



ALLEGATO A alla Dgr n. 1527 del 03 novembre 2015

Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”

Attuazione

Programmazione della dotazione ospedaliera (art. 1, commi 2., 3. e 4.)

La Regione Veneto, con legge 29 giugno 2012, n. 23 e s.m.i., ha adottato il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (PSSR) nel quale, per l’assistenza ospedaliera, sono previsti tra l’altro, i seguenti obiettivi:

- 3,5 posti letto per mille abitanti, di cui 3‰ per acuti ed 0,5‰ per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- contenimento dei tassi di ospedalizzazione a valori inferiori al 140‰;
- tasso di occupazione per i ricoveri del 90% e degenza media dei ricoveri non superiore a 6 giorni.

La Giunta Regionale ha poi approvato i conseguenti provvedimenti attuativi, tra cui la DGR n. 2122 del 19 novembre 2013, con la quale sono state adeguate le schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla legge regionale n. 39/1993, definendone in particolare:

- il ruolo di ciascuna struttura nella rete ospedaliera (secondo il modello di rete Hub and Spoke);
- le specialità per ogni area funzionale (medica, chirurgica, materno-infantile, terapia intensiva, riabilitativa e servizi di diagnosi e cura);
- la dotazione di posti letto per ogni singola specialità e per ogni area funzionale;
- il numero di apicalità (UOC) e/o l’istituzione di Unità Semplici a valenza Dipartimentale (USD);
- le aggregazioni dipartimentali e gli ambiti territoriali anche con riferimenti sovra aziendali;
- il ruolo delle strutture nelle reti cliniche.

Il provvedimento attuativo citato, oltre all’assegnazione del numero di 17.448 posti letto corrispondente al 3,5‰, ha previsto anche un’ulteriore assegnazione di n. 807 posti letto (pari a 0,16‰) dedicati all’erogazione di prestazioni di ricovero nei confronti di pazienti extraregione, rispettando in ogni caso la dotazione ospedaliera complessiva pari 3,7‰ prevista dal DM 70/2015.

La previsione del numero medio di posti letto per unità operativa complessa corrisponde per il Veneto a 26,2; valore migliore rispetto al parametro di riferimento fissato in 17,5 posti letto per unità operativa complessa dal Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell’utilizzo delle risorse (c.d. Comitato Lea) di cui all’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Bisogna, inoltre, ricordare che l’art. 1, comma 3, lett. b) del citato DM prevede che il numero dei posti letto per mille abitanti sia incrementato o decrementato (con posti letto “equivalenti”) sulla base della mobilità tra regioni, secondo le modalità di calcolo indicate nel medesimo comma. Considerata la capacità attrattiva (c.d. mobilità attiva) delle strutture venete, sulla base di una stima effettuata con i dati ad oggi disponibili, i posti letto “equivalenti”, in incremento, corrisponderebbero ad un numero compreso tra 270 e 286. Non essendo però ancora stati indicati i dati necessari per effettuare il calcolo (in particolare il costo complessivo nazionale dell’assistenza ospedaliera contabilizzato nel modello economico LA consolidato regionale relativo all’anno 2012) non si può attualmente procedere alla corretta individuazione del numero dei posti letto “equivalenti” ed all’eventuale loro assegnazione.

Come previsto dalla DGR n. 2122/2013, ciascun direttore generale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale ha definito il proprio piano aziendale di adeguamento, da realizzarsi nel biennio 2014-2015, e tale piano è stato poi sottoposto all'approvazione della Giunta Regionale. Inoltre, l'adeguamento della dotazione dei posti letto nel rispetto della DGR n. 2122/2013 è uno degli obiettivi assegnati ai direttori generali delle Aziende (DGR n. 2525/2014: obiettivo A 3.1). In sintesi la conclusione del processo di adeguamento alla programmazione regionale è prevista entro il 31 dicembre 2015.

Da quanto finora espresso emerge che la Regione del Veneto, con l'approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, ha già proceduto a definire lo standard del numero dei posti letto ospedalieri per mille abitanti, pari a 3,5‰ e, con l'approvazione della DGR n. 2122/2013, ha già proceduto ad adeguare, nel rispetto di tale standard, il numero dei posti letto. Inoltre, si evidenzia che l'assegnazione degli ulteriori posti letto dedicati all'attività di ricovero nei confronti di pazienti extraregione è stata fatta nel rispetto dello standard, pari a 3,7‰, indicato nel DM 70/2015.

Si ritiene pertanto che la Regione Veneto abbia già provveduto a quanto posto in capo alle regioni dall'art. 1, comma 2, del DM 70/2015.

