabilità derivanti da patologie invalidanti e che necessitano di un'adeguata tutela assistenziale, a tempo pieno (24 ore su 24 - regime residenziale) o parziale (regime semiresidenziale).

Le prestazioni offerte da tali strutture includono trattamenti di riabilitazione intensiva o estensiva, generalmente di breve durata, e trattamenti socio-riabilitativi a lungo termine. Tali trattamenti sono volti al mantenimento delle abilità funzionali residue degli individui con disabilità fisiche, psichiche o sensoriali croniche o stabilizzate. I servizi riabilitativi vengono offerti congiuntamente a interventi assistenziali e di tutela di intensità variabile.

L'accesso alle prestazioni socio-riabilitative richiede una valutazione multidimensionale delle necessità riabilitative e assistenziali del paziente, che viene condotta dall'UVM utilizzando gli strumenti di valutazione approvati a livello regionale. Il piano di trattamento proposto è soggetto ad autorizzazione da parte dell'Azienda Sanitaria di riferimento.

Gli obiettivi del programma riabilitativo sono principalmente rivolti al miglioramento, al mantenimento o al recupero delle attività fondamentali della vita quotidiana, oltre che al recupero delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche. Tali scopi vengono perseguiti attraverso interventi psico-educativi, socio-educativi e di sostegno all'autonomia e alle attività quotidiane, svolti anche nell'ambito di laboratori e centri occupazionali.

6. Attività Trasfusionali

Le trasfusioni sono essenziali per salvare vite umane in diversi contesti: da traumi e interventi chirurgici, a patologie croniche come la talassemia, superando stati critici causati da malattie del sangue e gli effetti collaterali di terapie anti-cancro. L'uso di emocomponenti varia a seconda della complessità dell'intervento chirurgico, inclusi trapianti di organi. Il DPCM del 12 gennaio 2017 stabilisce che il SSN fornisce servizi trasfusionali in accordo con la Legge 2019/2005, inclusa la ricerca di cellule staminali emopoietiche presso registri nazionali e internazionali.

I servizi e le prestazioni erogati dalle strutture del SSN in materia di attività trasfusionali comprendono:

- attività di produzione, volte a garantire la costante disponibilità del sangue e dei suoi prodotti, nonché il raggiungimento dell'obiettivo di autosufficienza regionale e nazionale, consistenti in: raccolta da donatori idonei, lavorazione degli emocomponenti per scopi terapeutici e produzione di farmaci, certificazione di sicurezza attraverso test di laboratorio, conservazione e trasporto sicuro, indagini prenatali per prevenzione, supporto immunoematologico, gestione di banche di sangue e cellule staminali, tipizzazione tissutale, registro di donatori di midollo e tipizzazione HLA;
- prestazioni di diagnosi e cura in medicina trasfusionale, organizzate in relazione alla complessità della rete ospedaliera pubblica e privata dell'ambito territoriale di competenza.

7. Attività di trapianto di cellule, organi e tessuti

Il trapianto rappresenta un intervento chirurgico fondamentale che implica la sostituzione di un organo o tessuto malato e disfunzionante con un corrispondente sano proveniente da un donatore. Questo procedimento si rivela necessario quando un organo è affetto da un'insufficienza grave o quando una malattia del sangue raggiunge uno stadio avanzato e non può essere affrontata attraverso altri mezzi terapeutici. In molte circostanze, il trapianto costituisce l'unica possibilità di sopravvivenza, soprattutto nei casi in cui cuore, fegato, polmoni o intestino sono colpiti da un grave deterioramento.

Il trapianto di organi è una prestazione sanitaria che rientra nei LEA e, di conseguenza, è completamente gratuito. Le procedure vengono eseguite all'interno di strutture pubbliche autorizzate dalle Regioni e dalle Province Autonome, seguendo precisi requisiti minimi in termini di struttura, tecnologia e organizzazione. Grazie ai progressi raggiunti dalla medicina moderna e all'ottimizzazione delle reti organizzative, il trapianto è ormai divenuto un intervento di routine capace di preservare migliaia di vite umane ogni anno. Le direttive relative alle attività di trapianto di cellule, organi e tessuti sono state implementate dal DPCM del 12 gennaio 2017, all'articolo 48. In virtù di tale decreto, il Servizio Sanitario Nazionale si impegna a garantire la selezione, il prelievo, la conservazione, la distribuzione degli organi e tessuti, nonché l'effettuazione dei trapianti di cellule, organi e tessuti, in conformità con quanto stabilito dalla Legge 1 aprile 1999, n. 91 e dal D.Lgs. 6 novembre 2007, n. 191.

