



COORDINAMENTO ITALIANO SANITA' AREE DISAGIATE e PERIFERICHE  
Sede Sociale: Piazza Vittorio Veneto, 11 Porretta Terme

40046 Alto Reno Terme (BO).

C.F. 91393800379

IBAN :IT 30 S 08472 05533 051000655655

E mail: [cisadep@gmail.com](mailto:cisadep@gmail.com)

Pec: [cisadep@pec.it](mailto:cisadep@pec.it)

1

## PROPOSTE PER LA REVISIONE DEL DM 70:

### NORME RELATIVE AGLI OSPEDALI DI AREA PARTICOLARMENTE DISAGIATA E PRESENTI O RICONVERTITI IN ZONE PERIFERICHE E SISMICHE

#### PRECISAZIONE STANDARD OSPEDALIERI E TERRITORIALI IN DETTE AREE

#### CENTRI REGIONALI MALATTIE INFETTIVE

#### NOTE GENERALI

Il D. M. 70 del 2015 ha stabilito i criteri per gli standard strutturali, tecnologici, qualitativi e quantitativi per le strutture ospedaliere. Tale Decreto ha avuto la sua genesi con il Ministro Balduzzi, durante il Governo Monti, e quindi in un tempo di riduzione e taglio della spesa. E' stato essenzialmente concepito per la definizione degli standard per le Aree urbane e metropolitane, dove la concentrazione della popolazione, la presenza di infrastrutture, la disponibilità dei servizi, consente di attuare una vera razionalizzazione delle strutture sanitarie presenti, producendo una migliore organizzazione del sistema in termini di efficacia, efficienza, economicità e adeguatezza, risultando quindi ragionevolmente applicabile.

Invece, l'applicazione degli stessi criteri numerici, se attuata nelle aree periferiche ed ultraperiferiche del paese, dove si registra carenza di infrastrutture, difficoltà orogeografiche, situazioni non ottimali in merito a viabilità e mobilità, accentuata dispersione territoriale della popolazione, produce, con la sua applicazione, risultati di desertificazione sanitaria e criticità che spesso compromettono i servizi sanitari essenziali alle popolazioni come dovrebbe essere garantito dell'art. 32 della Costituzione. Tutto ciò, crea situazioni alquanto problematiche e preoccupanti.

In merito poi alle Aree Particolarmente Disagiate, purtroppo le norme attuali si rivelano alquanto lacunose ed imprecise, dovute probabilmente alla scarsa riflessione sulle stesse e al mancato approfondimento delle tematiche relative. In particolare il punto 9.2.2, 9.1.1 e norme collegate dell'allegato 1 del Decreto oggetto della nostra riflessione, hanno generato in tutte le regioni d'Italia disparità evidenti nell'organizzazione, nella strutturazione, nella previsione e sicurezza dei servizi sanitari previsti negli Ospedali di Aree Particolarmente Disagiate. Tale norma, concedendo ampia discrezionalità alle Regioni, non definisce uno standard qualitativo minimo strutturale, tecnologico e quantitativo per queste strutture, risultando molto lacunosa ed imprecisa.

Altra evidente criticità del decreto, è quella di non aver previsto gli standard qualitativi minimi per i servizi territoriali nelle Aree Particolarmente Disagiate e Periferiche del paese, creando anche qui disparità di trattamento tra Aree di una stessa regione e Aree di regioni confinanti.

Un tema non affrontato compiutamente è quello poi dei percorsi nascita e dei punti nascita nelle Aree Periferiche ed Ultraperiferiche del paese, dove la sussistenza di tutte queste strutture è comunque possibile mettendole in rete con turnazione del personale con i centri HUB e SPOKE di riferimento. Ovviamente devono essere aumentati gli organici, per garantire l'alta professionalità e il necessario



COORDINAMENTO ITALIANO SANITA' AREE DISAGIATE e PERIFERICHE  
Sede Sociale: Piazza Vittorio Veneto, 11 Porretta Terme

