



## INDIRIZZI E CRITERI OPERATIVI

### INDICE

1.	INDIRIZZI GENERALI DEL PSSR 2012-2016.....	2
2.	ASSISTENZA TERRITORIALE .....	2
	2.1 <i>Il modello organizzativo del Distretto socio-sanitario</i> .....	3
	2.2 <i>La riorganizzazione delle Cure primarie</i> .....	3
	2.3 <i>Le Strutture di ricovero intermedie</i> .....	4
	2.4 <i>Le strategie per l'integrazione Ospedale-Territorio</i> .....	5
3.	ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	5
	3.1 <i>Criteri per la definizione delle schede di dotazione ospedaliera, pubblica e privata accreditata</i> .....	6
	3.2 <i>Erogatori ospedalieri privati accreditati (Ospedali Classificati e Strutture private accreditate con compiti complementari della rete ospedaliera regionale)</i> .....	8
	3.3 <i>Rete emergenza ed urgenza territoriale ed ospedaliera</i> .....	9
	3.4 <i>Reti cliniche</i> .....	11
	3.5 <i>Medicina trasfusionale</i> .....	15
	3.6 <i>Responsabile organizzativo-funzionale dell'intera funzione ospedaliera</i> .....	16
	3.7 <i>Apicalità delle strutture pubbliche</i> .....	16
	3.8 <i>Schede di dotazione ospedaliera</i> .....	17



## 1. INDIRIZZI GENERALI DEL PSSR 2012-2016

L'analisi di contesto ha evidenziato il mutare dei bisogni assistenziali e l'emergere di nuove sfide assistenziali indotte principalmente dalla crescita dell'aspettativa di vita con progressivo invecchiamento della popolazione e con l'aumento delle patologie cronico-degenerative collegate spesso alla disabilità.

In tale contesto rappresentano scelte strategiche della programmazione regionale:

- il potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo e le competenze del Distretto socio-sanitario, ridisegnando la rete territoriale sulla scorta di una "filiera dell'assistenza" in grado di garantire un sistema di cure graduali;
- il completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza viene definita sulla base della similarità dei bisogni (complessità clinica e intensità di cura richiesta);
- la realizzazione dell'integrazione tra Ospedale e Territorio al fine di garantire la presa in carico integrata della persona e la continuità dell'assistenza.

Peraltro, in conformità al Patto per la Salute 2010-2012, il PSSR identifica l'Ospedale come risposta puntuale e qualificata per singoli episodi, configurandolo come una possibile fase del percorso assistenziale, ed il Territorio come risposta continua e coordinata, punto di riferimento per il cittadino e per la Comunità. Ciò richiede, da un lato, di rilanciare la funzione ospedaliera e, dall'altro, di consolidare un modello organizzativo efficace sul territorio.

## 2. ASSISTENZA TERRITORIALE

L'investimento sul Territorio e, di conseguenza, l'attribuzione di un ruolo rinnovato al Distretto socio-sanitario sono finalizzati a rendere il Sistema più vicino al paziente, evitandogli inutili spostamenti, assicurandogli una risposta certa, adeguata alla tipologia di bisogno, continuativa e coordinata, competente e responsabile. Per questo il nuovo quadro programmatico ha introdotto il concetto di filiera dell'assistenza, rappresentando come le varie strutture territoriali debbano concorrere con gradualità all'erogazione dell'assistenza, tutelando ciascuna fase del percorso di presa in carico.

Tramite la filiera dell'assistenza si intende, infatti, garantire un sistema di cure graduali attraverso alcuni nodi fondamentali della rete territoriale rappresentati dai servizi distrettuali, dalle *forme associative* della medicina convenzionata con particolare riferimento alla diffusione delle Medicine di Gruppo Integrate, dalle *cure domiciliari* caratterizzate da un modello di assistenza h24, 7giorni su 7, dalle *cure palliative* incentrate su un nucleo multiprofessionale specificatamente dedicato, dalle *strutture di ricovero intermedie* e dalle *strutture residenziali*.

Più in dettaglio sono obiettivi strategici:

- il potenziamento dell'assistenza domiciliare, quale aspirazione e diritto delle persone e dei familiari, che risponde all'obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- il rafforzamento della rete delle cure palliative, ambito in cui l'attenzione alla prossimità al decesso assume di per sé un valore etico, in cui la multiprofessionalità diventa una risorsa per la dignità della persona;
- la rimodulazione dell'assistenza residenziale sviluppando una flessibilità organizzativa per adeguare il sistema alle nuove esigenze assistenziali, considerando le strutture residenziali come parti integranti del Sistema, specie nel gravoso ambito della non autosufficienza;
- lo sviluppo di strutture di ricovero intermedie necessarie per garantire un adeguato passaggio dall'Ospedale al Territorio senza soluzione di continuità. L'obiettivo è di evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, in particolare della persona anziana, favorendo il rientro al domicilio: un rientro che dovrà essere guidato, supportato, tutelato.



## 2.1 Il modello organizzativo del Distretto socio-sanitario

Il modello organizzativo distrettuale è descritto nel provvedimento “Organizzazione delle Aziende Ulss e ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario (d.lgs n. 502/1992 art.3, comma 1/bis e art. 7/bis, comma 1 e successive modifiche e integrazioni - lr n. 23/2012)”.

Il nuovo quadro programmatico pone, infatti, come obiettivo primario il rafforzamento della struttura distrettuale, con particolare riferimento alla sua dimensione organizzativa ed alla sua dimensione clinico-assistenziale, privilegiando da un lato un'organizzazione trasversale e dall'altro un approccio fondato su percorsi assistenziali.

Inoltre è opportuno sottolineare come, allo stato attuale, una buona parte delle Aziende Ulss si sia orientata verso la costituzione di un Distretto unico, indipendentemente dalle dimensioni del bacino di riferimento, privilegiando la dimensione della uniformità gestionale ed organizzativa. Questo orientamento rappresenta perciò un indirizzo auspicabile.

## 2.2 La riorganizzazione delle Cure primarie

Il nuovo quadro programmatico regionale identifica come obiettivo strategico la diffusione su tutto il territorio regionale delle *Medicine di Gruppo Integrate*, esito del perfezionamento e del consolidamento dei processi di sperimentazione, effettuati negli ultimi anni, ed in conformità a quanto previsto dalla L. n.189/2012 (c.d. “legge Balduzzi”).

Nel dettaglio le Medicine di Gruppo Integrate sono team multi professionali, costituite da Medici e Pediatri di famiglia, Specialisti, Medici della Continuità Assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, che:

- erogano un'assistenza globale, cioè dalla prevenzione alla palliazione, continua, equa e centrata sulla persona;
- assicurano un'assistenza h24, 7gg su 7;
- sono parte fondamentale ed essenziale del Distretto socio-sanitario ed assumono responsabilità verso la salute della Comunità, affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.

Le Medicine di Gruppo Integrate vengono, pertanto, a costituire il fulcro su cui dovrà riorganizzarsi l'intero assetto dell'assistenza territoriale. Inoltre per perseguire l'obiettivo di equità ed uniformità nella erogazione dell'assistenza su tutto il territorio regionale, si pone la necessità di definire uno strumento unico con cui esplicitare criteri di qualità ed obiettivi da perseguire.

