



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 42 LEGISLATURA N. X

delibera
159

DE/PR/SAS Oggetto: Provvedimenti di attuazione del DM n. 70/2015
0 NC concernente la riduzione dei posti letto ospedalieri,
 ai sensi dell'art. 1, comma 541 della legge n.
Prot. Segr. 208/2015
177

Lunedì 29 febbraio 2016, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- | | |
|-----------------------|----------------|
| - LUCA CERISCIOLI | Presidente |
| - ANNA CASINI | Vicepresidente |
| - MANUELA BORA | Assessore |
| - LORETTA BRAVI | Assessore |
| - FABRIZIO CESETTI | Assessore |
| - MORENO PIERONI | Assessore |
| - ANGELO SCIAPICHETTI | Assessore |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Luca Ceriscioli. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Elisa Moroni. Riferisce in qualità di relatore il Presidente Luca Ceriscioli. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il _____
prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Provvedimenti di attuazione del DM n. 70/2015 concernente la riduzione dei posti letto ospedalieri, ai sensi dell'art. 1, comma 541 della legge n. 208/2015.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal dirigente del Servizio Sanità, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio, che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere di cui all'articolo 16 della legge regionale 15 ottobre 2001 n. 20, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del dirigente del Servizio Sanità e l'attestazione che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del dirigente del Servizio Sanità;

VISTO l'articolo 28 dello statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

- di approvare, ai sensi dall'art. 1, comma 541, lettera a), della legge n. 208/2015, il provvedimento di attuazione del DM n. 70/2015 concernente l'adeguamento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, come indicato nell'allegato A, che costituisce parte integrante alla presente deliberazione;

- di inviare la presente deliberazione al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui all'Intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano e al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del DM n. 70/2015, di cui all'Intesa sancita il 2 luglio 2015 dalla stessa Conferenza; nonché di inviare, attraverso il sistema documentale Siveas, la relazione riguardante i provvedimenti di attuazione del DM n. 70/2015 al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA;

- di stabilire che la presente deliberazione costituisce direttiva vincolante per i direttori degli Enti del SSR, ai sensi dell'art.3, comma 2, della legge regionale n.13/2013.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Luca Ceriscioli)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- DGR 1537/2012 “Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del DL 95/2012 - convertito con Legge 135 del 7 agosto 2012 concernente Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini - "spending review" nazionale”;
- DGR 1590/2012 “Modifica DGR n. 1537/12 "Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del DL 95/2012 - convertito con Legge 135 del 7 agosto 2012 concernente Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini - "spending review" nazionale”;
- DGR 1696/2012 “Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini “ la Regione avvia la revisione del sistema dell’offerta sanitaria e socio-sanitaria, coerentemente con la ridefinizione dei tagli derivanti dalla “spending review”;
- DGR 478/2013 “Individuazione del numero di presidi ospedalieri per Area Vasta”;
- DGR 551/2013 “Articolo 12, lettera b) Patto per la Salute 2010-2012. Definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del Servizio Sanitario regionale in esecuzione della deliberazione della Giunta regionale n. 1696/2012”;
- DGR 735/2013 “Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012”;
- DGR 920/2013 “L.R n. 36/98 - Individuazione del numero, tipologia, dislocazione e disponibilità oraria delle Potes nel territorio regionale”;
- DGR 1345/2013 “Riordino delle reti cliniche della Regione Marche”;
- DGR n. 1476/2013 “L. Regionale 36/98 - Individuazione del numero, tipologia, dislocazione e disponibilità oraria delle Potes nel territorio regionale". Specificazioni”;
- DGR 276/2014 “Nuovo piano di codifica delle strutture dei presidi ospedalieri”;
- DGR n. 564/2014 “Approvazione Protocollo d’Intesa tra Regione Marche e Regione Umbria per la gestione del Servizio di Eliambulanza”;
- DGR 846/2014 “Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale di cure palliative”;
- DGR 960/2014 “Regolamentazione Cure Intermedie. Approvazione”;
- DGR 1218/2014 “Recepimento dell’Intesa Stato Regioni Repertorio Atti n.98/CSR del 05/08/2014 App. 2. "Definizione dei requisiti per la Chirurgia Ambulatoriale" della Regione Marche e aggiornamento procedure eseguibili”;
- DGR 1219/2014 “Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/9/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli Enti del SSR”;
- DGR 1285/2014 “Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale di cure palliative e terapia del dolore pediatrica”;
- DGR 1286/2014 “Linee di indirizzo per la predisposizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Piani Integrati di Cura (PIC) della Regione Marche”;
- DGR 1292/2014 “Approvazione accordo regionale con le case di cura monospecialistiche accreditate della Regione Marche per gli anni 2010-2013 e 2014-2015”;
- DGR 325/2015 “Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale della terapia del dolore”;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- DM 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”
- DGR 541/2015 “Recepimento Decreto Ministero della salute del 2 aprile 2015, n.70 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- DGR 657/2015 “Proposta di legge a iniziativa della Giunta regionale concernente: "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati”;
- DGR 908/2015 “D.M. 70/2015. Applicazione Accordi regionali per la riorganizzazione delle Case di cura private accreditate multi specialistiche (DGR n. 559/2015) e delle Case di cura private accreditate mono specialistiche (DGR n. 1292/2014)”;
- DGR 940/2015 “Rettifica DGR n. 908 del 19.10.2015”;
- DGR 942/2015 “Recepimento Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, rep. atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie;
- DGR n. 139/2016 “Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione delle DGR n. 735/2013, DGR n. 920/2013 e DGR n. 1476/2013”;
- Legge n. 208 del 28 dicembre 2015 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)” pubblicata in G.U. Serie Generale n.302 del 30-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 70 (art. 1, comma 541).