40046 Alto Reno Terme (BO).

C.F. 91393800379

IBAN :IT 30 S 08472 05533 051000655655

E mail: [cisadep@gmail.com](mailto:cisadep@gmail.com)

Pec: [cisadep@pec.it](mailto:cisadep@pec.it)

2

aggiornamento del personale, garantendo, invece di soppressioni, un servizio efficace, efficiente, razionale e sicuro anche nelle periferie. In alternativa, va compiutamente affrontata e ben studiata, la definizione efficace, efficiente, razionale e sicura dei percorsi nascita, prevedendo tutti i servizi sostitutivi necessari e di emergenza, oggi lasciate alle regioni che improvvisano.

Lo stesso DM 70/2015 non ha affrontato in modo compiuto ed organico l'intera problematica dei punti nascita, dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali nelle aree ultraperiferiche, periferiche, insulari e disagiate del Paese, che non presentano situazioni identiche alle aree metropolitane e urbane, anche in presenza di dispersione territoriale della popolazione, carenza di infrastrutture, situazioni meteorologiche particolari, carenza di servizi.

Non è stato affrontato compiutamente il tema dei percorsi nascita e dei punti nascita nelle Aree Periferiche ed Ultraperiferiche del paese, dove la sussistenza di tutte queste strutture è comunque possibile mettendole in rete con turnazione del personale medico con i centri HUB e SPOKE di riferimento, ovviamente maggiorando gli organici di questi, per garantire l'alta professionalità e il necessario aggiornamento del personale, garantendo così, invece di soppressioni, anche nelle periferie un servizio efficace, efficiente, razionale e sicuro alle popolazioni di queste Aree, consentendo di superare il criterio numerico dei parti/struttura che da solo non è indice di qualità; e che, in alternativa, va compiutamente affrontata la definizione compiuta efficace, efficiente, razionale e sicura dei percorsi nascita, prevedendo tutti i servizi sostitutivi necessari e di emergenza che lo garantiscano, mediante uno standard nazionale.

## PROPOSTE DI REVISIONE

1. La revisione del Decreto Ministero della Sanità n. 70 del 2 aprile 2015, sugli Standard Ospedalieri è necessario preveda anche gli standard sui Servizi Territoriali delle Aree Particolarmente Disagiate e apra un capitolo sugli standard ospedalieri nelle Aree periferiche relativo al che preveda servizi adeguati ed in linea con lo standard normativo e qualitativo assegnato.
2. Per le Aree Particolarmente disagiate, occorre precisare necessariamente il punto 9.2.2, per costituire un vero standard ospedaliero relativo, che preveda:
  - a. *La chiarificazione per il Riconoscimento di Area Particolarmente Disagiata della distanza media dei comuni dell'area dal centro Hub o Spoke di riferimento di 60 minuti, l'essere Comuni con altitudine media superiore a 700 metri o situati in piccole isole, la presenza di condizioni di viabilità disagiata, l'avversità di condizioni meteorologiche, la bassa densità abitativa con dispersione territoriale, nel rispetto delle linee guida vigenti per l'emergenza urgenza.*
  - b. *La chiarificazione che il Pronto Soccorso di un Presidio Ospedaliero di Area Particolarmente Disagiata è un vero Pronto Soccorso di base con posti di OBI di almeno 24/48 ore, con*



COORDINAMENTO ITALIANO SANITA' AREE DISAGIATE e PERIFERICHE  
Sede Sociale: Piazza Vittorio Veneto, 11 Porretta Terme

40046 Alto Reno Terme (BO).

C.F. 91393800379

IBAN :IT 30 S 08472 05533 051000655655

E mail: [cisadep@gmail.com](mailto:cisadep@gmail.com)

Pec: [cisadep@pec.it](mailto:cisadep@pec.it)

3

personale medico dedicato di specialità previsto dal DM 30/01/1998 (Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza), con supporto di Chirurgia Generale, Ortopedia e Anestesiologia H24, e consulenze di Medicina Interna e Cardiologia, assicurato con personale dedicato in rotazione collegato all'HUB/SPOKE di riferimento, e con reparto di Medicina Generale, assicurato dal personale del reparto previsto di almeno 20 posti letto, con possibilità di appoggio fino al 70% dei posti letto per i pazienti chirurgici trattati in emergenza/urgenza non dimissibili in giornata, con possibilità di chirurgia di elezione in Day e Week surgery, con presenza H24 di laboratorio analisi di base, Radiologia tradizionale e TAC con lettura degli esami anche a distanza, Emoteca ed endoscopia digestiva.