Allo scopo vengono specificati i seguenti criteri:

- ciascuna Medicina di Gruppo Integrata sarà disciplinata dal “Contratto di esercizio tipo”, conformemente allo schema di riferimento elaborato a livello regionale, e dovrà concorrere alla tenuta economico-finanziaria del Sistema, precisando che:
  - gli indicatori e gli standard di sostenibilità economica saranno correlati agli obiettivi assegnati alle Aziende Ulss, definiti con specifico provvedimento di Giunta Regionale. Le soglie di ciascun indicatore e per singola Medicina di Gruppo Integrata saranno definite a livello aziendale;
  - nell'ambito dell'assistenza ai malati cronici e della implementazione dei PDTA sarà elaborato a livello regionale un elenco di indicatori, da cui ogni Azienda Ulss selezionerà un set di indicatori più rilevanti a livello locale e definirà i relativi pesi e i valori soglia più appropriati. La lista degli indicatori verrà sottoposta a revisione annualmente;
  - l'integrazione con le professioni sanitarie, i medici di continuità assistenziale e gli specialisti (dipendenti e convenzionati) dovrà essere realizzata secondo l'organizzazione aziendale e conformemente ai PDTA che definiscono il ruolo di ciascun soggetto e i relativi indicatori.
- la sede unica o di riferimento della Medicina di Gruppo Integrata costituisce a tutti gli effetti un *presidio territoriale*, attorno cui vengono organizzate le risorse distrettuali (personale infermieristico, specialisti, assistenti sociali, ecc.) al fine di gestire efficacemente i bisogni della Comunità di riferimento.



Il criterio di programmazione prevede di norma una Medicina di Gruppo Integrata costituita da almeno 4 MMG e comunque per un bacino fino ad un massimo di 15.000 assistiti.

Nel sistema veneto la Medicina di Gruppo Integrata si identifica con le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) previste dalla L. n.189/2012.

Inoltre, conformemente a quanto disposto dalla stessa L. n.189/2012, risulta strategico provvedere alla all'implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali organizzazioni funzionali, caratterizzate dall'appartenenza obbligatoria dei Medici Convenzionati, che assumono funzioni di programmazione e coordinamento, rappresentano cioè una sorta di "regia" per il confronto, la condivisione dei PDTA e l'implementazione dell'audit tra le forme associative (team multiprofessionali) presenti nel proprio ambito di riferimento. Il criterio di programmazione prevede di norma una Aggregazione Funzionale Territoriale ogni 50.000 abitanti.

### 2.3 Le Strutture di ricovero intermedie

Lo sviluppo dell'assistenza extraospedaliera rappresenta un obiettivo strategico regionale da realizzarsi attivando strutture di ricovero intermedie in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare o risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione.

L'inserimento in queste strutture può rappresentare una valida risposta a carattere temporaneo qualora lo stato di salute ed il contesto familiare non consentano il mantenimento del paziente al proprio domicilio.

Le strutture di ricovero intermedie garantiscono le cure necessarie a quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo.

Per una dettagliata descrizione di queste strutture, nonché dei loro requisiti strutturali e di autorizzazione si rinvia alla DGR n. 2718/2012.

Conformemente a quanto previsto dal PSSR, che ha fissato per le strutture di ricovero intermedie lo standard complessivo ottimale di 1,2‰ posti letto/abitanti e considerata la popolazione > 42 anni quale target ottimale di queste strutture (n. 2.531.726 abitanti > 42 anni nella Regione Veneto al 31 dicembre 2011), la dotazione complessiva di posti letto risulta pari a n.3.038.

Il numero dei posti letto già attivati, così come rilevato dal rapporto regionale "Monitoraggio e verifica Strutture Residenziali Extraospedaliere" (giugno 2011), risulta complessivamente pari a n. 1.775 così distribuiti:

- n. 181 di Hospice;
- n. 236 di Ospedale di Comunità;
- n. 553 di Unità Riabilitativa Territoriale, comprensivi di n. 358 posti letto in RSA per residenzialità temporanea anche con finalità riabilitative in relazione alle prestazioni erogate ed ai relativi modelli assistenziali (es. Nuclei ad Alta Intensità Socio-Sanitaria) e n. 195 posti letto nelle SAPA.

Rientrano nella tipologia di Strutture di ricovero intermedie anche:

- n.184 posti letto negli Istituti e Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n.833/1978 o strutture assimilate;
- n.621 posti letto delle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette (CTRP).

In particolare si precisa che queste ultime due tipologie di posti letto, fino a nuova organizzazione regionale, assumono usualmente una valenza interaziendale.

Pertanto il posti letto da attivare complessivamente sono n.1.263: si precisa che l'adeguamento allo standard regionale di 1,2‰ posti letto/abitanti > 42 anni dovrà essere realizzato, in coerenza con l'adeguamento della dotazione ospedaliera, nel triennio 2013-2015, con attivazione graduale di posti letto rapportata al fabbisogno assistenziale, ad integrazione di quanto già attivato nelle singole Aziende Ulss per ciascuna tipologia di riferimento e della ridefinizione dell'offerta ospedaliera.



Si ritiene di individuare, nello specifico, i seguenti criteri per l'attivazione di posti letto di Ospedali di Comunità ed Unità Riabilitativa Territoriale:

- l'attivazione deve essere conseguente alla riduzione dei posti letto ospedalieri;
- in via prioritaria detti posti letto dovranno essere istituiti presso strutture pubbliche (es. sedi distrettuali, ospedali parzialmente o totalmente dismessi);
- gli Ospedali di Comunità andranno attivati, in via prioritaria, laddove vi sia una presenza contestuale (nella medesima sede) di una Medicina di Gruppo Integrata così da garantire la copertura assistenziale h24. Allo stesso modo andrà favorita l'attivazione in contiguità con reparti ospedalieri.

## 2.4 Le strategie per l'integrazione Ospedale-Territorio

Una gestione integrata del paziente richiede l'implementazione di modelli organizzativi sia a livello gestionale che professionale, atti cioè a garantire la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse.

Rappresentano, quindi, strategie imprescindibili:

- la definizione ed implementazione su tutto il territorio regionale dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (*PDTA*), intesi come la contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili. Si tratta di strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura. La concreta attuazione dei PDTA richiede la definizione di indicatori clinici ed organizzativi;
- l'implementazione di soluzioni organizzative, quali le *Centrali Operative Territoriali*, intese come strumenti di raccolta e classificazione del problema/bisogno, di attivazione delle risorse più appropriate, di pianificazione e coordinamento degli interventi, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro. La Centrale Operativa rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale.
- lo sviluppo di *reti cliniche integrate* tra Ospedale e Territorio, così come meglio specificate nel § 3.4.

## 3. ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il modello di rete identificato dal PSSR è quello denominato *hub and spoke* che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (*hub*) che trattino volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (*spoke*) che assicurano l'assistenza per la casistica residua.

La definizione della rete di assistenza ospedaliera si articola due livelli: Ospedali di riferimento provinciale e Presidi ospedalieri di rete. A questi due livelli si affiancano strutture per acuti integrative della rete, anche a indirizzo monospécialistico, denominate "Ospedali nodi della rete".

Per il primo livello, costituito dagli Ospedali di riferimento provinciale, è prevista una dotazione, oltre che delle specialità di base e medio livello per il proprio territorio, anche di alte specialità per un'area più estesa e possono, qualora previsto, svolgere la funzione di centri *hub* a livello sovra-aziendale. Le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, oltre ad essere *hub* per le rispettive province, costituiscono centri di riferimento regionale per alcune funzioni.

I Presidi ospedalieri di rete, che costituiscono il secondo livello, hanno, di norma, un bacino di circa 200.000 abitanti e nella loro identificazione si tiene conto delle aree a bassa densità abitativa. Devono garantire l'attività di emergenza e urgenza e la specialistica di bassa e media complessità e i servizi di



diagnosi e cura (laboratorio, anatomia patologica, radiologia, dialisi) anche assicurati in rete, costituendo quindi centri *spoke*. Di norma i presidi ospedalieri di rete sono organizzati su più sedi secondo una logica che, nel rispetto dei requisiti minimi di sicurezza, garantisca un elevato standard assistenziale e organizzativo e consenta una razionalizzazione dell'uso delle risorse. La gestione dell'emergenza-urgenza è, di norma, centralizzata su di un'unica sede.

Gli Ospedali nodi della rete sono caratterizzati da un prevalente indirizzo medico-riabilitativo e integrati nel sistema dell'Emergenza-urgenza.