Comunque, poiché il citato articolo stabilisce che l'adeguamento della dotazione di posti letto debba avvenire entro il triennio 2014-2016 mentre la DGR n. 2122/2013 prevede, quale arco temporale di riferimento, il biennio 2014-2015, si prevede di effettuare una ulteriore verifica della dotazione dei posti letto al fine di predisporre, entro l'anno 2016, i necessari provvedimenti in caso di disallineamento con lo standard citato.

Posti letto ospedalieri

	N. posti letto	Posti letto per mille abitanti
Posti letto ospedalieri indicati dalla programmazione regionale di cui alla DGR n. 2122/2013: adeguamento previsto entro il 31.12.2015	17.448	3,5
Posti letto ospedalieri dedicati all'erogazione di prestazioni di ricovero nei confronti di pazienti extraregione	807	0,16

L'art. 1, comma 3, punto 4, lett. c) disciplina, inoltre, i posti letto considerati "equivalenti" e conseguentemente rientranti nella dotazione ospedaliera. Per quanto riguarda la dotazione ospedaliera veneta si precisa che non sono presenti posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali per i quali la regione copre un costo giornaliero a carico del Servizio Sanitario Regionale pari o superiore al valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera (ad eccezione dei posti letto individuati dall'art. 1, comma 3, lettera c) del DM 70/2015).

Posti letto di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali di cui alla DGR n. 2122/2013

	N. posti letto
Numero dei posti letto con costo giornaliero inferiore al valore soglia	2.601
Numero di posti letto con costo giornaliero superiore al valore soglia (non rientranti nella dotazione dei posti letto per mille abitanti in quanto espressamente esclusi ai sensi dell'art. 1, comma 3, lettera c. del DM 70/2015)	250
Numero di posti letto con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010 n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore	187

Classificazione delle strutture ospedaliere (art. 1, comma 5., lett. a. e lett. b)

Il PSSR prevede la definizione di un modello di rete ospedaliera strutturato su livelli in base a:
- intensità e complessità delle cure erogate;

- presenza e tipologia di specialità e di funzioni di emergenza;
 - ruolo svolto nella ricerca, nello sviluppo dell'innovazione e nella formazione del personale del Servizio socio-sanitario regionale.

Con il conseguente provvedimento attuativo (DGR n. 2122/2013) è stata definita la classificazione di ciascuna struttura ospedaliera, sia pubblica che privata accreditata, della rete regionale e sono state definite le funzioni per le quali è prevista una integrazione tra i diversi livelli della rete.

I livelli della rete previsti sono quindi:

- Ospedali Hub, per i quali sono stati individuati gli ambiti territoriali di riferimento, le funzioni, le specialità e i servizi di diagnosi e cura. Per le Aziende Ospedaliere di Padova e di Verona, gli ambiti territoriali di riferimento, per alcune specialità, sono stati estesi all'intero ambito regionale (per es. emergenza neonatale, ustioni, trapianti, chirurgia oncologica);
- Presidi ospedalieri "spoke" di rete con bacino di riferimento di circa 200.000 abitanti, per i quali, analogamente alle strutture Hub, sono state individuate le funzioni, le specialità di base e di media complessità e i servizi di diagnosi e cura;
- Strutture integrative della rete anche ad indirizzo monospecialistico, denominate "Ospedali nodi della rete".

Considerato che il PSSR prevede che il presidio ospedaliero possa articolarsi su più sedi, al fine di facilitare l'integrazione e la specializzazione dei poli la DGR n. 2122/2013 stabilisce tale articolazione per 7 ospedali.

Nella rete ospedaliera regionale è presente anche l'Istituto Oncologico Veneto, qualificato IRCCS, che costituisce il centro regionale di supporto e di coordinamento della rete oncologica regionale.

Sono, infine, presenti, ad integrazione della rete ospedaliera, 26 strutture ospedaliere private accreditate, per le quali la DGR n. 2122/2013 definisce, al pari delle strutture pubbliche, il loro ruolo nella rete e le funzioni/specialità. Esse risultano differenziate su due livelli: 3 presidi ospedalieri e 23 strutture con compiti complementari ed integrativi della rete.

Tale classificazione, effettuata sulla base della programmazione regionale, risulta essere coerente con la classificazione su tre livelli, prevista dal DM 70/2015.