- c. Qualora nell'Area Disagiata, così individuata, vi sia la presenza di un Punto Nascite di primo livello con un numero inferiore a 500 parti annui, data la particolare condizione di disagio dell'Area così individuata, si sancisce la permanenza dello stesso, collocato nell'Ospedale di Area Particolarmente Disagiata, con personale ostetrico, medico ginecologico e pediatrico in rotazione collegato all'HUB/SPOKE di riferimento, per il necessario aggiornamento professionale e il mantenimento della qualità, onde assicurare tutte le garanzie, gli standard di qualità e sicurezza previsti per un punto nascite di 500 parti annui.
- d. Inoltre va previsto in aggiunta il Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) presso il Pronto Soccorso di Area Particolarmente Disagiata, in modo da garantire quanto previsto dal Decreto del Ministero della Salute dell' 11 novembre 2015, il quale, in deroga a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2010, consente di mantenere in attività i punti nascita delle aree montane e disagiate che non raggiungono il tetto dei 500 parti annui, purché vengano mantenuti standard di qualità e sicurezza, garantiti con la formazione continua del personale sul lavoro. Va inoltre chiarito in merito allo stesso DMS dell'11 novembre 2015 la normatività al posto della facoltà per le Regioni in materia di applicazione di esso per le Aree Particolarmente Disagiate.
- e. In tutti gli altri Ospedali di Area Disagiata dove non esiste il Punto Nascite, per la tutela materno infantile del percorso nascita, è opportuno prevedere presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Area Disagiata in collaborazione con il 118, il servizio di emergenza STAM (Servizio di Trasposto Assistito Materno con bimbo in utero) con ambulanza attrezzata per l'occorrenza e pronta disponibilità ostetrico/ginecologica h24 assicurata dal centro HUB o SPOKE di riferimento. Vanno inoltre previsti e adottati tutti i protocolli necessari per garantire il Parto in emergenza/urgenza presso il Pronto Soccorso di Area Disagiata e i Pronto Soccorso degli Ospedali di Base ove sia stato soppresso il Punto Nascite, oltre ai protocolli relativi al trasferimento in sicurezza della madre e del nascituro presso il Punto Nascite di riferimento.
- f. Prevedere, verificata in modo particolare la situazione epidemiologica della popolazione e la sua anzianità media, la presenza aggiuntiva in tali presidi di posti ospedalieri di post acuzie, di Lungodegenza Ospedaliera, (cod. 60) e di Recupero e Rieducazione Funzionale di primo livello (cod. 56). Le due tipologie sono auspicabili negli Ospedali di Area Particolarmente Disagiata in considerazione della disgregazione dell'area stessa, che comporta per le famiglie



COORDINAMENTO ITALIANO SANITA' AREE DISAGIATE e PERIFERICHE  
Sede Sociale: Piazza Vittorio Veneto, 11 Porretta Terme

40046 Alto Reno Terme (BO).

C.F. 91393800379

IBAN :IT 30 S 08472 05533 051000655655

E mail: [cisadep@gmail.com](mailto:cisadep@gmail.com)

Pec: [cisadep@pec.it](mailto:cisadep@pec.it)