Data la complessità intrinseca del Sistema Trapianti e l'ampia varietà di figure professionali coinvolte, è essenziale avere una Rete solida e ben organizzata in grado di coordinare in maniera uniforme le attività di donazione e trapianto su tutto il territorio. L'architettura di questa struttura è strutturata su due livelli d'azione: il livello istituzionale e il livello operativo.

a) Livello Istituzionale

Le istituzioni coinvolte nella Rete Trapianti comprendono il Ministero della Salute, la Conferenza Stato-Regioni, gli Assessorati e il Consiglio Superiore di Sanità, che operano attraverso il Centro Nazionale per i Trapianti, il quale funge da organo direttivo della rete.

b) Livello Operativo

La gestione pratica delle attività di donazione, prelievo e trapianto è articolata in tre livelli: nazionale, regionale e locale.

– Livello Nazionale

Il Centro Nazionale per i Trapianti collabora con i centri regionali responsabili dei donatori e garantisce il supporto necessario per gestire operativamente i programmi nazionali. Inoltre, c'è una Consulta Tecnica Permanente per i Trapianti che definisce linee guida tecniche e operative per le attività di prelievo e trapianto degli organi, fornendo anche consulenza al Centro Nazionale per i Trapianti.

– Livello Regionale

I Centri Regionali per i Trapianti (CRT) sono incaricati di questa fase a livello regionale e, in caso di collaborazioni tra Regioni o Province autonome di Trento e Bolzano, possono agire come Centri Interregionali per i Trapianti (CIRT).

– Livello Locale

A livello locale, ci sono Centri di Coordinamento Ospedalieri all'interno delle Aziende Sanitarie Locali e centri clinico-assistenziali nel territorio. Questi centri intensificano gli sforzi nelle donazioni e trapianti, supervisionano le liste d'attesa, assicurano che l'assegnazione degli organi sia equa e trasparente, considerando le urgenze cliniche e le priorità. Si occupano anche dei controlli immunologici e gestiscono la logistica del percorso dalla donazione al trapianto a livello locale.

c) Centri Prelievi

I Centri Prelievi sono le strutture che gestiscono la fase iniziale della donazione di organi e tessuti. Questi centri, generalmente situati in reparti di rianimazione, neuro rianimazione o neurochirurgia, sono incaricati di valutare le condizioni dei potenziali donatori, che sono individui con danni cerebrali irreversibili e in stato di morte cerebrale. L'importanza di questi centri nella Rete è cruciale poiché da loro dipende la disponibilità di organi per i pazienti in lista d'attesa.

d) Centri Trapianto

I Centri Trapianto sono strutture ospedaliere autorizzate dal Ministero della Salute per effettuare prelievi e trapianti. Solitamente, questi centri sono unità operative complesse che diventano il punto focale del percorso di cura dei pazienti fino alla loro stabilizzazione clinica.

e) Banche di Tessuti e Cellule

La Legge 1 aprile 1999 n. 91 stabilisce l'istituzione di centri dedicati alla lavorazione, conservazione, stoccaggio e distribuzione di tessuti e cellule. Questi centri possono essere strutture sanitarie non a scopo di lucro, settori di servizi trasfusionali o unità all'interno degli ospedali pubblici.

8. Centro Antiveleni (CAV)

L'art. 46 del DPCM 12 gennaio 2017 si occupa dei Centri Antiveleni (CAV): "Il Servizio sanitario nazionale garantisce attraverso i Centri Antiveleni (CAV) attività di consulenza specialistica per problematiche di carattere tossicologico di alta complessità, a supporto delle unità operative di pronto soccorso e degli altri servizi ospedalieri e territoriali, nonché adeguati sistemi di sorveglianza, vigilanza e allerta".

Il servizio risponde tempestivamente alle richieste di consulenza per individuare e trattare intossicazioni accidentali o volontarie, singole o collettive, causate da esposizioni acute a prodotti naturali o sintetici, presenti nell'ambiente o in commercio. Queste consulenze sono rivolte a strutture ospedaliere, professionisti sanitari, farmacisti, veterinari, cittadini privati e istituzioni.