Classificazione delle strutture ospedaliere di cui alla DGR n. 2122/2013

	Pubblico	Privato accreditato	Total e	Note
Hub	7		7	di cui 2 a valenza regionale e 5 a valenza provinciale
Presidio ospedaliero di rete	17	3	20	di cui 7 Presidi ospedalieri su 2 sedi
Ospedale Nodo di Rete	17		17	di cui 4 con specificità montana ed con 1 specificità polesine
Strutture integrative della rete		23	23	
Ircss (Centro regionale di supporto e di coordinamento della rete oncologica)	1		1	
Totale complessivo	42	26	68	

Per le strutture ospedaliere private il DM 70/2015 prevede che, a partire dal 1 gennaio 2015, sia operativa una soglia di accreditabilità e sottoscrivibilità degli accordi contrattuali, non inferiore a 60 posti letto per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche. Prevede, altresì, che per le strutture accreditate già esistenti alla data del 1 gennaio 2014, che non raggiungano la soglia dei 60 posti letto accreditati per acuti, siano favoriti processi di riconversione e/o fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico

da realizzarsi entro il 20 settembre 2016. In questo ultimo caso la soglia dei posti letto complessivi non può essere inferiore a 80 posti letto per acuti. Le preesistenti strutture devono assicurare attività affini e complementari e, preliminarmente, ciascuna struttura deve avere una dotazione di posti letto accreditati non inferiori a 40 posti letto per acuti.

Il citato DM rinvia a specifica Intesa in Conferenza Stato-Regioni l'individuazione degli elenchi relativi alle strutture monospécialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, nonché la definizione delle attività affini e complementari relative all'assistenza ospedaliera per acuti. Si rappresenta che a tutt'oggi tale Intesa non è ancora stata emanata.

La programmazione regionale, di cui alla DGR n. 2122/2013, prevede 6 strutture con un numero di posti letto per acuti (comprensivi dei posti letto dedicati ai pazienti extraregione) inferiore a 60: "Villa Margherita" di Arcugnano, "Villa Maria" di Padova, "Centro medico di foniatria Casa di Cura Trieste" di Padova, "Città di Rovigo" di Rovigo, "Santa Maria Maddalena" di Rovigo e "San Francesco" di Verona. Quattro di queste strutture hanno meno di 40 posti letto per acuti: "Villa Margherita" di Arcugnano, "Villa Maria" di Padova, "Centro medico di foniatria Casa di Cura Trieste" di Padova e "Città di Rovigo" di Rovigo.

A tal proposito va sottolineato che le strutture "Centro medico di foniatria Casa di Cura Trieste" di Padova, "Villa Maria" di Padova, "Città di Rovigo" di Rovigo erogano prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti per una sola specialità; per le strutture "Villa Margherita" di Arcugnano, "Santa Maria Maddalena" di Rovigo " e "San Francesco" di Verona, la programmazione regionale prevede che svolgano attività funzionale alla gestione dei percorsi per la presa in carico dei pazienti (esempio: percorsi neuro riabilitativi, ortopedico-riabilitativi).

Alla luce di quanto sopra espresso si ritiene che la verifica del possesso dei requisiti per l'accreditabilità e la sottoscrivibilità degli accordi con le strutture private ospedaliere possa avvenire solo a seguito dell'emanazione della precitata Intesa della Conferenza Stato-Regioni e della eventuale manifestazione di volontà di attivare processi di riconversione e/o fusione attraverso la costituzione, entro il 30 settembre 2016, di un unico soggetto giuridico.

Pertanto in attesa di quanto sopra riportato, si conferma il ruolo e l'attività delle strutture sopracitate in coerenza con l'attuale programmazione regionale.

Per quanto riguarda la fissazione dei volumi di attività ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni, di cui al punto 2.5 dell'Allegato I al DM 70/2015, gli stessi sono stabiliti con appositi provvedimenti della Giunta Regionale; per ultimo si ricorda la DGR n. 2170 del 8 novembre 2014, vigente per gli anni 2015 e 2016 e la DGR n. 2717 del 29 dicembre 2014, vigente per l'anno 2015. I contenuti dei citati atti sono stati oggetto degli accordi contrattuali sottoscritti dall'erogatore privato accreditato e dall'Azienda Ulss territorialmente competente.

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 1, comma 5, lett b) del DM 70/2015 relativamente all'adozione di iniziative affinché gli erogatori privati accreditati, ivi compresi gli ospedali classificati, trasmettano alla regione il proprio bilancio, si richiama l'art. 15 "Trasparenza" della legge regionale n. 23/2012 che prevede l'obbligo, per tutte le strutture sanitarie, sociali o socio-sanitarie, persone giuridiche che siano destinatarie di pubblici finanziamenti o di convenzioni con la pubblica amministrazione in base alle quali erogano dei servizi, di pubblicare sui propri siti internet i bilanci annuali, nei cinque anni successivi all'erogazione del finanziamento.