4

=====

*dover assistere i propri cari in località distanti dai comuni di residenza e in quanto il ruolo del reparto di lungodegenza è quello di trattare pazienti provenienti dai reparti per acuti, particolarmente complessi, clinicamente instabili, che necessitano di ulteriori cure e trattamenti, stabilizzazione, e/o miglioramento clinico-funzionale: tratta infatti solo pazienti, che necessitano di assistenza infermieristica 24 ore su 24, trasferiti dai reparti per acuzie dell'area ospedaliera di riferimento con la quale si opera in stretto collegamento funzionale/operativo (multidisciplinarietà del trattamento), bassa complessità che ne consente la cura presso la struttura periferica di Area Disagiata così strutturata. Tali posti letto possono essere collegati al reparto previsto di Medicina Generale anche attraverso l'organizzazione interna del presidio ospedaliero. La responsabilità di settore, infatti, è in capo ad un Medico con specialità di area medica. Ugualmente, gli eventuali posti di Recupero e Rieducazione Funzionale di primo livello sono finalizzati a pazienti con disabilità di entità rilevante, nell'immediata post-acuzie, cronica o in fase di stabilizzazione che richiedono un intervento riabilitativo non complesso, né intensivo, ma protratto nel tempo, nonché pazienti con disabilità croniche stabilizzate di entità contenuta per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi, di mantenimento o di prevenzione del degrado motorio-funzionale acquisito, non realizzabili in modo appropriato all'interno del setting complessivo. Il trasferimento dal setting ospedaliero a quello territoriale spesso trova ostacoli in quanto alcuni pazienti presentano costi particolarmente rilevanti ad esempio per terapia oncologica o antibiotici di ultima generazione. È necessario che queste terapie rimangano a carico del SSN indipendentemente dal livello assistenziale assegnato al paziente (ospedaliero / territoriale); anche in questo caso è possibile garantire tali posti con il collegamento al reparto di Medicina Generale previsto dall'organizzazione interna del Presidio di Area Particolarmente Disagiata.*

- g. A livello di ambulatori ospedalieri, per rendere più sicura anche la Medicina Territoriale di tali aree, e per impedire il sovraccarico degli ambulatori degli ospedali maggiori, presso l'Ospedale di Area Particolarmente Disagiata devono essere assicurati quelli di Chirurgia, Endoscopia digestiva, Ecografia, Cardiologia con Ecg, Ecocardiografia ed Ecodoppler, Medicina Interna, Nefrologia, Diabetologia, Ortopedia con Sala Gessi, Ginecologia, Radiologia Tradizionale e TAC, Laboratorio Analisi di Base, ed almeno quello di Oculistica, Otorinolaringoiatria, Pediatria con la disponibilità ad effettuare, se richieste, consulenze presso il Pronto Soccorso. Tutti gli ambulatori vanno garantiti dal personale ospedaliero presente nella struttura e/o in rotazione dal centro Hub/Spoke di riferimento. In modo particolare, data la possibilità di interventi elettivi in Day Surgery, si assicura oltre al Day Surgery Chirurgico, già previsto, quello Ortopedico, Ginecologico, Oculistico ed Otorinolaringoiatrico, garantito dal personale già presente per le prestazioni ambulatoriali e con il supporto della Sala Operatoria operativa H24 come anche i Day Hospital delle specialità mediche presenti.*
- h. Presso ogni Ospedale di Area Disagiata viene assicurato il Servizio di Emodialisi, collegato funzionalmente al reparto di Medicina Generale.*



COORDINAMENTO ITALIANO SANITA' AREE DISAGIATE e PERIFERICHE  
Sede Sociale: Piazza Vittorio Veneto, 11 Porretta Terme

40046 Alto Reno Terme (BO).

C.F. 91393800379

IBAN :IT 30 S 08472 05533 051000655655

E mail: [cisadep@gmail.com](mailto:cisadep@gmail.com)

Pec: [cisadep@pec.it](mailto:cisadep@pec.it)