Motivazione ed esito

Il comma 541 dell'art. 1 della Legge 208/2015 (Legge di stabilità 2016), dispone che nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale e in relazione alle misure di accrescimento dell'efficienza del settore sanitario previste dai commi da 521 a 552 e alle misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui ai commi da 538 a 540, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, le regioni e le province autonome:

a) ove non abbiano ancora adempiuto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, adottano il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale nonché i relativi provvedimenti attuativi. (...);

b) (...);

c) trasmettono entro il 29 febbraio 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b) al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, nonché al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, istituito ai sensi della lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015; il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA valutano congiuntamente, entro il 31 marzo 2016, i



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

provvedimenti di cui alle lettere a) e b), anche sulla base dell'istruttoria condotta dal Tavolo di cui alla lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015.

In data 19 febbraio 2016 si è svolta una riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei LEA che, unitamente ai componenti del Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al DM n. 70/2015, hanno definito le indicazioni operative che le Regioni e le Province autonome devono seguire per dare risposta a quanto disposto al comma 541 della Legge di stabilità. In particolare, nella circolare approvata viene indicato che qualora la Regione abbia già provveduto a definire le reti previste dal DM n. 70/2015 dovrà produrre una relazione ricognitiva dei provvedimenti adottati che dia evidenza della corrispondenza con gli standard previsti e espliciti le eventuali ulteriori azioni da intraprendere ai fini dell'adeguamento.

A tal proposito, è importante evidenziare che la Regione Marche, con DGR 541/2015, ha recepito il DM 70/2015 e in tale atto ha esplicitato che, sulla base del cosiddetto "Regolamento Balduzzi" poi revisionato e adottato con il DM 70/2015, aveva già provveduto, con numerosi atti, a riorganizzare il Servizio Sanitario Regionale (SSR) per far fronte alle specifiche indicazioni organizzative contenute nell'art. 15 della Legge 135 del 2012. In tale atto si dava anche mandato di attivare, nelle specifiche materie per le quali il DM 70/2015 detta regole, una puntuale verifica dei contenuti, da confrontare con le numerose deliberazioni già assunte dalla Regione, al fine di individuare eventuali scostamenti e mettere in atto modifiche e/o integrazioni necessarie per assicurare la completa coerenza delle richiamate deliberazioni regionali alla nuova normativa recepita con DGR 541/2015.