Standard per disciplina (art. 1, comma 5, lett. c.)
--

Il DM 70/2015, al paragrafo 3 dell'allegato 1, oggetto dell'art. 1 comma 5, lettera c., prevede che *l'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera*

pertanto deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di seguito indicati, laddove le regioni non dimostrino di avere già strutturato una rete con numero di strutture inferiore allo standard previsto. Viene previsto, inoltre, che alcune specialità cliniche possono essere gestite con un'unica struttura organizzativa (ad es. nefrologia e dialisi) e che per alcune specialità (ad es. geriatria e medicina generale) le regioni possono rimodulare i posti letto, sulla base della domanda di salute, fermo restando il numero complessivo dei posti letto.

Si evidenzia che la programmazione regionale ha previsto l'integrazione delle attività prevedendo l'istituzione di Unità Semplici a valenza Dipartimentale (USD) al fine di supportare il modello di rete "Hub and Spoke" e l'attivazione delle reti. Tali strutture sono previste in stretto raccordo con le strutture complesse di riferimento.

Standard minimi e massimi di struttura per disciplina

Disciplina	Numero minimo di strutture	Numero massimo di strutture	Numero di strutture di cui alla DGR n. 2122/2013
Allergologia	2	5	0
- Sono previste 3 Unità semplici a valenza dipartimentale (con posti letto in area omogenea)			
Anatomia e istologia patologica	16	33	14
- La DGR n. 1174 del 08 luglio 2014 definisce gli ambiti territoriali ottimali per le Unità Operative Complesse di anatomia patologica			
Cardiochirurgia pediatrica	1	1	1
Cardiochirurgia	4	8	5
Cardiologia + emodinamica	24	49	33
Chirurgia generale	25	49	55
- 10 strutture hanno attività di chirurgia in regime di Week-Surgery/Diurno/Ambulatoriale Multidisciplinare			
Chirurgia maxillo facciale	2	5	5
Chirurgia pediatrica	2	3	4
Chirurgia plastica	2	5	5
Chirurgia toracica	3	6	4
Chirurgia vascolare	6	12	9
Ematologia + Oncoematologia	4	8	6
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	4	8	5
Immunologia e centro trapianti	1	2	1
Medicina Generale + Geriatria + Medicina d'Urgenza	55	107	85
Malattie infettive e tropicali	4	8	8
Medicina del lavoro	2	5	2
Nefrologia + Emodialisi	12	24	21
Neurochirurgia	4	8	8
Neurologia	16	33	25
Neuropsichiatria infantile	1	2	2
Oculistica	16	33	24
Odontoiatria e stomatologia	6	12	1
- Ciascuna Azienda Ulss deve garantire, anche mediante convenzioni con altre Aziende o con Erogatori ospedalieri privati accreditati, l'attività di odontoiatria di comunità a favore dei soggetti diversamente abili			
Ortopedia e traumatologia	25	49	45
Ostetricia e ginecologia	16	33	38
- Si richiama la presenza di "punti nascita" che svolgono attività in area dipartimentale. 4 strutture sono ubicate in zone particolarmente disagiate			
Otorinolaringoiatria	16	33	24
Pediatria	16	33	26
Psichiatria	16	33	32