=====

5

- i. Nelle Aree Progetto, individuate e riconosciute tali all'interno della Strategia Nazionale delle Aree Interne, oggetto di finanziamento delle Leggi 27 dicembre 2013, n. 147, articolo 1, comma 13 ; 23 dicembre 2014, n. 190, articolo 1, comma 674, 28 dicembre 2015, articolo 1, comma 811, 27 dicembre 2017, n.205, articolo 1, comma 895, e seguenti, ove presenti strutture ospedaliere, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in ragione degli obiettivi della strategia, sono obbligate a mantenere per esse almeno lo standard ospedaliero minimo previsto dal DM. 70/2015, allegato 1, punto 9.2.2., e non possono riconvertirle in strutture territoriali per il periodo di vigenza della sperimentazione Snai e comunque nel termine finale di certificazione della spesa della strategia.*
3. In merito all'emendamento Colletti (37.309) approvato dalla Camera nell' AC 1209-A, che modifica in questo modo la seguente norma dell'art. 17 bis del DL 9 febbraio 2017 , n. 8: "Sospensione di termini in materia di sanita'. 1. Ai comuni del cratere sismico dell'Aquila di cui al decreto 16 aprile 2009, n. 3, del Commissario Delegato ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 6 aprile 2009, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 81 del 7 aprile 2009, e ai comuni, **entro 30 chilometri di distanza dai comuni**, di cui agli allegati 1, 2 e 2-bis al decreto-legge n. 189 del 2016 non si applicano, **fino al 31 dicembre 2023**, le disposizioni del regolamento di cui al decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70, a condizione che intervenga sui singoli provvedimenti di riorganizzazione della rete ospedaliera il parere favorevole del Tavolo di Monitoraggio di attuazione del citato decreto ministeriale n. 70 del 2015, di cui al decreto del Ministro della Salute 29 luglio 2015", che prevede eccezioni solo per le aree colpite da eventi sismici del 2009 e del 2016, e non per tutte le altre situazioni difficili delle aree terremotate d'Italia, si chiede che nella revisione del DM 70 vi sia l'estensione della norma particolare a norma generale per tutte le aree terremotate d'Italia (inserendo ad esempio " nonché a tutti i comuni di Italia riconosciuti con Decreto del Governo in cratere sismico" ), precisando che la distanza indicata sia definita "lineare", nel senso del "raggio di trenta chilometri" e non stradale, per tutelare effettivamente la salute dei cittadini in queste aree, prevedendo "il ripristino di un ospedale ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1 Punto 9.2.2 dove in corso di riconversione in struttura per post acuzie o territoriale" .
4. In merito all'assistenza territoriale, nuovo capitolo da aggiungere al DM 70, va previsto quanto segue:

  - a. Relativamente alla Rete dell'Emergenza/urgenza, la possibilità di deroga ai punti 118 con Mezzo di Soccorso Avanzato (MSA) e medico a bordo per le aree disagiate che assicuri l'integrale copertura del territorio;*
  - b. Per la migliore attuazione del "Progetto pilota, per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e località caratterizzate da difficoltà di accesso, (Aree disagiate)" recepito in Allegato 2 dalla Conferenza Stato Regioni con atto n. 146 del 30.07.2015, dove esplicitamente per le Aree Disagiate ed Insulari, sono previsti "per l'Assistenza Territoriale e l'Emergenza/Urgenza" modelli flessibili adeguati a fornire in quelle particolari condizioni logistiche un'assistenza sanitaria potenziata e più adeguata.*
  - c. La presenza dei Medici di Continuità Assistenziale va garantita nelle Aree particolarmente disagiate, periferiche ed ultraperiferiche non in base al numero di abitanti ma in quei Comuni*



COORDINAMENTO ITALIANO SANITA' AREE DISAGIATE e PERIFERICHE  
Sede Sociale: Piazza Vittorio Veneto, 11 Porretta Terme

40046 Alto Reno Terme (BO).

C.F. 91393800379

IBAN :IT 30 S 08472 05533 051000655655

E mail: [cisadep@gmail.com](mailto:cisadep@gmail.com)

Pec: [cisadep@pec.it](mailto:cisadep@pec.it)