### 3.1 Criteri per la definizione delle schede di dotazione ospedaliera, pubblica e privata accreditata

L'attuale dotazione della rete ospedaliera risale oramai a dieci anni fa (cfr. DGR n. 3223/2002) e, nonostante le successive modifiche e integrazioni, non è più rispondente agli attuali bisogni della società veneta ed agli standard della programmazione.

L'accentuarsi delle difficoltà al mantenimento del patto di stabilità, la turbolenza finanziaria che ha investito l'intera Unione Europea ed i conseguenti provvedimenti legislativi che vincolano le singole Regioni al rispetto di stretti e contingenti parametri economici rendono necessario procedere a una netta identificazione, perimetrazione e responsabilizzazione in termini organizzativi ed economici dell'intera funzione ospedaliera all'interno dell'Azienda Sanitaria, definendone i confini di azione e l'integrazione con l'assistenza territoriale come determinato dal PSSR.

La legge 7 agosto 2012, n. 135 (c.d. "spending review"), che stabilisce come standard nazionale una dotazione di posti letto ospedalieri pari a 3,7 per mille abitanti, di cui lo 0,7 per la riabilitazione, e la legge 14 settembre 2011, n. 148 ("Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo"), che impone sostanziali modifiche al quadro economico-finanziario regionale, confermano la necessità di mettere in atto tutti i provvedimenti di razionalizzazione della rete ospedaliera essenziali per ridefinire un riassetto strutturale del sistema socio-sanitario veneto.

Oltre ai provvedimenti citati va tenuta in debita considerazione anche la proposta del Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. Giova ricordare che ad oggi tale proposta di Regolamento, che dovrà essere approvata con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, non è stata ancora approvata dalla Conferenza permanente Stato/Regioni.

Si impone, quindi, la necessità di procedere ad una rimodulazione complessiva, a livello regionale, del numero dei posti letto ospedalieri, finalizzato ad un adeguamento sostanziale dello standard regionale di dotazione previsto dal PSSR a 3 posti letto per mille abitanti per acuti ed a 0,5 posti letto per mille abitanti per l'area della riabilitazione. È qui da ricordare che questa dotazione standard risulta compatibile con il livello di assistenza ospedaliera fino ad ora richiesto dal servizio sanitario regionale, e che sarà possibile un ulteriore miglioramento dell'offerta per effetto del più coerente utilizzo delle risorse anche grazie alla possibile attivazione di 1,2 posti letto per mille abitanti (>42 anni) per strutture extraospedaliere, nella fattispecie strutture di ricovero intermedie.

La DGR n. 3223/2002 prevedeva una dotazione complessiva di posti letto, sia pubblici che privati accreditati – comprensiva delle sperimentazioni gestionali e con l'esclusione dei posti letto dei privati accreditati dedicati all'attività per pazienti extraregione – pari a 21.025 (18.106 pubblici e 3.019 privati accreditati). Nell'anno 2011 il numero complessivo dei posti letto utilizzati è stato pari a 19.021 corrispondenti a 3,85 posti letto per mille abitanti. Il tasso di ospedalizzazione, nel periodo 2006-2009 è diminuito da 174‰ a 154‰, e nell'anno 2011 è stato pari a 144,2‰, registrando un tasso di occupazione per i ricoveri pari a 84% ed una degenza media di 7,5 giorni. Inoltre gli ultimi dati disponibili indicano per il 2012 un numero di posti letto utilizzati in ulteriore cali, pari a 18.667.

Permangono ancora delle differenze sia tra le singole aziende sia tra le singole strutture ospedaliere. In particolare la distribuzione dei posti letto presenta, in alcune province, un maggior parametro rispetto allo standard regionale; così come si evidenziano differenze sia del tasso di occupazione sia della degenza media.



Per superare gli aspetti critici ancora presenti nel territorio veneto e per garantire la necessaria coerenza dell'azione amministrativa con gli obiettivi indicati dal PSSR, la riorganizzazione della dotazione ospedaliera oggetto del presente provvedimento, oltre che dei profili demografici ed epidemiologici della popolazione, tiene conto di:

- criteri, sopra riportati, per la strutturazione della rete ospedaliera nei livelli indicati dal PSSR;
- adeguamento tendenziale del numero di posti letto ai precitati standard regionali;
- 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;
- esigenza di ridurre il fenomeno della mobilità passiva (quale ad esempio per le specialità di oncologia, cardiologia, ortopedia e traumatologia, oculistica, chirurgia generale, pediatria, riabilitazione in particolare cardiologica);
- evoluzione delle tecnologie biomediche e della pratica clinica;
- consolidamento del processo, già avviato, di revisione del sistema di erogazione che consente di effettuare le prestazioni nel regime più appropriato (da ricovero ordinario a diurno ed ambulatoriale) e di sviluppare ulteriormente modelli organizzativi innovativi, quali la *week surgery* ed il *day service*;
- esigenza di riorganizzare la rete di assistenza ostetrico-neonatale, in relazione ai cambiamenti demografici ed alle indicazioni contenute nell'accordo approvato dalla Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e gli Enti Locali sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" (rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010), oggetto di presa d'atto da parte della Giunta Regionale con DGR n. 1085 del 26 luglio 2011;
- organizzazione dell'attività di ricovero in forma dipartimentale, modulata per intensità dell'assistenza ed intensità di cura, nel rispetto di un utilizzo ottimale delle risorse, secondo criteri di efficienza operativa.

Tiene, altresì, conto della disposizione, di cui all'art. 15, comma 13, lett c) della citata legge n. 135/2012 (c.d. spending review), secondo la quale *la riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse*; delle disposizioni contenute nella citata proposta di Regolamento recante gli Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, tutt'ora in fase di formalizzazione.

In sintesi, la proposta della nuova dotazione ospedaliera mira a sostenere e consolidare il processo di riorganizzazione e miglioramento, fissando l'obiettivo di raggiungere, nel prossimo triennio, una dotazione complessiva pubblica e privata accreditata pari a 17.440 posti letto per l'assistenza ospedaliera a favore di pazienti residenti nella Regione del Veneto. La completa attuazione comporta una riduzione complessiva di 3.585 posti letto rispetto alla programmazione di cui alla DGR n.3223/2002 e di 1.227 posti letto rispetto ai 18.667 attivi nell'anno 2012.

La possibilità di procedere alla revisione della dotazione ospedaliera è confermata anche dagli studi, svolti dall'Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS) in collaborazione con il Sistema Epidemiologico Regionale (SER), (documenti agli atti della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria) sulla riorganizzazione delle rete ospedaliera e sui costi delle strutture pubbliche e private, ha evidenziato l'esistenza di margini operativi di miglioramento dell'efficienza del sistema a parità di efficacia delle cure prestate.

Per quanto riguarda l'area medica, la riduzione dei posti letto è conforme allo sviluppo delle strutture di ricovero intermedie, così come viene meglio specificato nella parte del presente atto dedicata all'assistenza territoriale.

La riduzione di posti letto per l'area chirurgica è resa possibile grazie alla trasferibilità di un considerevole volume di attività in regimi assistenziali diversi, quali quello ambulatoriale, di day surgery e di week surgery e da un più razionale utilizzo delle sale operatorie, ferma restando la garanzia di un'adeguata assistenza in tale area.

L'area Materno-Infantile è caratterizzata da una eccessiva parcellizzazione tanto che nell'anno 2011 si è registrato a livello regionale un tasso di occupazione medio del 43,2 % dei posti letto delle Unità Operative di Pediatria. Le "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della



sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" (rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010), approvato dalla Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e gli Enti Locali e recepito della Giunta Regionale con DGR n. 1085 del 26 luglio 2011, hanno fornito una serie di indicazioni che hanno guidato la formulazione della riorganizzazione dell'area Materno-Infantile. La proposta prevede per quest'area una dotazione di posti letto pari a 1.939, con una diminuzione rispetto all'attuale dotazione di 135 posti letto, organizzati nelle singole Aziende secondo il modello dipartimentale che consente una maggiore rotazione del personale tra le varie sedi aziendali. Sono stati inoltre chiaramente identificati i posti letto per la Patologia Neonatale, come previsto dalle succitate Linee Guida, e si è realizzata una maggiore omogeneità nella dotazione di risorse e una più efficiente armonizzazione con le reti regionali e con i centri di eccellenza per le malattie rare.