E' opportuno sottolineare che la Regione, già con la DGR 735/2013 e le successive DGR n. 1292/2014, n. 559/2015, n. 908/2015, n. 940/2015, n. 139/2016, ha adempiuto alla rimodulazione della dotazione totale dei p.l. ospedalieri stabilendone la revisione organizzativa nel rispetto dei 3,7 p.l./1000 abitanti comprensivi dei 0,7 p.l./1000 abitanti per lungodegenza/riabilitazione e del computo della mobilità passiva; inoltre, con le DGR n. 1345/2013, n. 1219/2014, n. 139/2016, la Regione ha adeguato l'articolazione delle reti ospedaliere e dell'emergenza urgenza. Con tali azioni la Regione ha in qualche misura anticipato le richieste di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR e di riorganizzazione delle reti ospedaliere formulate dall'art. 1 comma 2 del DM 70/2015 e ribadite all'art. 1 comma 541 della Legge n. 208/2015.

Con ulteriori provvedimenti, elencati nella relazione ricognitiva predisposta secondo le indicazioni operative del Tavolo congiunto sopra citato, sono state individuate e definite le azioni già avviate o da intraprendere per la revisione e l'adeguamento dell'organizzazione del SSR marchigiano.

In base alla ricognizione eseguita sui provvedimenti adottati, si è comunque evidenziata la necessità di completare l'adeguamento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi previsti dal DM 70/2015, nei termini delle indicazioni agli Enti del SSR che sono declinate nell'Allegato A, parte integrante della presente deliberazione.

Le indicazioni operative formulate in data 19 febbraio 2016 nella riunione congiunta del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA stabiliscono infine che i provvedimenti adottati devono essere trasmessi entro il 29 febbraio 2016 attraverso il sistema documentale SiVeAS da parte dei referenti LEA di ciascuna Regione.

Per quanto sopra riportato, si propone pertanto alla Giunta regionale:

- di approvare, ai sensi dall'art. 1, comma 541, lettera a), della legge n. 208/2015, il provvedimento di attuazione del DM n. 70/2015 concernente l'adeguamento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, come indicato nell'allegato A, che costituisce parte integrante alla presente deliberazione;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- di inviare la presente deliberazione al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui all'Intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano e al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del DM n. 70/2015, di cui all'Intesa sancita il 2 luglio 2015 dalla stessa Conferenza; nonché di inviare, attraverso il sistema documentale Siveas, la relazione riguardante i provvedimenti di attuazione del DM n. 70/2015 al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA;
- di stabilire che la presente deliberazione costituisce direttiva vincolante per i direttori degli Enti del SSR, ai sensi dell'art.3, comma 2, della legge regionale n.13/2013.

Il Responsabile del procedimento
(Piero Ciccarelli)

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione in Giunta regionale.

Attesta, inoltre, che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

Il Dirigente
(Piero Ciccarelli)

La presente deliberazione si compone di n. 13 pagine, di cui n. 7 pagine di allegati.

Il Segretario della Giunta
(Elsa Moroni)



Allegato A

Provvedimenti di attuazione del DM n. 70/2015 concernente la riduzione dei posti letto ospedalieri, ai sensi dell'art. 1, comma 541 della legge n. 208/2015.

Introduzione

A seguito della legge n. 135/2012, con la DGR n. 1696/2012 "*Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini*", con la quale è stata disposta la revisione del sistema dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, coerentemente con la ridefinizione dei tagli derivanti dalla "spending review", con l'obiettivo di garantire l'equilibrio economico del SSR e l'erogazione dei LEA ai cittadini. La DGR esplicita le azioni per la razionalizzazione dei fattori di produzione quali risorse umane, farmaci, beni e servizi, dispositivi medici, governo degli erogatori privati accreditati e rivede il riassetto organizzativo complessivo introducendo le reti dell'offerta coerentemente con il PSSR 2012-2014.