Tossicologia	1	1	1
Urologia	16	33	26
Grandi ustioni	1	1	1
Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	1	2	1
Terapia intensiva + anestesia e rianimazione	16	33	48
- 15 strutture svolgono attività di supporto all'attività chirurgica con moduli di 2-4 posti letto			
Unità coronarica	16	33	25
Dermatologia	4	8	7
Fisiopatologia della riproduzione umana	1	2	1
Gastroenterologia	6	12	15
- La DGR n. 1183 del 23 marzo 2010 definisce il sistema ad alta integrazione per la gestione delle urgenze endoscopiche gastroenterologiche			
Lungodegenti	33	62	36
Medicina nucleare	4	8	8
Neonatologia	4	8	19
- Sulla base delle linee di indirizzo sul percorso nascita (atto della Conferenza Unificata n. 137/CU del 18.12.2010 recepito con DGR n. 1085 del 26.7.2011) è stato garantito il supporto neonatologico a tutti i punti nascita			
Oncologia	16	33	24
Oncoematologia pediatrica	1	2	2
Pneumologia	6	12	16
- Secondo le indicazioni della programmazione regionale, nell'ottica dell'integrazione ospedale territorio, le strutture di pneumologia sono state potenziate			
Radiologia	16	33	29
Reumatologia	4	8	3+2
- La programmazione regionale prevede per 2 strutture l'attività di reumatologia in area funzionale medica			
Terapia intensiva neonatale	4	8	7
Radioterapia oncologica	4	8	5
Neuro-riabilitazione	4	8	9
Neurochirurgia pediatrica	1	1	2
- La neurochirurgia pediatrica è prevista nei 2 Hub a valenza regionale in quanto requisito della rete ospedaliera integrata per la gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza istituita con la DGR n. 3318 del 3.11.2009			
Nefrologia pediatrica	1	1	1
Urologia pediatrica	1	1	0
- E' prevista una USD afferente ad una UOC di urologia con specifici posti letto di Urologia pediatrica			
Farmacia ospedaliera	16	33	23
Laboratorio analisi	16	33	20
Microbiologia e virologia	4	8	5
fisica sanitaria	4	8	5
Servizio trasfusionale	16	33	8
- E' prevista un'organizzazione dipartimentale interaziendale a livello provinciale (deliberazione n. 18 del 25 marzo 2004 del Consiglio Regionale e successivi provvedimenti attuativi della Giunta Regionale). L'erogazione del servizio viene comunque espressamente garantita in ognuna delle 24 aziende sanitarie			
Neuroradiologia	2	5	5
Genetica medica	1	2	1
Dietetica/Dietologia	4	8	1
Direzione medica di presidio	16	33	30

Per quanto sopra riportato si ritiene che le strutture previste dalla programmazione regionale siano coerenti con gli standard per disciplina del DM 70/2015.

Volume e Esiti (art. 1, comma 5, lett d.)

Come già menzionato, si sottolinea che l'adeguamento del numero di posti letto e le attivazioni/disattivazioni di Unità Operative Complesse (UOC) e di Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale (USD) sono previsti entro i termini indicati nei rispettivi piani attuativi aziendali, approvati dalla Giunta Regionale, e comunque non oltre il termine stabilito dalla DGR n. 2122/2013 (entro il 31 dicembre 2015).

Inoltre, la definizione del modello di rete ospedaliera "Hub and Spoke", l'attivazione delle reti cliniche (infarto miocardico acuto (IMA), ictus, oncologia, diabetologia, breast-unit, malattie rare, etc.) l'identificazione dei centri di specialità e dei poli di riferimento e le relative dotazioni di posti letto sono stati previsti anche allo scopo di differenziare le strutture per livello di complessità e per casistica trattata e tali scelte influiranno progressivamente sui volumi e sugli esiti dei casi trattati dalle singole strutture della rete. La DGR n. 2122/2013, infatti, dispone che *le Unità Operative Complesse, previste nelle schede di dotazione ospedaliera, che per due anni risultino al di sotto dei parametri ministeriali del "Programma nazionale esiti" saranno oggetto di una puntuale verifica da parte della Regione.*

Si ricorda, inoltre, che l'eventuale approvazione del progetto di legge n. 23/2015 comporterà un ulteriore riesame del ruolo e delle funzioni delle strutture sanitarie.

I dati provvisori del Programma nazionale esiti (PNE) di Age.n.a.s. 2015, riferiti al 2014, consentono una analisi delle strutture, sulla base dei volumi e degli esiti, in riferimento a quanto previsto al punto 4 dell'allegato 1 del DM 70/2015. Tuttavia sulla base di quanto sopra riportato relativamente al completamento dell'adeguamento alla programmazione regionale, previsto entro la fine del 2015, si ritiene di rinviare ad un apposito provvedimento l'individuazione delle strutture che possono svolgere funzioni assistenziali identificate, secondo quanto previsto dal punto 4.7 del citato Allegato, con particolare riferimento alle attività specificate nel punto 4.2 (chirurgia oncologica e procedure vascolari complesse) da adottare previa verifica e valutazione dei dati di attività relativi al primo semestre 2016.

Standard generali di qualità (art. 1, comma 5, lett e.)

A) Gestione del rischio clinico:

Sistema di segnalazione degli eventi avversi

E' in utilizzo il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), di cui al Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 11 dicembre 2009, che sin dal 2010 è stato utilizzato anche dalle strutture di ricovero private accreditate oltre che da quelle pubbliche e l'utilizzo di tale fonte informativa ha consentito la produzione e la diffusione a livello regionale di specifica reportistica sia sulla distribuzione degli eventi sentinella che della sinistrosità.