Per l'area riabilitativa, tenendo conto della presenza di strutture specializzate pubbliche o private e dell'integrazione con la rete riabilitativa territoriale delineata nelle schede di dotazione territoriale, l'attribuzione dei posti letto viene effettuata con l'obiettivo di sostenere la realizzazione di poli riabilitativi a valenza sovra aziendale, collegati alla rete ospedaliera e territoriale, superando quindi, attraverso l'istituzione dei Dipartimenti funzionali di riabilitazione ospedale-territorio, l'attuale eccessiva parcellizzazione. Questo modello organizzativo unifica, infatti, le differenti modalità erogative (assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno, day service, assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno, assistenza ambulatoriale e domiciliare), consentendo l'erogazione nel setting assistenziale maggiormente appropriato le prestazioni riabilitative richieste.

Alla riduzione complessiva dei posti letto si accompagna, peraltro, una riduzione delle Unità Operative Complesse (UOC) resa possibile attraverso la realizzazione dei Dipartimenti e, in alcuni casi, dalla dismissione o riconversione di intere strutture di ricovero.

### **3.2 Erogatori ospedalieri privati accreditati (Ospedali Classificati e Strutture private accreditate con compiti complementari della rete ospedaliera regionale)**

Secondo il PSSR *gli Ospedali privati accreditati sono chiamati ad essere supporto del sistema, condividendone i principi quali la trasparenza, lo sviluppo della qualità intesa come effettivo miglioramento del processo assistenziale, la ricerca dell'appropriatezza, lo sviluppo di indicatori di appropriatezza clinica ed organizzativa, l'implementazione di una rete complessiva di accesso alle prestazioni.*

L'adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture private accreditate, nella definizione sia della quota complessiva dei posti letto sia per singola specialità, è conforme ai criteri sopra esposti e considera anche:

- la coerenza con i livelli gerarchici della rete di offerta definiti nel PSSR, tenendo conto dell'adeguatezza organizzativa e tecnologica della struttura ospedaliera;
- l'adeguatezza al fabbisogno stimato della singola Azienda Ulss o area sovra-aziendale;
- la piena coerenza con l'offerta delle strutture pubbliche, evitando duplicazioni di funzioni;
- l'integrazione nelle reti cliniche sovra-aziendali e regionali;
- la dimensione e complessità delle strutture (es. Ospedali classificati).

In particolare l'adeguamento della dotazione ospedaliera degli erogatori ospedalieri privati accreditati, secondo i principi, i criteri e standard previsti dal PSSR, conduce ad una riduzione complessiva media pari a circa il 5% rispetto all'attuale dotazione, fatta eccezione per alcuni erogatori ubicati nei territori delle Aziende Ulss n. 7, n. 12 e n. 18.

Per l'IRCCS Medea – La Nostra Famiglia, struttura monospécialistica ad indirizzo riabilitativo, afferente all'Azienda Ulss n. 7, considerato che l'attuale tasso di occupazione per i ricoveri risulta essere considerevolmente basso, si procede ad una riduzione di n. 15 posti letto.

Nei confronti della Casa di Cura Policlinico San Marco, afferente all'Azienda Ulss n.12, anche alla luce dell'ipotesi di accordo intervenuto tra l'Azienda Ulss n.12 e l'erogatore in parola per l'attivazione di n. 25





posti letto di hospice, si ritiene coerente la ridefinizione della vocazione della struttura nel senso di attribuire preminenza all'attività medico-riabilitativa. Si procede, perciò, ad un riesame dell'area chirurgica prevedendo lo svolgimento di attività chirurgica multidisciplinare in regime diurno/ambulatoriale con contestuale contrazione dei posti letto di tale area. La revisione della dotazione dell'area chirurgica trova, altresì, motivazione nella necessità, più volte già espressa dalla Giunta Regionale, di utilizzare al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche (in particolare l'Ospedale all'Angelo di Mestre) per garantire efficienza a fronte di investimenti effettuati in termini finanziari ed organizzativi. I citati studi elaborati dall'ARSS hanno dimostrato, inoltre, come nell'anno 2010, l'offerta dei posti letto per acuti (pari a 3,8 p.l./1.000 abitanti) fosse superiore alla media regionale e come la numerosità delle sale operatorie, se rapportate alla popolazione residente, fosse al di sopra della media. Complessivamente si procede quindi ad una riduzione di n. 40 posti letto. Ai 150 posti letto previsti e contenuti nella relativa scheda di dotazione ospedaliera, vanno ad aggiungersi n. 25 posti letto di hospice di cui al provvedimento sopra citato.

Per l'Ospedale Classificato Villa Salus, afferente anch'esso all'Azienda Ulss n. 12, si ritiene necessario rivedere l'assegnazione della dotazione nell'area Materno Infantile in quanto la capacità di offerta degli Ospedali pubblici (Ospedale dell'Angelo di Mestre e l'Ospedale S.Giovanni e Paolo di Venezia centro storico) è tale da poter soddisfare le richieste di prestazioni della popolazione locale. La riduzione dei posti letto in tale area è pari a 28 ma complessivamente la riduzione dei posti letto è pari a 8.

Nei confronti della Casa di Cura "Città di Rovigo", afferente all'Azienda Ulss n.18, si ritiene necessario rivedere soprattutto l'assegnazione della dotazione nell'area chirurgica in quanto la capacità di offerta dell'Ospedale pubblico di Rovigo, con la realizzazione della nuova piastra operatoria, è tale da soddisfare le esigenze della popolazione di riferimento. Anche in questo caso la revisione della dotazione dell'area chirurgica trova, altresì, motivazione nella necessità, più volte già espressa dalla Giunta Regionale, di utilizzare al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche per garantire efficienza a fronte di investimenti effettuati in termini finanziari ed organizzativi. Conseguentemente si procede alla ridefinizione della vocazione della struttura nel senso di attribuire preminenza all'attività riabilitativa. Complessivamente la riduzione dei posti letto è pari a 20.

Si ritiene di procedere, nell'ambito dell'adeguamento delle schede degli erogatori ospedalieri privati accreditati, anche all'inserimento nelle stesse delle attività di specialistica ambulatoriale. Ciò per un'esigenza di semplificazione e di trasparenza, considerato il fatto che la maggior parte delle strutture private accreditate erogano prestazioni sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale.

### 3.3 Rete emergenza ed urgenza territoriale ed ospedaliera

Il sistema dell'emergenza sanitaria SUEM 118 va revisionato in considerazione della necessità di garantire il trasporto diretto dal luogo dell'evento all'ospedale più adeguato secondo i criteri previsti dai protocolli derivanti dall'istituzione delle reti cliniche per la gestione dell'emergenza/urgenza nonché dall'esigenza di continuare a garantire il soccorso ed il trasporto tempestivo nelle aree interessate dalla ristrutturazione della rete ospedaliera.

Il SUEM eroga tre livelli di assistenza, sulla base della criticità dell'evento, attraverso:

- mezzi con medico a bordo;
- ambulanze di supporto avanzato delle funzioni vitali, con infermiere (ALS);
- ambulanze di supporto di base delle funzioni vitali, con OSS o soccorritore volontario (BLS).

Per quanto concerne la medicalizzazione, di regola deve essere garantita mediante l'impiego dell'automedica, piuttosto che dell'ambulanza medicalizzata, al fine di consentire un impiego maggiormente appropriato del personale medico con la conseguente copertura di un bacino territoriale più ampio.

Poiché la maggior parte delle basi medicalizzate ha sede presso ospedali, questo modello consente un più efficiente impiego del personale medico per i servizi interni della struttura.

Per quanto concerne l'intervento primario, la Centrale Operativa ha il compito di provvedere alla pianificazione delle risorse su tutto il territorio di competenza, identificando lo standard di risorse e



fornendo criteri generali ed indirizzi specifici per l'ospedalizzazione dei pazienti, nel rispetto delle coperture territoriali garantite dal modello *hub and spoke*.