Il processo di razionalizzazione dei posti letto, intrapreso con la DGR n. 1696/2012 era stato preceduto dalle DGR n. 1537/2012 e n. 1590/2012, che definiscono l'infrastruttura del modello della rete ospedaliera regionale secondo una logica "Hub & Spoke", concentrando l'alta specialità solo in alcuni presidi ospedalieri e riservando il restante network ospedaliero diffuso sul territorio per l'assistenza alla media e bassa complessità. Il processo riorganizzativo ha portato, con DGR 478/2013, all'individuazione dei Presidi Unici di Area Vasta (AV) al servizio di più distretti, in coerenza con la suddivisione gestionale dell'ASUR in Aree Vaste, e successivamente, con DGR 276/2014, all'identificazione di nuove codifiche delle strutture ospedaliere, allo scopo di agevolare la gestione dei flussi informativi, in coerenza con gli obblighi ministeriali.

Parallelamente, con DGR n. 735/2013, n. 920/2013 e n. 1476/2013, è stato messo in atto un processo di riduzione della frammentazione ospedaliera, con la riconversione delle piccole strutture ospedaliere e la riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza, garantendo la continuità assistenziale, la riduzione delle strutture complesse (- 25,8%) e semplici (- 30,3%) degli Enti del SSR (DGR n. 551/2013), sempre con l'obiettivo di raggiungere l'allineamento della dotazione dei posti letto agli standard nazionali. Tale processo si è concluso con l'adozione della DGR n. 139/2016 che ha disposto il termine per l'attuazione della riorganizzazione al 31/12/2016 in coerenza con il DM n. 70/2015.

Inoltre sono state ridefinite le reti cliniche regionali, le strutture di degenza ed i servizi, mediante le DGR n. 1345/2013 e n. 1219/2014.

A seguito del recepimento del DM n. 70/2015, con DGR n. 541/2015, è stato dato mandato alle P.F competenti di eseguire una ricognizione del SSR per una verifica della coerenza con le indicazioni ministeriali.

Di seguito si espone quanto già attuato del DM n. 70/2015 e gli ulteriori provvedimenti necessari a completarne l'attuazione.

1) Dotazione totale di posti letto

Dalla normativa regionale (DGR n. 735/2013, n. 1292/2014, n. 559/2015, n. 908/2015, n. 940/2015, n. 139/2016) risulta che la dotazione dei posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati ed effettivamente a carico del SSR, si attesta ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

Tale computo tiene conto del rapporto della popolazione residente in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale di cui all'art. 27 del D. Lgs. 6 maggio 2011, n. 68.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Inoltre, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1, comma 3 lettera c) del D.M 70/2015, ai fini del calcolo della dotazione dei posti letto sono stati considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nella relativa dotazione, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali la Regione copre un costo giornaliero pari o superiore al valore tariffario della giornata di lungodegenza, con le eccezioni stabilite dal DM 70/2015.

Con DGR n. 559/2015, la Regione ha avviato la riorganizzazione delle strutture multi specialistiche private accreditate, riconvertendo in strutture residenziali e di post acuzie le case di cura con posti letto per acuti inferiori a 40, ai sensi del DM n. 70/2015. Relativamente alle strutture del privato accreditato, la Regione ha pertanto provveduto con la DGR n. 940/2015, in modifica della DGR n. 908/2015, a definire, per gli erogatori privati accreditati multi specialistici, un totale di 415 posti letto per acuti e 188 posti letto per LD/RB (cod. 60 e cod. 56 rispettivamente) e, per gli erogatori privati accreditati monospecialistici, un totale di 82 posti letto per LD/RB (cod. 60 e cod. 56 rispettivamente).