6

in cui il tempo dalla partenza dalla postazione all' arrivo del 118 è superiore a 20 minuti, in particolari situazioni orografiche del territorio e condizioni sanitarie del paziente, di modo che il MCA giunga al domicilio del paziente entro lo stesso tempo, così da effettuare il primo intervento diagnostico e di stabilizzazione del paziente in tempi ottimali per l'emergenza/urgenza. Il coordinamento tra Servizio di Continuità Assistenziale e Servizio 118 è componente essenziale per la difesa della salute nelle aree disagiate in quanto la preziosa opera del MCA non si limita alle prestazioni indifferibili, ma può risultare determinante e prezioso anche nell'intervento sui codici di pertinenza del 118, ogni qualvolta gli equipaggi dell'Emergenza tardano ad arrivare nelle località disagiate per motivi legati all'orografia del territorio o perché impegnati in altri interventi. Tale coordinamento si rende necessario, perché, la bozza del nuovo Accordo Collettivo nazionale per la Medicina Generale che prevede la soppressione del Servizio di CA dalle ore 24 alle 8, in favore di un ipotetico potenziamento delle attività diurne della medicina generale non convince affatto e non dà le stesse garanzie del modello attuale, oltre a ritenere che il modello proposto dell'H24 dei Medici di Medicina Generale (MMG) teoricamente possibile, è de facto inapplicabile nelle aree disagiate per la bassa densità abitativa, la dispersione territoriale e l'esiguo numero relativo di professionisti del settore operanti in tali territori; inoltre si rivela pericoloso per la salute dei pazienti se messo in atto, in quanto il rischio reale e concreto è che tutto venga demandato al solo 118, con drastico aumento di ricoveri e accessi ai Pronto Soccorso.

- d. La presenza, presso i Presidi di Assistenza Territoriale (PTA)/Case della Salute/Ospedali di Area Disagiata anche del Pediatra di Libera Scelta (PLS) anche con copertura in pronta disponibilità H24, in raccordo con i Pronto Soccorso di Area Disagiata, i Punti di Primo Intervento e i Servizi 118 ivi presenti, per una puntuale risposta all'emergenza/urgenza pediatrica, oppure di ripensare in senso di prossimità l'Area e i servizi pediatrici nelle aree disagiate collegandoli ai centri Hub o Spoke per la rotazione del personale. In modo particolare presso gli Ospedali di Area disagiata, ove non possibile la copertura con il PLS in pronta disponibilità H24, si garantisca come per l'ambulatorio pediatrico ospedaliero, la consulenza notturna e festiva al Pronto Soccorso di Area Disagiata con personale in rotazione dal centro Hub/Spoke di riferimento. È essenziale in queste Aree, come validamente proposto in alcune zone disagiate dell'Emilia Romagna, la sperimentazione di un nuovo modello organizzativo che preveda un impegno coordinato dei pediatri ospedalieri, territoriali e dei PLS, operanti sul territorio montano. L'integrazione PLS, pediatri territoriali e pediatri del reparto ospedaliero è l'unica strada da percorrere per garantire l'assistenza pediatrica H24 nelle Aree Montane e adottato come progetto pilota riconosciuto dalla Regioni e dallo Stato attraverso la Conferenza Stato Regioni.
- e. A chiarimento del Punto 9.2.5 dell'Allegato 1 del D.M. 70/2015, la previsione esplicita che i Punti di Primo Intervento (PPI), nelle strutture in riconversione o riconvertite dove sono previsti posti di Lungodegenza Ospedaliera, Recupero e Riabilitazione funzionale di 1° livello e posti letto territoriali attivi H24, sono affidati ad un organico medico dedicato nelle 12 ore diurne (afferente al DEA di riferimento se con più di 6000 accessi annui) e al Servizio 118 nelle restanti 12 ore notturne per la gestione dei codici bianchi e verdi. È necessario che nella struttura ci sia un organico che assicuri una "prima emergenza-urgenza" diurna e che in



COORDINAMENTO ITALIANO SANITA' AREE DISAGIATE e PERIFERICHE  
Sede Sociale: Piazza Vittorio Veneto, 11 Porretta Terme

40046 Alto Reno Terme (BO).

C.F. 91393800379

IBAN :IT 30 S 08472 05533 051000655655

E mail: [cisadep@gmail.com](mailto:cisadep@gmail.com)