L'obiettivo primario non è pertanto solo quello di inviare il mezzo più vicino ma quello di coordinare una rete omogenea di strutture operanti nell'ambito dell'emergenza/urgenza.

Nell'ambito del trasporto secondario, le Centrali Operative hanno l'importante ruolo di coordinare il trasferimento dei pazienti critici secondo la disponibilità di posti letto nelle terapie intensive, intendendo il posto letto non in termini esclusivamente fisici, ma considerando tutto l'insieme di strutture e procedure richieste dalle necessità diagnostiche e terapeutiche del paziente: il trasferimento di un paziente in un centro deve quindi essere sempre oggetto di una comparazione mirata tra le sue condizioni cliniche generali e la disponibilità complessiva delle strutture del centro specialistico.

Tutto ciò è possibile per l'attuale disponibilità di mezzi di trasporto veloci ed attrezzati che ha esteso le possibilità di trasporto dei pazienti critici, consentendo di intendere ciascun ospedale non come una realtà isolata, ma come un elemento di un sistema globale che concorre, con le sue potenzialità, al trattamento dei pazienti.

Non è pertanto necessario in senso assoluto che l'ospedale in cui il paziente viene sottoposto al trattamento chirurgico specialistico debba essere quello di degenza post-operatoria, che può essere garantita anche presso le terapie intensive di ospedali limitrofi, e d'altro canto non è necessario che un paziente sottoposto ad intervento chirurgico di alta specializzazione debba rimanere nel centro specialistico sino al termine della degenza in terapia intensiva anche per rendere disponibile il posto letto per pazienti con maggiori necessità terapeutiche erogabili esclusivamente dai centri specialistici.

Trattasi pertanto di diverse possibilità organizzative da considerare che richiedono pertanto la presenza attiva del medico coordinatore della Centrale Operativa per la serie di valutazioni cliniche che richiedono uno specifico bagaglio formativo e culturale diversamente da quanto avviene invece nella gestione dell'intervento primario, generalmente basata sull'utilizzo di algoritmi.

La Centrale Operativa SUEM 118 non si occupa esclusivamente del trasporto in senso stretto, ma al contrario assume in carico il paziente, valutando le indicazioni cliniche, collaborando alla scelta della destinazione idonea e stabilendo il tipo di mezzo ed il livello di assistenza necessario.

La gestione del sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria mantiene sostanzialmente l'assetto organizzativo disegnato dai precedenti provvedimenti di istituzione e si articola:

- su sette Centrali Operative aventi per bacino di riferimento gli ambiti provinciali;
- sulla rete delle Unità Operative di Pronto Soccorso di riferimento provinciale, con annesso Dipartimento di Emergenza, delle Unità Operative di Pronto Soccorso di rete, in organizzazione Dipartimentale con altri reparti di area critica;
- sui Punti di Primo Intervento.

Ferma restando l'organizzazione dipartimentale, l'organizzazione strutturale della rete è articolata su tre livelli in base alla presenza e tipologia delle funzioni ed alla intensità e complessità delle prestazioni erogate.

- Il primo livello è costituito dal Pronto Soccorso deputato ad erogare tutte le prestazioni di emergenza ed urgenza anche tramite l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) che può avere durata massima di 48 ore; presso il Pronto Soccorso vanno tempestivamente garantite tutte le consulenze specialistiche. L'attività di OBI è ricompresa nel finanziamento a funzione destinato al Pronto Soccorso e non è oggetto di compensazione economica tra Aziende.

Per le patologie di competenza specialistica ostetrica e pediatrica devono essere attivati percorsi di invio rapido dal triage allo specialista (*fast-track*), comportanti la completa presa in carico della prestazione di pronto soccorso da parte dello specialista, inclusa la chiusura dell'accesso, naturalmente fatto salvo il caso in cui il paziente venga reinviato in Pronto Soccorso per concomitanti patologie attinenti ad altri ambiti specialistici. Con successivo atto saranno definite le modalità di *fast-track* per l'accesso anche ad altre consulenze specialistiche e/o prestazioni strumentali.

Per i pazienti in OBI fisicamente presenti presso le unità di degenza la chiusura dell'accesso compete al medico del reparto, che ha la responsabilità delle cure erogate.

- Il secondo livello è costituito dal Punto di Primo Intervento di tipo Avanzato (PPI-A) che, oltre a tutte le funzioni del PPI-B sotto indicate, svolge anche attività di accoglimento, diagnosi e trattamento delle



patologie che non richiedono il trasporto al Pronto Soccorso, inclusa l'osservazione protratta del paziente.

Il PPI-A opera in stretta integrazione con il Pronto Soccorso di riferimento ed è da prevedere che l'organico medico del Pronto Soccorso e del PPI-A effettuino una turnazione tra le diverse strutture.

- Il terzo livello è costituito dal Punto di Primo Intervento di tipo Base (PPI-B), che funge da base di soccorso territoriale, garantisce l'assistenza alle persone che si presentano spontaneamente, procede alla stabilizzazione ed al trasporto dei pazienti al Pronto Soccorso competente, nonché all'erogazione di prestazioni sanitarie minori. Il PPI-B svolge, di norma, attività nell'arco dell'interna giornata (H24) ma può essere prevista l'allocazione di PPI-B con funzioni da svolgersi H12 che saranno integrate da mezzi di soccorso per la copertura assistenziale dell'intero periodo.

Si dà mandato al Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza (CREU) di definire, in maniera più dettagliata e puntuale, le funzioni del PPI-A e del PPI-B, compreso l'elenco delle prestazioni obbligatorie ed aggiuntive.

### 3.4 Reti cliniche

Le Reti cliniche sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema e consentono l'assistenza integrata in termini multidisciplinari, la differenziazione dei contributi professionali, la maggior equità di accesso ai servizi e a cure qualificate, la centralizzazione del paziente nel percorso di cura, e allo stesso tempo garantendo economie di scala, la condivisione dei costi di ricerca e sviluppo e la maggior circolazione delle informazioni.

Proprio la necessità di perseguire la massima efficacia ed efficienza ha impresso una forte accelerazione al processo di accentramento delle attività assistenziali di alta complessità, nel rispetto degli standard esistenti, favorendo la creazione di reti cliniche interospedaliere, a livello locale e/o regionale, consentendo da un lato un minor dispendio di risorse limitando i fenomeni competitivi fra ospedali, dall'altro l'ottimizzazione delle relazioni funzionali ed organizzative tra le diverse strutture sanitarie, promuovendo lo sviluppo di attività sistematiche di audit fino a giungere a comuni strategie di comportamento clinico basate sulle evidenze scientifiche.

A livello programmatico ciò comporta un complesso processo di riconfigurazione dei contenuti al fine di concentrare l'offerta attorno a volumi di attività tali da garantire una massa critica coerente con la reale domanda di salute, secondo un'architettura dinamica del sistema che prevede una contestuale riorganizzazione interna dei singoli ospedali, superando il tradizionale modello, basato sulla esclusiva proprietà delle risorse produttive da parte delle singole unità operative.

I vantaggi delle reti interospedaliere sono particolarmente evidenti nell'area dell'emergenza, nell'ambito della quale l'outcome risente notevolmente di una gestione tempestiva e appropriata.

La rete per la gestione delle sindromi coronariche acute è costituita da Centri *hub*, ovvero ospedali dotati di un laboratorio di cardiologia interventistica operante nelle 24 ore, presso i quali vanno indirizzati tutti i soggetti con infarto miocardico e indicazione all'angioplastica primaria mentre i centri *spoke*, fermo restando la loro attività programmata, possono eseguire angioplastiche primarie esclusivamente ai soggetti che si presentano spontaneamente in Pronto Soccorso, dal momento che tutti i pazienti soccorsi dal SUEM 118 con indicazione al trasporto in centro interventistico, devono necessariamente afferire ai centri *hub*.