Identificazione del paziente, lista di controllo operatoria, e scheda unica di terapia

Con la DGR n. 2014 del 8 ottobre 2012, denominata "Sviluppo di strumenti per la gestione del rischio clinico: manuale per la sicurezza in sala operatoria - raccomandazioni e checklist", è prevista l'adozione, come requisito per l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, del Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e checklist redatto dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali nell'ottobre del 2009.

E' già prevista dalla normativa in tema di accreditamento (LR 22/2002 e s.m.i.) la presenza di un sistema di Clinical Incident Reporting System.

Relativamente alla scheda unica di terapia è stata approvata con la deliberazione n. 1099 del 18 agosto 2015 ad oggetto "Sviluppo di strumenti per la gestione del rischio clinico: identificazione del paziente e scheda unica di terapia", mentre sono già state pubblicate, con Decreto n. 84 del 8 aprile 2015, le linee di indirizzo per la riconciliazione farmacologica.

Sistema di raccolta dati sulle infezioni

Per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza con DGR n. 3148 del 9 ottobre 2007, ad oggetto "L.R. 16 agosto 2002 n. 22. Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie. Ulteriori modifiche e integrazioni alla D.G.R. n. 2501/2004.", relativamente ai requisiti per l'accREDITAMENTO è stata aggiornata la composizione delle Commissioni per il controllo delle infezioni ospedaliere (CIO), da prevedersi presso gli ospedali pubblici e privati, la cui composizione prevede almeno: Direttore Sanitario dell'Ospedale; Medico specialista in microbiologia; Medico specialista in malattie infettive; Medico specialista in anestesia e rianimazione; almeno un Medico dell'Area Medica; almeno un Medico dell'Area Chirurgica; Farmacista; Rappresentante del Servizio Professioni Sanitarie; almeno un Infermiere addetto al Controllo delle Infezioni Ospedaliere. Tali professionalità non devono essere necessariamente alle dipendenze dell'Ospedale cui la Commissione si riferisce e tale composizione può essere ampliata o ridotta a seconda delle peculiarità della struttura e delle relative attività, fatta comunque salva la presenza del Direttore Sanitario dell'Ospedale.

La presenza di procedure atte a garantire l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione disinfezione e sterilizzazione, e parimenti per il lavaggio delle mani presso le strutture ospedaliere è prevista dalla normativa regionale in tema di accreditamento (LR 22/2002 e s.m.i.) mentre il tema dell'appropriatezza rientra nell'area del governo clinico della medesima normativa che prevede la sistematica implementazione e aggiornamento di linee guida al pari della costante applicazione di strumenti di garanzia della qualità clinica (audit clinico, linee guida e/o percorsi diagnostico-assistenziali) e dell'effettuazione di periodiche valutazioni sull'outcome clinico.

Allo stato attuale è in essere una revisione di tutte le procedure in tema di prevenzione del rischio infettivo finalizzata all'identificazione delle best practices e alla contestuale diffusione delle stesse con redazione di linee di indirizzo regionali in merito.

Programma di formazione specifica

L'attività formativa in tema di sicurezza del paziente viene annualmente monitorata e l'ultimo report, relativo all'anno 2014, ha evidenziato come nell'ambito della formazione erogata a livello regionale i corsi inerenti la sicurezza del paziente rappresentassero il 10% dell'attività complessiva con la partecipazione di n. 40.543 professionisti.

Per quanto sopra riportato si ritiene che gli standard in materia di sicurezza sia coerenti con quanto previsto dall'art.1, comma 5, lett. e. (paragrafo 5 dell'allegato 1 al DM 70/2015).

B) Medicina Basata sulle Evidenze e delle tecnologie sanitarie, valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche, documentazione sanitaria, comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente, formazione continua del personale:

è garantita la presenza di sistemi o attività per le aree sopra indicate.

Standard generali di qualità (art. 1, comma 5, lett. f. e lett. g.)

La Regione del Veneto assicura il rispetto degli standard attraverso i requisiti previsti dalla LR 22/2002 e s.m.i., e le varie disposizioni impartite in materia, contemperando le stesse con le cogenti disposizioni nazionali in materia di razionalizzazione delle risorse.

Relativamente agli standard specifici per l'alta specialità, viene applicato quanto previsto dal DM 29 gennaio 1992, nelle more della definizione degli standard specifici da parte del tavolo tecnico che dovrà essere istituito presso il Ministero della Salute.

Si ritiene opportuno rinviare ad un apposito provvedimento la verifica e la valutazione del caso alla luce dei nuovi standard.

Forme di centralizzazione di livello sovra-aziendale (art. 1, comma 5, lett h.)