Le attività comprendono:

- Fornire consulenze dirette e cure ai pazienti intossicati presso i PS.
- Offrire un servizio di consulenza sulle interazioni tra farmaci e sostanze tossiche durante la gravidanza e l'allattamento, aperto a cittadini e operatori sanitari, gestito da esperti in farmacologia e tossicologia clinica.
- Gestire una banca antidoti in collaborazione con la Protezione Civile, recuperando, gestendo e inviando antidoti per intossicazioni abituali, e depositando scorte per emergenze a livello regionale, come incidenti chimici o attacchi chimico-biologici.
- Collaborare con servizi di emergenza come 118, Vigili del Fuoco, Pubblica Sicurezza e Protezione Civile per definire linee guida e piani di intervento in caso di eventi chimici e biologici, inclusi rilasci volontari di agenti pericolosi.
- Partecipare a sorveglianze tossicologiche per identificare nuove problematiche in vari ambiti, come farmaci, incidenti domestici, occupazionali e ambientali, collaborando con enti come Regione, l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute.
- Formare ed educare operatori sanitari e il pubblico sulle conseguenze dell'uso improprio di sostanze chimiche o biologiche, sia naturali che sintetiche.
- Collaborare con la Protezione Civile per formare personale medico e di pronto intervento (tra cui Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia) per gestire situazioni di massima emergenza di natura chimica e biologica.

Attività Intramoenia

Intramoenia letteralmente significa "dentro le mura".

Con questo termine ci si riferisce infatti all'attività di libera professione intramuraria (ALPI) esercitata al di fuori dell'orario di lavoro da un medico che lavora per un ospedale pubblico o privato accreditato. In questo modo il medico utilizzerà, dietro precisi accordi economici con le Regioni, le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso. Il pagamento di prestazioni avviene direttamente alla competente struttura, tramite mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo. Una porzione delle tariffe corrispondenti alle prestazioni fornite è assegnata al medico, mentre l'altra parte è riservata per coprire i costi che l'azienda sostiene per i locali e le attrezzature messe a disposizione. I ricavi derivanti dalle attività di intramoenia sono incassati dall'ente sanitario, che successivamente restituisce al medico la sua quota di competenza.

Esiste inoltre un'altra forma di *intramoenia*, la cosiddetta *intramoenia* allargata, che permette ai medici ospedalieri di esercitare la libera attività professionale fuori del normale luogo di lavoro, l'ospedale, quando qui non gli vengano messi a disposizione gli spazi per attuare l'*intramoenia* dentro le mura. Il medico, in questo modo, può esercitare la sua professione anche in altre strutture o studi purché convenzionate con l'ospedale in cui egli è strutturato.

L'ALPI è autorizzata a condizione che non vada in contrasto con i fini istituzionali e quelli dell'azienda a cui afferisce l'ospedale in cui il professionista lavora, che non comporti un incremento delle liste di attesa, né un volume orario e di prestazioni superiore a quelli assicurati per i compiti istituzionali.

Si considera ALPI, a tutti gli effetti, l'attività del professionista su richiesta dell'Azienda/Istituto in situazioni eccezionali, ovvero quando sia necessario ridurre le liste di attesa per il rispetto degli standard prefissati dalla Regione.

In questo caso, infatti, quando un cittadino prenota una visita specialistica o un esame diagnostico per cui il primo appuntamento disponibile sia superiore ai tempi previsti, il Servizio Sanitario è tenuto a garantire la prestazione nel rispetto dei tempi regionali ricorrendo a una prestazione in regime libero-professionale (*intramoenia* appunto). Il cittadino usufruirà quindi di una visita in regime privato pagando effettivamente solo il ticket, mentre le restanti spese saranno a carico dell'ASL, come definito da D.Lgs. n. 124 del 1998. In sostanza, l'azienda "acquista" ore di libera professione dai suoi medici, durante le quali essi svolgono le loro normali mansioni lavorative ma vengono remunerati come professionisti autonomi.

L'evoluzione dell'ospedale alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è il piano approvato nel 2021 dall'Italia in risposta alla pandemia di CoViD-19 per rilanciare l'economia e superare gli ostacoli che hanno bloccato la crescita del sistema economico, sociale ed ambientale italiano negli ultimi decenni

Il PNRR fa parte del programma dell'Unione europea noto come *Next Generation EU*, un fondo da 750 miliardi di euro per il rilancio della crescita, degli investimenti e delle riforme.