Da evidenziare come i centri *hub* siano tenuti ad accogliere tutti i pazienti e al trasferimento sistematico (Back transport) presso l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica di riferimento, da intendersi come quella presente presso l'Azienda Sanitaria territorialmente competente o più vicina alla residenza del paziente.

La rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta, anch'essa articolata sul modello *hub and spoke*, prevede tre livelli: Unità Ictus di II livello, Unità Ictus di I livello e Aree dedicate alla gestione dell'Ictus.



Le Unità di II livello sono le aree dedicate all'ictus di tipo semintensivo ("Stroke Units"), con una consolidata esperienza nella trombolisi sistemica, e sono presenti in ospedali dotati di una struttura complessa di Neurologia, Neuroradiologia e Neurochirurgia, presso le quali è attivo un percorso per il trattamento endovascolare.

Le Unità di I livello sono invece quelle aree dedicate all'ictus con possibilità di monitoraggio dei pazienti e presenti negli ospedali dotati di una struttura complessa di Neurologia.

I trattamenti trombolitici sono praticabili esclusivamente presso le Unità Ictus di I e II livello mentre le aree dedicate all'ictus, presenti presso le altre strutture ospedaliere, sia nell'ambito delle strutture di Neurologia che di Medicina interna o Geriatria, hanno la possibilità di rapportarsi con le Unità Ictus anche mediante teleconsulto.

Anche la rete per le gestione dell'emergenza ed urgenza neonatale e pediatrica è articolata su tre livelli.

I poli di I livello, dotati di Unità operativa di Pediatria e di Ostetricia con presenza di assistenza neonatale, sono deputati all'attività di emergenza ed urgenza pediatrica per patologie minori; i poli di II livello, che hanno come requisiti aggiuntivi l'attività di pronto soccorso pediatrico in spazi dedicati, l'attività di Chirurgia Pediatrica e l'erogazione di cure intensive neonatali, sono deputati all'attività di emergenza ed urgenza per patologie complesse ma che non necessitano della terapia intensiva, mentre i poli di III livello, caratterizzati da un volume annuo di ricoveri urgenti di soggetti di età inferiore a 14 anni pari ad almeno 2000 e dall'attività di pronto soccorso pediatrico in struttura dedicata, hanno come requisiti aggiuntivi la presenza della Terapia Intensiva Pediatrica, la Neurochirurgia Pediatrica e, oltre a supportare tutte le altre strutture operanti in ambito regionale nel trasporto neonatale e pediatrico, sono deputati all'erogazione di tutte le prestazioni specialistiche. Nell'ambito della rete emergenza neonatale e pediatrica è presente anche la gestione delle gravidanze a rischio di parto prematuro, finalizzata a garantire la massima sicurezza al neonato per il quale si prevede la necessità di cure intensive, preferendo il trasporto antenatale presso il polo di riferimento in tutti i casi in cui le condizioni cliniche lo consentano, è imperniata sulla presenza o meno della Terapia Intensiva Neonatale, con l'accoglimento presso il polo di I livello di ciascuna Azienda per attività di emergenza e urgenza per patologie minori e presso i poli di II e III livello per le cure intensive neonatali e le attività di alta specializzazione.

Da considerare poi che le Unità Operative di Chirurgia specialistica presenti negli ospedali *hub* (es. Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia Toracica, Chirurgia Plastica, ecc.), oltre all'attività nell'ambito dell'urgenza ed emergenza, costituiscono il riferimento per tutta la provincia e non solo per l'Azienda ULSS sul territorio di competenza della quale insistono, sia per l'attività elettiva che di consulenza agli ospedali sprovvisti di tali unità operative, in considerazione del fatto che le reti cliniche non sono di esclusivo appannaggio dell'emergenza/urgenza bensì trovano applicazione in termini di reti di patologia anche integrate con il territorio.

La funzione di centro *hub* risulta parimenti applicabile anche alle discipline di area medica, anch'esse tenute all'accoglimento di pazienti da tutta la provincia di riferimento.

Utile ribadire come, proprio a garanzia dell'equità di accesso alle cure di tutti i cittadini e per non vanificare il fondamentale ruolo delle reti in termini di efficienza gestionale, decisionale e di integrazione, è previsto che i centri *hub*, oltre a garantire nei tempi previsti le prestazioni di base ai propri assistiti, debbano garantire le prestazioni di livello assistenziale di più elevata complessità a tutti i residenti nel bacino di utenza provinciale, senza alcuna differenziazione originata dall'Azienda ULSS di residenza.

Particolare il caso delle Unità Operative di Malattie Infettive. Le UOC previste nelle schede di dotazione ospedaliera sono, di fatto, centri *hub*; in ogni caso, limitatamente alle patologie infettivologiche, ogni struttura sanitaria è tenuta a garantire l'assistenza nel rispetto degli standard di sicurezza. Di fondamentale importanza il ruolo dei centri *hub* nell'assicurare una disponibilità costante di posti letto per accettare pazienti provenienti da qualsiasi struttura, in uscita dalle terapie intensive e richiedenti il trasferimento per competenza, per attivare una riserva di posti letto in caso di eventi epidemici, per la gestione degli isolamenti. Tutto ciò naturalmente è rivolto anche alla popolazione pediatrica, in autonomia o condividendo la gestione con le strutture di Pediatria.



Per quanto concerne le patologie dell'apparato gastroenterico si evidenzia come la più comune emergenza sia rappresentata dalle emorragie digestive, ed è noto altresì come la tempestività di un intervento endoscopico è correlata positivamente con i livelli di mortalità, ma anche con un minor numero di interventi chirurgici e di trasfusioni, oltre che con una riduzione della durata del ricovero.

Al fine di rendere omogenea a livello regionale la disponibilità di un triage endoscopico nelle 24 ore è basilare che presso ogni azienda sanitaria sia presente un servizio dedicato alle urgenze endoscopiche gastroenterologiche, tenendo conto anche della particolarità dell'endoscopia digestiva in età pediatrica, mentre per le prestazioni di complessità maggiore vengano stipulate apposite convenzioni per evitare trasferimenti di pazienti per prestazioni eseguibili in loco.

Le patologie dell'apparato respiratorio rivestono attualmente un importante ruolo epidemiologico, e l'attuale orientamento prevede di assegnare alle strutture territoriali la gestione delle malattie croniche, riservando all'ospedale la gestione delle forme acute secondo un modello gestionale incentrato sulla continuità assistenziale che rappresenta l'elemento cardine per garantire l'integrazione tra cure primarie e assistenza specialistica ed ospedaliera.

In considerazione dell'appropriata gestione delle risorse è basilare che le funzioni delle strutture pneumologiche operanti in ambito regionale siano diversificate, anche in relazione ai vari ambiti di riferimento territoriale.

Le strutture di pneumologia presenti nei centri *hub* devono prevedere un'attività di Terapia Semintensiva Respiratoria rappresentata dalla Ventilazione Meccanica Non Invasiva (VMNI) e talora invasiva (VMI) secondo un modello che necessariamente deve prevedere un raccordo funzionale con la Terapia Intensiva, che si colloca ad un livello superiore.

L'attività dei centri *spoke*, invece, se dotati di una struttura complessa di Pneumologia deve prevedere la possibilità di esecuzione di VMNI e monitoraggio dei pazienti, mentre le strutture prive di strutture di pneumologia, al fine di garantire un adeguato trattamento del paziente respiratorio critico devono integrarsi operativamente con i centri *hub*, in un'ottica di collaborazione continua.

Nell'ambito dell'assistenza riabilitativa, l'istituzione del Dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale-territorio rappresenta un valido strumento per l'assistenza sanitaria in tale ambito fornendo la possibilità di creare un raccordo operativo tra le varie componenti ospedaliere e territoriali del sistema con l'obiettivo principale di assicurare il massimo recupero possibile delle disabilità.

Attraverso il Progetto Riabilitativo Individuale, nell'ambito del Percorso Riabilitativo di struttura, viene assicurata la continuità assistenziale realizzando una presa in carico globale della persona.