Con il PSSR e con i successivi provvedimenti attuativi, sono state definite, specificatamente per alcune attività così come sotto riportato, i bacini sovra aziendali, per assicurare un adeguato rapporto tra volumi e qualità del servizio anche al fine di perseguire le previste economie di scala.

- Medicina Trasfusionale
- Anatomia ed Istologia Patologica
- Laboratorio Analisi
- Microbiologia
- Neuroradiologia
- Terapia del Dolore
- Emodinamica
- Unità Ictus
- Neurochirurgia

Reti per patologia (art. 1, comma 5, lett i.)

Con la ridefinizione della rete ospedaliera secondo il modello “Hub and Spoke”, il PSSR prevede lo sviluppo e il potenziamento delle reti sia tempo-dipendente che cliniche.

Ciò per consentire la scelta del percorso più appropriato possibile in riferimento alle condizioni cliniche del paziente, nel rispetto delle massime condizioni di sicurezza possibile.

Rete tempo dipendente	Riferimento normativo
Rete emergenza/urgenza	Ridefinita con DGR n. 1179 del 28 marzo 2000 (vedi paragrafo successivo)
Rete per le emergenze cardiologiche	DGR n. 4550 del 28 dicembre 2007
Rete per il Trauma	DGR in corso di approvazione per l'istituzione del Sistema Integrato per l'assistenza al trauma (SIAT)
Rete Ictus	DGR n. 4198 del 30 dicembre 2008

Rete clinica	Anno di attivazione
Trapianti di organi e tessuti	2009
Trasfusionale	2007
Malattie Rare	2008
Gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza	2009
Urgenze endoscopiche gastroenterologiche	2010
Paziente con neurolesione grave	2012
Riabilitazione	2013
Oncologica	2013
Oncoematologia	2014
Anatomia patologica	2014
Breast unit	2014
Diabetologia	2014

Sono in fase di approvazione le deliberazioni che istituiscono le seguenti reti:

- Endocrinologia
- Reumatologia
- Cure palliative e terapia del dolore
- Obesità

Rete emergenza urgenza (art. 1, comma 5, lett l.)

La rete di emergenza/urgenza è stata oggetto di ridefinizione con la DGR n. 1179 del 28 marzo 2000; la copertura territoriale è stata ridefinita con la DGR n. 646 del 28 aprile 2015.

Centrale Operativa

Cinque Centrali Operative (Padova, Venezia, Treviso, Vicenza e Verona) hanno un bacino di riferimento di poco inferiore a 1 milione di abitanti; quelle di Rovigo e Belluno, che hanno rispettivamente un bacino di riferimento pari a 250.000 e 210.000 abitanti, sono state mantenute per la specificità territoriale.

Nel complesso la Regione rispetta lo standard di cui al DM 70/2015 (non inferiore a 0,6 milioni ed oltre di abitanti), con una centrale ogni 0,7 milioni di residenti. Va sottolineato, peraltro, che gli elevati flussi turistici incrementano la popolazione effettivamente servita.

Postazioni territoriali

La rete è stata ridefinita con la citata DGR n. 646/2015 nel rispetto del criterio di copertura definito dal DM 70/2015.

Elisoccorso

Tutte le basi operative rispettano lo standard relativo al numero di interventi/anno compreso tra 400 e 600.

Tutti gli ospedali della rete sono dotati di elisuperfici e sono presenti alcune elisuperfici al servizio delle comunità isolate.

Per quanto riguarda il volo notturno l'eventuale attivazione sarà successiva all'identificazione di una rete di siti di atterraggio conformi alla nuova normativa europea in materia di HEMS.

Punti di Primo Intervento (PPI)

I PPI con numero di accessi superiore a 6000 sono integrati funzionalmente con le Unità Operative di Pronto Soccorso degli ospedali di riferimento. La transizione verso il sistema 118 dei PPI con un numero di accessi inferiore a 6000 sarà oggetto di valutazione alla conclusione del processo di adeguamento alla nuova programmazione regionale di cui alla DGR n. 2122/2013.

Rete ospedaliera dell'emergenza

Il modello organizzativo della Regione del Veneto è coerente con quanto previsto dal DM 70/2015. La rete è suddivisa in tre livelli: DEA per gli ospedali Hub, Pronto Soccorso (PS) in organizzazione dipartimentale per gli ospedali Spoke e Pronto Soccorso per gli ospedali integrativi della rete (ospedali nodo di rete) e per n. 4 strutture ospedaliere private accreditate.