Pec: [cisadep@pec.it](mailto:cisadep@pec.it)

7

quelle realtà assicuri il trattamento delle urgenze minori e una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel pronto soccorso più appropriato, nonché garantire, d'intesa con il 118, l'immediato trasferimento presso i Pronto Soccorsi Ospedalieri di riferimento dei pazienti ivi ricoverati in caso di riacutizzazione. Pertanto, finché nella struttura in riconversione o riconvertita in questione rimangono degenze ospedaliere o territoriali, è impossibile attuare il modello del servizio con la sola presenza del servizio 118, tenendo presenti le motivazioni della previsione di tale funzione in strutture di tale tipologia. Infatti, affidando il PPI al solo 118 non si originano risparmi, poiché o è comunque necessario garantire il personale per il funzionamento della struttura stessa oppure si corre il rischio di lasciare scoperto integralmente il servizio, quando l'equipe 118 è impegnata in un intervento sul territorio. Va quindi chiaramente esplicitato che negli Ospedali di Area Disagiata è impossibile prevedere il Punto di Primo Intervento al posto del Pronto Soccorso, in quanto non è tecnicamente possibile con la funzione assegnata alla struttura, nonché si creerebbero problemi normativi nel caso di accessi inferiori a 6000 annui, che impedirebbero la gestione dello stesso da parte del DEA di riferimento, situazione comune a molte realtà di tale tipologia.

- f. L'estensione del servizio Assistenza Domiciliare Infermieristica (ADI) H12, compresi i festivi, con copertura di tutto il territorio di riferimento dell'Area Disagiata;
- g. L'organizzazione della chirurgia ambulatoriale complessa.
- h. La previsione esplicita dell'Assistenza Domiciliare Riabilitativa e della Riabilitazione Territoriale;
- i. L'introduzione, come presidio sanitario di prossimità, dell'infermiere di comunità presso ogni comune, in relazione al numero degli abitanti e della complessità territoriale, con ambulatorio infermieristico.
- j. La possibilità di una rete di punti di prelievo dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)/Case della Salute/Strutture in riconversione, oltre ai prelievi effettuati dagli infermieri di comunità, collegata con il Laboratorio Analisi dell'Ospedale di Area Disagiata/di Periferia di riferimento, raggiungibile entro i 60 minuti.
- k. La previsione del mantenimento dei Servizi territoriali necessari a garantire la prossimità delle cure, quali Oncologia, Radioterapia, Nefrologia e Dialisi.

5. In merito alle Aree Periferiche non considerate dal DM 70, va inserito quanto segue:

- a. Per tutte le Aree Periferiche d'Italia non assimilabili ad Aree Disagiate, per quello che concerne l'organizzazione sanitaria secondo lo standard ospedaliero Ospedale di Base, che tale tipologia, in area periferica non urbana, laddove il bacino di utenza o l'Area di riferimento superi i 25.000 abitanti, vada sempre concessa a prescindere, non considerando il parametro del numero di abitanti in maniera rigida, bensì con flessibilità a seconda della conformazione geografica, socio economica, strutturale, dell'adeguatezza delle comunicazioni centrali e periferiche, ovvero se il presidio si trovi in Area Metropolitana, Area Urbana, Area Periferica



COORDINAMENTO ITALIANO SANITA' AREE DISAGIATE e PERIFERICHE  
Sede Sociale: Piazza Vittorio Veneto, 11 Porretta Terme

40046 Alto Reno Terme (BO).

C.F. 91393800379

IBAN :IT 30 S 08472 05533 051000655655

E mail: [cisadep@gmail.com](mailto:cisadep@gmail.com)

Pec: [cisadep@pec.it](mailto:cisadep@pec.it)