Per quanto concerne la Rete Oncologica Veneta, coerentemente a quanto proposto nel Piano Oncologico Nazionale, il modello della stessa è quello di un network assistenziale sul modello delle reti *hub and spoke*, riconoscendo però all'Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS il ruolo di centro *hub* per il coordinamento delle attività di alta specializzazione ed eccellenza, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona.

La Rete Oncologica è articolata su più livelli:

- Coordinamento Regionale della Rete Oncologica del Veneto (CROV), con sede presso l'Istituto Oncologico Veneto IRCSS, i cui principali ambiti di intervento sono riassumibili in: coordinamento dei programmi e valutazione dell'attività dei Poli Oncologici con l'individuazione delle strutture di riferimento per il trattamento di determinate patologie oncologiche complesse, coordinamento delle attività di Ricerca in oncologia agevolando una partecipazione condivisa, validazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e di linee guida proposte dai Poli Oncologici, definizione dei percorsi di formazione professionale e aggiornamento, informazione e comunicazione, monitoraggio delle attività delle Commissioni di Rete;

- Poli Oncologici individuati presso gli Ospedali con un bacino d'utenza ottimale di 1.000.000 di abitanti;
- Dipartimenti di Oncologia Clinica, da attivare presso ogni azienda sanitaria che costituiscono il primo nodo della rete oncologica, fermo restando le collaborazioni a livello interaziendale, in considerazione della dotazione tecnologica e/o di particolari situazioni logistiche.



Sempre in ambito oncologico è prevista l'istituzione delle Breast Unit, unità interdisciplinari specialistiche finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi ed al trattamento medico e chirurgico della patologia senologica, secondo un modello che rappresenta l'approccio assistenziale più appropriato a tale patologia.

E' fondamentale che nell'ambito della rete oncologica le Breast Unit, oltre alla multidisciplinarietà e alla specifica formazione in senologia dei singoli specialisti coinvolti nella diagnosi, terapia e follow-up del carcinoma mammario, rappresentino dei precisi punti di riferimento anche all'esterno della struttura ospedaliera a garanzia della continuità assistenziale.

In periodo di forte evoluzione tecnologica, quale quello attuale, l'attività di diagnostica per immagini ha riscontrato una notevole crescita con un aumento della complessità operativa e la conseguente necessità di adottare strumenti informatici per la gestione delle attività dell'area radiologica, quali la teleradiologia, che rappresenta un'esperienza rilevante assicurando l'estensione della validità e dell'adeguatezza nelle fasi diagnostiche.

Dal punto di vista organizzativo con la teleradiologia è possibile semplificare l'attività professionale del radiologo, consentendogli di refertare anche a distanza con una contemporanea interazione coi colleghi.

Presso ogni Azienda sanitaria è prevista una guardia attiva di radiologia sulle 24 ore in previsione della possibilità che parte dell'attività sia svolta presso sedi periferiche e gestita senza la presenza fisica dello specialista radiologo con l'utilizzo della tele radiologia.

Ciò in considerazione del differente livello di complessità degli ospedali che compongono la rete ospedaliera in quanto non è prevedibile che presso tutti gli ospedali sia fisicamente presente un radiologo nelle 24 ore, eccezion fatta per i centri *hub* nei quali la presenza continuativa è richiesta per la necessità di effettuare prestazioni non delegabili.

Altro ambito di applicazione della teleradiologia è previsto nell'ambito della neuroradiologia. Le Unità Operative dovranno garantire la telerefertazione ed il teleconsulto a tutte le strutture provinciali

Anche la diagnostica di laboratorio è stata interessata da forti spinte di cambiamento, legate all'esigenza di migliorare l'utilizzo e la gestione delle risorse secondo principi di flessibilità, efficienza e ottimizzazione, pur nella necessità di mantenere la qualità delle prestazioni erogate ma rimodulando gli standard organizzativi e di personale grazie all'introduzione di metodiche automatizzate tali da consentire la possibilità di aumento del volume di attività con conseguente garanzia di perseguimento di livelli qualitativamente sempre più elevati della prestazione.

E' prevista, pertanto, una centralizzazione della fase analitica con una sinergia organizzativa tra le singole strutture di laboratorio, sia a livello aziendale che interaziendale, con ciascuna struttura che continua a conservare la propria individualità giuridica e la responsabilità delle fasi preanalitica e post analitica.

Il modello di rete di laboratori, anche a livello di microbiologia, oltre alla realizzazione di economie di scala ottimizzando l'uso delle risorse, favorisce la maggiore efficienza delle strutture, rendendole in grado, di ridurre i tempi di risposta e quindi di consegna del referto, di organizzare, sotto l'aspetto informatico e informativo, un sistema in grado di garantire la trasmissione delle informazioni in tempo reale, anche con diretta interazione con il prescrittore e infine di standardizzare le modalità di refertazione nell'ambito della buona pratica di laboratorio.

Sempre in tema di diagnostica laboratoristica va riportata l'organizzazione dello screening neonatale per le malattie metaboliche, compreso lo screening allargato, articolato sulle due Aziende ospedaliere e che prevede la raccolta e l'invio di campioni biologici da tutti i punti nascita del Veneto secondo due bacini d'utenza e l'immediata presa in carico da parte degli specialisti in caso di positività.

Qualche analogia con lo screening si ritrova nell'ambito della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e di morte inaspettata del feto (SIUD) con l'identificazione della struttura di riferimento, così come previsto dalla normativa nazionale, presso l'Unità Operativa Complessa di Patologia Cardiovascolare dell'Azienda Ospedaliera di Padova. L'effettuazione dei riscontri diagnostici, finalizzata a facilitare la conoscenza in tema di SIDS e SIUD, costituisce un obbligo di legge, e il modello organizzativo in essere consente la decentralizzazione dei riscontri diagnostici presso tutte le strutture rispondenti a precisi requisiti tecnologici e di personale, fermo restando il ruolo di supervisione e



consulenza che la struttura regionale di riferimento è chiamata ad effettuare unitamente all'istituzione di una banca dati regionale.

Nel percorso diagnostico terapeutico il ruolo della Anatomia Patologica è centrale in quanto con un atto medico, rappresentato dalla diagnosi, finalizza una sequenza di procedure tecnico-cognitive finalizzate all'esame di organi o campioni di organi, inserendosi come elemento fondamentale e spesso decisivo nell'inquadramento clinico del paziente, e indirizzandone le scelte terapeutiche.

La diagnosi anatomopatologica ha infatti significative implicazioni prognostiche e condiziona le procedure terapeutiche, e il referto anatomico-patologico ha inoltre un rilevante impatto nella determinazione della spesa terapeutica in considerazione dell'individuazione dei candidati a terapie ad alto costo in patologia oncologica e non-oncologica.

Tale diagnosi rappresenta pertanto il risultato della interpretazione da parte del medico anatomico-patologo delle caratteristiche morfologiche eventualmente integrate dall'analisi di specifiche caratteristiche molecolari, del campione biologico in esame.

I bacini di utenza delle Unità Operative di Anatomia Patologica devono necessariamente essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate, alla complessità degli Ospedali, tenendo conto altresì delle campagne di screening attivate in considerazione del fondamentale ruolo svolto.

A garanzia dell'appropriatezza, la efficacia e la compatibilità economica delle prestazioni sanitarie, il piano oncologico nazionale 2010-2012 ha sottolineato la necessità di centralizzare presso Unità Operative di Anatomia Patologica di "eccellenza" le cosiddette prestazioni "altamente specialistiche" e, in piena analogia ad altre esperienze nazionali ed internazionali, le ipotesi di razionalizzazione organizzativa devono essere ispirate alla progressiva concentrazione delle risorse umane e tecnologiche, con costituzione di Unità Operative di più grandi dimensioni e tali da rendere compatibile la elevata qualità delle prestazioni sanitarie con la economia di gestione.