Classificazione della rete di emergenza regionale

Azienda	Livello
Azienda Ulss 1 Belluno	DEA 2 PS in ospedali integrativi della rete
Azienda Ulss 2 Feltre	PS in organizzazione dipartimentale
Azienda Ulss 3 Bassano del Grappa	1 PS in organizzazione dipartimentale 1 PS in ospedale integrativo della rete
Azienda Ulss 4 Alto Vicentino	PS in organizzazione dipartimentale
Azienda Ulss 5 Ovest Vicentino	1 PS in organizzazione dipartimentale 1 PS in ospedale integrativo della rete
Azienda Ulss 6 Vicenza	DEA 1 PS in ospedale integrativo della rete
Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	PS in organizzazione dipartimentale su due sedi
Azienda Ulss 8 Asolo	PS in organizzazione dipartimentale su due sedi
Azienda Ulss 9 Treviso	DEA

	1 PS in organizzazione dipartimentale
Azienda Ulss 10 Veneto Orientale	PS in organizzazione dipartimentale su tre sedi
Azienda Ulss 12 Veneziana	DEA 1 PS in organizzazione dipartimentale
Azienda Ulss 13 Mirano	PS in organizzazione dipartimentale su due sedi
Azienda Ulss 14 Chioggia	PS in organizzazione dipartimentale
Azienda Ulss 15 Alta Padovana	PS in organizzazione dipartimentale su due sedi
Azienda Ulss 16 Padova	PS in organizzazione dipartimentale su due sedi
Azienda Ulss 17 Este	PS in organizzazione dipartimentale
Azienda Ulss 18 Rovigo	DEA 1 PS in ospedale integrativo della rete
Azienda Ulss 19 Adria	PS in organizzazione dipartimentale
Azienda Ulss 20 Verona	PS in organizzazione dipartimentale
Azienda Ulss 21 Legnago	PS in organizzazione dipartimentale
Azienda Ulss 22 Bussolengo	PS in organizzazione dipartimentale su due sedi
Azienda Ospedaliera di Padova	DEA
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	DEA
Struttura ospedaliera privata accreditata	Livello
“Abano Terme” afferente all’Azienda Ulss 16	PS
“Madonna della Salute” afferente all’Azienda Ulss 19	PS
“Dott. Pederzoli” afferente all’Azienda Ulss 22	PS
“Sacro Cuore Don Calabria” afferente all’Azienda Ulss 22	PS

Continuità ospedale-territorio (art. 1, comma 5, lett m.)

Con la DGR n. 2271 del 10 dicembre 2013 sono state approvate le nuove disposizioni in tema di Organizzazione delle Aziende Ulss ed Ospedaliere, definendo le “Linee Guida per la predisposizione del nuovo Atto Aziendale” ed indicando, in particolare, gli indirizzi per l'organizzazione del Distretto socio-sanitario. Il PSSR ha posto, infatti, come obiettivo primario il rafforzamento della struttura distrettuale, valorizzando la sua dimensione organizzativa e la sua dimensione di cura, privilegiando da un lato un'organizzazione trasversale e dall'altro un approccio fondato su percorsi assistenziali. In questa logica il modello distrettuale si arricchisce di nuove funzioni e nuovi strumenti gestionali, organizzativi, formativi, di monitoraggio e valutazione.

Con specifico riferimento alla integrazione ospedale e territorio la citata DGR ha introdotto la Centrale Operativa Territoriale (COT), unica e quindi a valenza aziendale, interconnessa con la rete dei servizi distrettuali e funzionale a tutte le strutture del sistema. Tale strumento è stato previsto per intercettare i bisogni di cure e/o di assistenza, garantendo la continuità dell'assistenza, interfacciandosi con l'Ospedale, con le strutture di ricovero intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale) e le strutture residenziali, con i medici/pediatrati di famiglia, con i medici di continuità assistenziale, con le equipe delle cure domiciliari e delle cure palliative, con la Centrale del SUEM 118. A regime il modello dovrà essere attivo H24, 7 giorni su 7, anche mediante sistemi di reperibilità o in deviazione di chiamata ad altro servizio opportunamente formato/integrato, dotato di schede di triage per la rilevazione del bisogno, supportato da un idoneo sistema informativo integrato con il resto del sistema.

I provvedimenti regionali citati anticipano, pertanto, quanto previsto in materia dal DM 70/2015, che promuove il collegamento dell'ospedale ad una Centrale della Continuità.

Il modello di COT viene, infatti, a configurarsi come la concreta realizzazione della Centrale di Continuità.

Chirurgia ambulatoriale (art. 1, comma 5, lett n.)

Per quanto riguarda la chirurgia ambulatoriale si è già provveduto con DGR n. 549 del 25 febbraio 2005 e s.m.i. a definire i requisiti e le prestazioni erogabili.