2) Articolazione della rete ospedaliera

La riduzione della frammentazione ospedaliera, già intrapresa con la DGR 735/2013 sarà a regime l'1/1/2017, grazie alla recente adozione della DGR n. 139/2016 *"Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013"*, con la quale si conclude definitivamente il processo di revisione organizzativa, si dettagliano le attività previste negli Ospedali di Comunità e si ridefinisce la rete dell'emergenza-urgenza territoriale.

Nell'ambito delle procedure di riconversione ed accreditamento delle strutture ospedaliere dovranno essere promosse attività di sviluppo delle capacità organizzative necessarie per l'erogazione di una assistenza ospedaliera di qualità, sostenibile e centrata sui bisogni della persona attraverso l'attivazione di standard organizzativi secondo il modello del "governo clinico", che verranno definiti, entro 6 mesi con apposita Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni.

Tali linee espliciteranno la gestione del rischio clinico, la medicina basata sull'evidenza (EBM), le procedure di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA), delle attività cliniche, di informazione e coinvolgimento del cittadino e di formazione continua del personale. Su tali linee l'attenzione deve essere comunque posta dalle Direzioni degli enti del SSR utilizzando gli strumenti ad oggi disponibili.

L'organizzazione delle reti cliniche regionali di cui alle DGR n. 1345/2013 e n. 1219/2014 ha preceduto il decreto ministeriale prevedendo una riorganizzazione per disciplina A tal fine erano stati utilizzati, a riferimento, gli standard dell'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari Regionali (Age.Na.S.), affiancati agli standard previsti nell'allora cosiddetto "Regolamento Balduzzi" e come ulteriore riferimento erano stati usati i risultati dell'analisi dell'associazione tra esiti e volumi di attività per alcune tipologie di interventi e/o patologie, di cui al PNE 2011, calcolati sui dati SDO.

Dalla ricognizione emerge che alcune reti per disciplina/specialità clinica, quali la medicina del lavoro, la reumatologia, la farmacia ospedaliera, il servizio trasfusionale e la direzione sanitaria di Presidio, pur non essendo state esplicitate negli atti regionali, risultano coerenti con le disposizioni contenute nel DM citato in termini di bacini di utenza di riferimento.

Le discipline di Allergologia e Fisica sanitaria, non contenute nelle delibere regionali recenti e che non rispettano i bacini di utenza di cui al DM e le discipline contenute nelle deliberazioni regionali, ma che non rispettano i bacini di utenza di cui al DM, quali la Rete Malattie Infettive, la Gastroenterologia, la Medicina Nucleare, la Pneumologia, la rete della terapia del Dolore (DGR n. 325/2015) e la Nefrologia ed emodialisi saranno oggetto di revisione mediante specifici atti programmatici che la Regione adotterà entro il 31/12/2016. Per quanto attiene la rete della Nefrologia ed emodialisi la stessa potrà essere ridefinita solo a seguito della revisione della L.R. n. 33/1989 che norma la rete nella sua specificità.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Relativamente alla rete di Terapia intensiva (Anestesia e Rianimazione) e di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'Urgenza, la Regione, per il suo assetto infrastrutturale e orografica non può ridurre, al momento, la presenza delle discipline poiché questo si rifletterebbe in una incapacità di intercettare i bisogni assistenziali della rete dell'emergenza-urgenza.

E' emersa, inoltre, la necessità, nei casi in cui il bacino minimo per il dimensionamento della rete sia superiore alla popolazione marchigiana, di stipulare accordi interregionali, per i quali si sta provvedendo, relativamente alle reti assistenziali ospedaliere per le specialità cliniche quali la Cardiocirurgia pediatrica, Nefrologia pediatrica, la Tossicologia, i Grandi ustionati, l'Urologia pediatrica e la Genetica medica.