Esso contiene 16 Componenti, raggruppate in di sei Missioni, di cui la Missione 6 dedicata alla Salute, destinataria di 15,63 miliardi di euro nel periodo dal 2021 al 2026.

La Missione 6 si articola in due componenti:

- Componente 1. - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- Componente 2. - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN. In entrambe le componenti è dato spazio alla dimensione ospedaliera dell'assistenza, attraverso la definizione di nuove strutture coinvolte nella rete dell'assistenza e poste a un livello intermedio tra il territorio e l'ospedale per acuti, e attraverso la digitalizzazione e l'ammodernamento del parco tecnologico dei nosocomi già in funzione.

Componente 1

La Prima Componente riceve un finanziamento di sette miliardi di euro con l'obiettivo di potenziare e creare strutture e presidi territoriali, rafforzare l'assistenza a domicilio, sviluppare la telemedicina e integrare in modo più efficace i servizi socio-sanitari. Inoltre, riconosce la necessità di investire nell'assistenza sanitaria intermedia attraverso la realizzazione di Ospedali di Comunità (OdC), strutture sanitarie pensate per pazienti che, in seguito a episodi di bassa gravità o recidive di patologie croniche, richiedono cure a bassa intensità e degenze di breve durata.

Di solito dotati di venti letti (con possibilità fino a quaranta) e gestiti principalmente da personale infermieristico, tali strutture migliorano l'appropriatezza delle cure, riducendo gli accessi impropri a servizi come i pronto soccorso o altre strutture ospedaliere, nonché il ricorso a prestazioni specialistiche. Gli OdC possono agevolare anche il passaggio dei pazienti dagli ospedali agli ambienti domestici, permettendo alle famiglie di adattare gli spazi alle necessità di cura.

L'investimento si concretizza con la realizzazione di 381 OdC, sostenuto da un coordinamento tra livelli istituzionali coinvolti. Il costo stimato è di un miliardo di euro, con l'obiettivo di completare il progetto entro metà 2026. Le risorse umane per l'operatività sono garantite all'interno delle risorse esistenti, con un aumento strutturale del personale.

A seguito dell'adozione del PNRR, è stato approvato il Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, numero 77, che definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN. Questo decreto promuove l'integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e sanitari, prevedendo percorsi di cura multidisciplinari, la creazione di OdC e Centrali di Continuità Assistenziale. Questi centri fungono da punti di integrazione e coordinamento durante la transizione del paziente dall'ambiente ospedaliero a quello territoriale e viceversa.

Inoltre, il Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, numero 77, dettaglia le caratteristiche degli OdC già menzionati nel PNRR della Missione 6. Specifica, tra l'altro, il numero di letti in relazione alla popolazione (20 letti ogni 100.000 abitanti o 0,2 letti per 1.000 abitanti, gradualmente secondo le programmazioni regionali) e il personale (da sette a nove infermieri, incluso un Coordinatore infermieristico, da quattro a sei Operatori Sociosanitari, una-due unità di altro personale sanitario riabilitativo e un Medico per 4,5 ore al giorno, sei giorni su sette). Gli OdC possono avere sede autonoma o collocarsi in Case della Comunità, strutture sanitarie multifunzionali, residenze sociosanitarie o all'interno di strutture ospedaliere, pur rientrando nei servizi dell'assistenza territoriale distrettuale.

L'OdC deve essere costruito rispettando le normative nazionali e regionali relative all'architettura sanitaria. In particolare, deve essere provvisto di spazi per attività amministrative, cucina e servizi accessori, lavanderia e stileria, oltre a strutture per il servizio mortuario. Questi servizi possono essere condivisi con altre strutture o unità.

L'OdC svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con l'obiettivo di evitare ricoveri impropri e agevolare dimissioni protette in luoghi più adatti alle esigenze assistenziali, di stabilizzazione clinica e di recupero funzionale.

L'OdC è una struttura territoriale rivolta a pazienti provenienti da casa, altre residenze, il Pronto Soccorso o dimessi da ospedali per acuti. Questi pazienti, a seguito di episodi di minore gravità o riacutizzazioni di patologie croniche, richiedono cure a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a casa, ma necessitano di assistenza infermieristica continua, anche notturna, che non può essere fornita a domicilio o in mancanza di adeguate condizioni (strutturali o familiari).