8

- o Area Ultraperiferica, e comunque con la possibilità di prevedere in base a tali caratteristiche servizi intermedi di passaggio o servizi potenziati.
- b. In queste aree, a prescindere dai valori tabellari del DM 70, vanno previsti i servizi Ospedalieri di Base, a supporto della medicina territoriale e precisamente Pronto Soccorso, Medicina Interna, Chirurgia e Ortopedia di base, Lungodegenza, Riabilitazione. Le specialità chirurgiche e mediche, onde a garantire gli standard previsti dal DM 70, vengono assicurate sul modello di piattaforme chirurgiche e mediche, collegate funzionalmente al centro HUB/SPOKE di riferimento, che spostandosi sul territorio garantiscono in periferia l'effettuazione di DRG di base relativi a prestazioni ordinarie di bassa/media complessità e piccoli interventi, impedendo la desertificazione del territorio e garantendo servizi di supporto in periferia, ottimizzando le strutture esistenti e le risorse intere dei SSR. In questo caso, il criterio di riferimento va ponderato in merito alla situazione delle comunicazioni stradali, sulla dispersione territoriale della popolazione, sulle infrastrutture, sui servizi esistenti.
- c. Per queste Aree, vanno previste deroghe importanti sul mantenimento dei Punti Nascita e dell'area Materno infantile, con tutti gli standard tecnologici di sicurezza infrastrutturale e tecnica, con possibilità di mantenimento equipe relative oltre i 300 parti annui e comunque con la rotazione del personale medico ostetrico/ginecologico e pediatrico dal centro HUB/SPOKE di riferimento, per garantire il necessario aggiornamento professionale e il mantenimento della qualità dell'assistenza, onde assicurare tutte le garanzie, gli standard di qualità e sicurezza previsti per un punto nascite di 500 parti annui.
6. A livello generale, nella revisione del DM 70 va inserito:
- a. Nelle Aree della Strategia Nazionale per le Aree Interne, in quelle particolarmente disagiate, periferiche e ultraperiferiche per i servizi ospedalieri di base e di area disagiata vanno sempre verificate le condizioni socio-economiche, geografiche, di presenza o assenza dei servizi, delle reti infrastrutturali, delle difficoltà logistiche per la progettazione, l'organizzazione e la presenza strategica di adeguati servizi socio-sanitari ospedalieri e territoriali, che non possono essere modulati sui parametri di riferimento adottati per le aree urbane e metropolitane o su un puro e semplice criterio basato sul numero di abitanti. Il mantenimento dei servizi socio-sanitari è strategico per non accrescere il disagio sociale dell'Area in zone ad alto rischio sismico, ad alta incidenza di popolazione anziana, ad alta incidenza di patologie cronico/degenerative, ad alta concentrazione di attività produttive ed industriali, ad alto rischio per patologie professionali ed inquinamento diffusi e gravi per la popolazione, ad alto tasso di disoccupazione e depressione economica
- b. In ogni Regione, a prescindere dagli standard fissati dal DM 70, in ragione della popolazione, va previsto almeno un Centro Regionale di malattie infettive in un ospedale autonomo dal percorso di cura ospedaliero ordinario. Tale Centro si configura come Ospedale Autonomo



COORDINAMENTO ITALIANO SANITA' AREE DISAGIATE e PERIFERICHE  
Sede Sociale: Piazza Vittorio Veneto, 11 Porretta Terme

40046 Alto Reno Terme (BO).

C.F. 91393800379

IBAN :IT 30 S 08472 05533 051000655655

E mail: [cisadep@gmail.com](mailto:cisadep@gmail.com)

Pec: [cisadep@pec.it](mailto:cisadep@pec.it)

9

=====

*Completo per la gestione integrale del paziente infettivo chirurgico, medico e materno/infantile, anche con l'utilizzo di piattaforme chirurgiche, mediche ed ostetrico/ginecologiche pediatriche dal centro HUB/SPOKE di riferimento per garantire in sicurezza ed evitare interventi e prestazioni di tali pazienti infettivi nelle strutture per l'ospedalità ordinario, garantendo in forma sicura e protetta la cura del paziente infettivo nella struttura individuata.*

IL SEGRETARIO  
(Don Francesco Martino)

IL PRESIDENTE  
(Cioni Emanuela)