Infine la Regione, al fine di implementare forme alternative al ricovero, ha provveduto, mediante la DGR n. 919/2013, a sperimentare forme extra-ospedaliere di erogazione di alcune prestazioni chirurgiche, definendone i requisiti che normano tale setting assistenziale; tale sperimentazione si è conclusa positivamente. In seguito si è provveduto alla predisposizione della DGR n. 1218/2014 con cui sono stati definiti i requisiti e le specifiche procedure che possono essere eseguite al di fuori di strutture ospedaliere e, quindi, garantendo ai cittadini la prossimità di interventi chirurgici di bassa complessità che possono essere eseguite presso gli Ospedali di comunità evitando di dover ricorrere alle strutture ospedaliere distanti dalla sede di residenza. La revisione del manuale di autorizzazione e accreditamento intrapresa dalla Regione ai sensi della vigente normativa verrà resa coerente con le disposizioni del DM n. 70/2015.

Gli atti regionali saranno oggetto di manutenzione periodica e revisionate in base alle mutate esigenze assistenziali e nel rispetto dei volumi ed esiti in fase di definizione nei tavoli nazionali per ciò che concerne le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS.

3) Volumi ed esiti

La necessaria riconversione dei servizi, strutture ed ospedali in materia di reti ospedaliere, per ottemperare a quanto previsto nella legge n. 135/2012 e al DM n. 70/2015, in termini di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, non può prescindere dalla verifica del dimensionamento delle unità operative sulla base dei volumi di attività svolti nonché della loro organizzazione al fine di garantire gli esiti previsti.

Tale riorganizzazione, coerente con il DM n. 70/2015, recepito con DGR n. 541/2015, è stata avviata con le DGR n. 665/2015 e DGR n. 666/2015, che hanno declinato gli obiettivi sanitari degli enti del SSSR e dei direttori dei medesimi enti.

A partire dal 2016 gli Enti del SSR devono, in ogni caso, assicurare le soglie minime di volume di attività indicate nella tabella 1 e le soglie di rischio di esito indicate nella tabella n. 2.

Tabella 1

Tipologia di intervento/procedure	Soglie minime di volumi attività
Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura del femore	75 interventi annui per struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMA-STEMI)
Maternità	Soglie di volume di attività di cui all'Accordo S-R 16/12/2010



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Tabella 2

Tipologia di intervento	Soglie di rischio di esito
Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con frattura del femore di età ≥ 65 anni	Minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	Massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >1000 parti	Massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	Minimo 60%
Intervento di by pass aorto-coronarico isolato, mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	Massimo 4%
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	Massimo 4%

4) Articolazione della rete emergenza-urgenza

Per quanto attiene alla organizzazione territoriale dell'emergenza-urgenza, per la quale, con la DGR n. 139/2016, sono previste dotazioni dei mezzi di soccorso superiori a quanto disposto con DM n. 70/2015 si ritiene che tali dotazioni siano indispensabili per l'attuazione del processo di riconversione dei piccoli ospedali in Ospedali di comunità. Nella citata DGR è comunque prevista una possibile revisione organizzativa in base ai volumi di attività e al rispetto degli ulteriori standard indicati in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Per quanto attiene le 4 CO 118, esse costituiscono un numero superiore a quanto definito nel DM, ma vengono mantenute in quanto le stesse coordinano anche l'attività di trasporto urgente di sangue e le operazioni di trasporto connesse all'attività relativa ai trapianti e ai prelievi di organi, i trasporti sanitari ordinari e la continuità assistenziale.

5) Articolazione delle reti tempo dipendenti

Per quanto riguarda le reti tempo dipendenti, la Regione ha previsto l'attivazione di un tavolo di confronto con i professionisti per la predisposizione dei PDTA a partire dal 21 dicembre 2015.

I requisiti organizzativi e tecnologici che in ogni caso sottendono alla definizione dei PDTA, e che costituiscono il riferimento irrinunciabile per la garanzia dei cittadini assistiti presso le strutture regionali, sono quelli definiti nel DM n. 70/2015 e di seguito riportati.