La permanenza nell'OdC non deve superare i 30 giorni, tranne in casi eccezionali debitamente motivati. La proposta di ricovero avviene tramite medici di varie specialità, come medico di medicina generale, medico di continuità assistenziale, medico specialistico ambulatoriale, medico del Pronto Soccorso e pediatra di libera scelta.

Le attività all'interno dell'OdC si basano su un approccio multidisciplinare, con un medico responsabile per gli aspetti igienico-sanitari e clinici, e un responsabile infermieristico per la gestione organizzativa. L'assistenza infermieristica è disponibile 24 ore al giorno, sette giorni su sette.

L'infermiere dell'OdC si occupa delle transizioni di cura dei pazienti, collaborando con le Centrali Operative Territoriali.

L'assistenza medica durante il giorno (8-20) è garantita per 4,5 ore al giorno, sei giorni su sette, mentre durante la notte (20-8) e nei giorni festivi è disponibile su richiesta immediata, anche per diverse strutture nel medesimo territorio.

All'interno degli OdC devono essere fornite attività di monitoraggio dei pazienti, sia localmente che tramite telemedicina, e attività di riabilitazione motoria in locali appositamente attrezzati.

L'OdC lavora in stretta collaborazione con altri servizi sanitari come la rete delle cure intermedie, i servizi specialistici ambulatoriali, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A questo scopo, sono previste procedure operative specifiche per garantire la continuità assistenziale attraverso Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Piani di Assistenza Individualizzati (PAI), valorizzando il ruolo di coordinamento svolto dalle Centrali Operative Territoriali.

Infine, l'OdC deve avere un sistema informativo per raccogliere e aggiornare periodicamente i dati relativi all'attività clinica e assistenziale, garantendo la trasmissione tempestiva dei dati a livello regionale per il monitoraggio nazionale.

Componente 2

La Componente 2, invece, per la realizzazione della quale sono stati stanziati 8,63 miliardi di euro, mira a sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici, a rafforzare la ricerca scientifica biomedica e sanitaria, e a potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del servizio sanitario nazionale al fine di garantire un'evoluzione delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando qualità e tempestività delle cure.

Il perseguimento di questo obiettivo prevede:

- la sostituzione di tecnologie sanitarie obsolete negli ospedali;
- lo sviluppo di un significativo miglioramento strutturale nella sicurezza degli edifici ospedalieri;

- il miglioramento dei sistemi informativi e degli strumenti digitali sanitari;
- la promozione e il rafforzamento del settore della ricerca scientifica, di cui l'ospedale è il fulcro;
- il potenziamento delle risorse umane.

L'ammodernamento del parco tecnologico e digitale in ambito ospedaliero implica il potenziamento e l'adozione di tecnologie digitali nell'assistenza sanitaria, mirando all'aumento dell'efficienza del personale e al miglioramento dei processi. Questo obiettivo si propone di garantire la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di eccellenza. In particolare, l'investimento si sviluppa attraverso tre strategie principali: l'aggiornamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di dispositivi obsoleti (di età superiore ai cinque anni) con modelli all'avanguardia, incluso l'acquisto di 3.133 nuove apparecchiature ad alta tecnologia (TAC, risonanze magnetiche, acceleratori lineari, sistemi radiologici fissi, angiografi, gamma camera, gamma camera/TAC, mammografi ed ecotomografi); il potenziamento dell'automazione nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di primo e secondo livello; l'ampliamento del numero di posti letto per terapia intensiva e semi-intensiva (+ 3.500 posti letto per assicurare lo standard di 0,14 posti letto di terapia intensiva per 1.000 abitanti) e semi-intensiva (+ 4.225 posti letto); il miglioramento della divisione dei percorsi all'interno del pronto soccorso; l'aumento dei mezzi per il trasporto secondario.

Si prevedono investimenti mirati per adattare le strutture ospedaliere alle normative antisismiche, in risposta all'esigenza di conformità degli edifici all'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003. Questo è particolarmente importante considerando che gli ospedali, tra gli edifici pubblici, rivestono un ruolo cruciale in situazioni di disastro. Oltre a svolgere un ruolo fondamentale nell'assistenza alla popolazione, garantendo un rapido intervento medico di emergenza, gli ospedali sono anche tra gli edifici più esposti e sensibili in caso di eventi sismici. Questo implica due linee di investimento: interventi di adeguamento sismico o miglioramento delle strutture ospedaliere, identificate sulla base delle necessità espresse dalle Regioni; investimenti pluriennali per il rinnovo e la modernizzazione degli edifici e dell'infrastruttura tecnologica della sanità pubblica.