Rete ictus:

Standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus (Stroke unit) e le strutture dedicate alla gestione dei pazienti con ictus cerebrale acuto, prevedendo 2 livelli.

1. Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d. Stroke Unit (SU) di I livello o area stroke.

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura della maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale e si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, dei seguenti standard:

- Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura
- Un neurologo dedicato e Personale infermieristico dedicato
- Almeno un posto letto con monitoraggio continuo
- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale)
- Terapia fibrinolitica endovenosa



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico)
- Disponibilità h.24 di Tomografia computerizzata (TC) cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati e/o Risonanza magnetica (RM) encefalo, Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), angio-RM
- Diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, ecodoppler dei tronchi sovra-aortici (TSA) ed ecocardiografia
- Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o più strutture riabilitative.

2. Unità ospedaliera per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d Stroke Unit di II livello.

La Stroke Unit di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per la Stroke Unit di I livello, deve garantire i seguenti standard:

- Personale dedicato h.24
- Neuroradiologia h.24 con TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale; apparecchio da 1,5 Tesla per Risonanza magnetica (RM), Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), Risonanza magnetica con immagini pesate in perfusione (RM-PWI) e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione
- Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel h.24
- Neurochirurgia h.24
- Chirurgia vascolare h.24
- Angiografia cerebrale
- Fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza), trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- e intracranico,
- Embolizzazione di malformazioni artero-venose, aneurismi, endoarteriectomia (urgenza)
- Craniotomia decompressiva
- Clipping degli aneurismi

Rete trauma:

1. Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST): si colloca in un ospedale con pronto soccorso generale e garantisce, prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria.

2. Centro traumi di zona (CTZ): si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità.

Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Personale addestrato alla gestione del trauma
- Area attrezzata di accettazione per il trauma (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie
- Chirurgia generale
- Anestesia e Rianimazione
- Medicina d'urgenza
- Ortopedia
- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT
- Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato.
- 3. Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS): ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000-4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono più regioni. Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata; afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di DEA di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza-urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche poli distrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST). Identifica e tratta sulle 24 ore, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche, svolte in centri regionali/sovra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni).

Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici
- T.A.C., angiografia interventistica nelle immediate adiacenze
- Sale operatorie h.24
- Attivazione sulle 24 ore della Chirurgia di controllo del danno, c.d. Damage Control Surgery Medicina d'Urgenza
- Chirurgia Generale e d'Urgenza
- Anestesia-Rianimazione
- Rianimazione pediatrica, laddove prevista l'accettazione pediatrica
- Ortopedia
- Neurochirurgia
- Radiologia con possibilità interventistica
- Laboratorio e Centro trasfusionale

Inoltre devono essere presenti specialità quali cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia.

Rete per le emergenze cardiologiche

La rete per l'infarto miocardico acuto (IMA) rappresenta, pertanto, l'attuale standard di cura per l'infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI). La rete rappresenta il sistema organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA, che integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza con il territorio e con ospedali a diversa complessità assistenziale, la cui interconnessione è assicurata da un adeguato sistema di trasporto. La rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con STEMI pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Le principali finalità sono:

- ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;
- assicurare al paziente il sistema di riperfusione più efficace, disponibile su tutto il territorio regionale;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione elettrocardiografica a distanza, in primis, da parte del 118;
- migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il modello organizzativo adottato è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 cui si affianca una rete inter-ospedaliera coordinata, di tipo hub and spoke, con adeguamento agli standard previsti, ovvero una unità di emodinamica per un bacino di utenza di 300.000 - 600.000 abitanti.

Per quanto attiene altre reti di patologia alcune già esplicitate nel territorio regionale ed altre in fase di implementazione la regione provvederà con specifici atti nel corso del 2016.