È previsto un investimento mirato a rafforzare e modernizzare l'infrastruttura tecnologica fondamentale per l'erogazione dei servizi sanitari, l'analisi dei dati sanitari e la previsione delle necessità del SSN italiano, beneficiando anche le strutture ospedaliere. L'investimento si articola in due progetti:

1. Il completamento e l'espansione dell'infrastruttura del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) esistente. Questo obiettivo sarà raggiunto trasformando il FSE in un ambiente completamente digitale, uniforme e trasportabile su tutto il territorio nazionale. Il FSE avrà tre funzioni principali: inizialmente, consentirà ai professionisti della salute di accedere a una fonte unificata di informazioni cliniche per ottenere dettagli sulla storia clinica dei pazienti; inoltre, rappresenterà il punto di accesso per i cittadini e i pazienti ai servizi di base forniti dal sistema sanitario nazionale e regionale; infine, consentirà alle amministrazioni sanitarie di utilizzare dati clinici per analisi e miglioramenti nell'erogazione delle cure. Il progetto includerà:
 - L'integrazione completa di tutti i documenti e dati sanitari.
 - La creazione e implementazione di un archivio centrale.
 - Interoperabilità e una piattaforma di servizi.
 - La definizione di un'interfaccia utente standardizzata.
 - Identificazione dei servizi da fornire tramite il FSE.
 - L'integrazione dei documenti da parte delle Regioni nel FSE.
 - Supporto finanziario ai fornitori di servizi sanitari per aggiornare l'infrastruttura tecnologica e garantire la compatibilità dei dati;
 - Sostegno finanziario alle Regioni che adottano la piattaforma FSE.
 - Supporto per le risorse umane e le competenze necessarie per attuare i cambiamenti infrastrutturali e di dati per l'adozione del FSE.
2. Il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti analitici del Ministero della Salute per il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la pianificazione dei servizi sanitari in base alle esigenze, all'evoluzione demografica, ai trend e all'epidemiologia. Il progetto comprenderà:
 - potenziamento dell'infrastruttura del Ministero della Salute, integrando i dati clinici del FSE con dati clinici, amministrativi e finanziari del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), insieme ad altre informazioni relative alla salute nel quadro dell'approccio *One-Health*, per monitorare i LEA e garantire sorveglianza sanitaria;

- miglioramento della raccolta, del processamento e della produzione dei dati NSIS a livello locale, attraverso la riorganizzazione e standardizzazione dei processi regionali e locali per ottimizzare il NSIS nella valutazione della qualità, efficienza e adeguatezza del SSN;
- sviluppo di strumenti di analisi avanzata per lo studio di fenomeni complessi e scenari predittivi, al fine di migliorare la pianificazione dei servizi sanitari e identificare malattie emergenti;
- creazione di una piattaforma nazionale per integrare l'offerta e la domanda di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati.

Bibliografia

- Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997. *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 42. 20 febbraio 1997 – Supplemento Ordinario n. 37. Disponibile su <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1997/02/20/097A1165/sg>.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833. *Istituzione del servizio sanitario nazionale*. Gazzetta Ufficiale n.360, 28 dicembre 1978 - Suppl. Ordinario. Disponibile su <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>.
- Cicchetti A. *L'organizzazione dell'ospedale. Fra tradizione e strategie per il futuro*. Milano: Editrice Vita e Pensiero; 2002.
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70. *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*. Gazzetta Ufficiale 4 giugno 2015, n. 127. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg>.
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*. Governo Italiano. Disponibile su <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>.

Libero Accesso

Questo capitolo è concesso in licenza d'uso gratuita, consentendone l'utilizzo, la condivisione, l'adattamento, purché si dia credito adeguato all'autore originale e alla fonte.

Le immagini o altro materiale di terze parti in questo capitolo sono e restano di proprietà della casa editrice, salvo diversamente indicato.

L'uso del capitolo è quindi consentito all'interno delle norme di legge a tutela del detentore del copyright.

La Edizioni Idelson Gnocchi 1908 si riserva comunque anche di mettere a stampa l'intera opera, offrendola al mercato a titolo oneroso, secondo i consueti canali di vendita sul territorio.