Pertanto, in coerenza con il Piano Socio Sanitario Regionale, come potenziale utenza di un'Unità Complessa di Anatomia Patologica si propone una popolazione di circa 400.000 soggetti, mentre una più ampia popolazione di riferimento, fino a 1.000.000 utenti, va prevista per programmi sanitari specifici quali diagnostica molecolare, screening oncologico, neuropatologia, cardiopatologia, pneumopatologia, oncologia pediatrica, sarcomi e tumori rari.

La rete per le donazioni e i trapianti di organi e tessuti è organizzata secondo un modello che prevede il collegamento tra centri di alta specializzazione e ospedali del territorio e coordinata a livello regionale.

Il Coordinamento Regionale Trapianti (CRT) è in costante collegamento da un lato con i coordinamenti locali presenti a livello di ogni singola azienda sanitaria e con tutte le unità di terapia intensiva e dall'altro con il Centro Nazionale Trapianti e i centri trapianto operanti in ambito regionale.

In questo modello, i centri trapianto, le rianimazioni, le sedi delle banche di tessuti e cellule sono tutti collegati tra loro e fanno parte di un unico programma.

La politica dei trapianti è concentrata sulle due Aziende Ospedaliere: l'Azienda ospedaliera di Padova è di riferimento per il trapianto di fegato, rene, polmone e cuore, l'Azienda Ospedaliera Univesitaria Integrata di Verona è di riferimento per il trapianto di pancreas, cuore e rene.

Il trapianto di rene è praticato anche presso ospedali di Treviso e Vicenza.

Di fondamentale importanza poi, per quanto riguarda il trapianto di tessuti, il rapporto con le banche dei tessuti di Verona e Treviso oltre che con la Fondazione Banca degli occhi presente presso l'Ospedale dell'Angelo di Venezia, strutture sanitarie che raccolgono, conservano, e distribuiscono cellule e tessuti, a scopo di trapianto, garantendone idoneità, sicurezza, qualità e tracciabilità al fine di assicurare un alto livello di protezione della salute dei cittadini.

### 3.5 Medicina trasfusionale

Con la deliberazione n. 18 del 25 marzo 2004, il Consiglio Regionale ha adottato il 4° Piano sangue e plasma per assegnare azioni e indirizzi in materia trasfusionale nel triennio 2004-2006, predisposto ai



sensi dell'art.11, comma 2, della legge 4 maggio 1990 n.107, concernente la disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati.

Con successive deliberazioni la Giunta Regionale ha dato progressiva attuazione alla previsione normativa andando, nel tempo, a consolidare il modello dipartimentale interaziendale quale strumento organizzativo strutturale per lo svolgimento dell'attività trasfusionale. La proposta di riorganizzazione conferma il modello dipartimentale provinciale ed identifica per ciascuno dei sette Ospedali di riferimento provinciale una Unità Operativa Complessa di Medicina Trasfusionale che svolge, in qualità di direzione del DIMT, anche la funzione di coordinamento per le strutture della provincia di riferimento.

### **3.6 Responsabile organizzativo-funzionale dell'intera funzione ospedaliera**

Il Presidio ospedaliero, a prescindere dal numero di sedi, è diretto da un Direttore Medico, unico responsabile organizzativo-funzionale dell'intera funzione ospedaliera, nominato dal Direttore Generale con proprio provvedimento per ricoprire un incarico equiparato a quello di Direttore di Dipartimento.

In presenza di 2 apicalità di Direzione Medica Ospedaliera le stesse vanno differenziate le funzioni secondo due indirizzi, ovvero di Igiene Ospedaliera e organizzativo gestionale.

Il Direttore Unico della funzione ospedaliera, oltre ad essere responsabile dell'intera funzione ospedaliera rispondendo alla Direzione strategica nella figura del Direttore di Area, ovvero il Direttore Sanitario:

- garantisce la funzione direzionale di tutte le attività del Presidio ospedaliero;
- persegue gli obiettivi di risultato e di attività negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione aziendale mediante le risorse assegnate. Con la medesima metodologia definisce attività, risultati e risorse con le strutture dipartimentali afferenti;
- garantisce la migliore funzionalità dei servizi ospedalieri, favorisce un'adeguata assistenza ospedaliera alle persone nonché la continuità dell'assistenza, operando in stretta interrelazione con il Direttore della funzione territoriale e con il Direttore del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito degli indirizzi strategici stabiliti dalla Direzione Aziendale e del budget attribuito alla struttura ospedaliera.

### **3.7 Apicalità delle strutture pubbliche**

Come già sopra riportato, alla riduzione complessiva dei posti letto si accompagna una riduzione del numero delle Unità Operative Complesse (UOC) e conseguentemente delle apicalità, in ossequio anche a quanto disposto dall'art. 15, comma 13, lett c, della legge n.135/2012.

La precedente programmazione regionale (ex DGR n. 3223/2002 e successive modifiche ed integrazioni) prevedeva complessivamente n. 864 apicalità. La proposta di cui al presente atto prevede un numero complessivo pari a 754, con una riduzione quindi pari a 110.

Per quanto riguarda le apicalità dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, il Presidente della Giunta Regionale, d'intesa con i Rettori delle rispettive Università degli Studi, procederà alla individuazione delle apicalità a direzione universitaria, secondo gli articoli 7 ed 8 della deliberazione del Consiglio Regionale n. 140 del 14 dicembre 2006, mantenendo, al contempo, un numero di apicalità a direzione ospedaliera coerente con l'attività assistenziale prevista nelle schede di dotazione.

Per quanto riguarda l'Ospedale di Treviso si ritiene di confermare le apicalità a direzione universitaria (c.d. clinicizzazioni) attualmente esistenti ed estendere la clinicizzazione all'Anatomia Patologica.

Per sostenere l'organizzazione dell'attività di ricovero in forma dipartimentale, tenendo conto dell'intensità dell'assistenza, dell'intensità di cura e dell'utilizzo ottimale delle risorse, viene espressamente indicata nelle schede di dotazione ospedaliera l'istituzione di Unità Semplici a valenza Dipartimentale (USD).

La riduzione delle apicalità, qualora non possa essere effettuata immediatamente, deve comunque avvenire nell'arco del triennio 2012-2015 tenendo conto delle cessazioni a vario titolo del personale dirigenziale, nonché di quanto previsto dall'art.9, comma 32 del D.L. n.78/2010, convertito nella L. n.122/2010 ed eventualmente dall'art.1, comma 18 del D.L. n.138/2011, convertito nella L. n.148/2011.





### 3.8 Schede di dotazione ospedaliera

Alla luce dei principi e dei criteri esposti nel presente documento, della citata normativa nazionale, ivi compresa la proposta di regolamento sugli *standard*, e dei citati studi sulla riorganizzazione delle rete ospedaliera e sui costi delle strutture pubbliche e private accreditate elaborati dall’Agenzia Regionale Socio-Sanitaria, in conformità con quanto previsto dalla L.R. n. 23/2012, sono elaborate le schede di dotazione ospedaliera, sia degli erogatori pubblici che degli erogatori privati accreditati (v. allegato B della deliberazione).

Nella scheda redatta per ciascun singolo ospedale pubblico vengono indicati:

- la qualifica dell’ospedale nella rete, secondo il modello *hub and spoke*;
- le funzioni per ciascuna area omogenea;
- per ogni singola funzione, il numero di apicalità (UOC) e/o l’istituzione di Unità Semplici a valenza Dipartimentale (USD);
- il setting assistenziale qualora lo stesso sia esclusivamente volto a determinare se l’attività viene svolta nei seguenti regimi: week surgery, diurno, ambulatoriale;
- l’ammontare dei posti letto per ciascuna funzione e per area omogenea.

Nella scheda redatta per ciascun singolo ospedale privato accreditato, che riporta la specificazione se trattasi di Struttura privata accreditata con compiti complementari e di integrazione all’interno della rete ospedaliera regionale o di Ospedale classificato, vengono indicati:

- le funzioni per ciascuna area omogenea;
- il setting assistenziale qualora lo stesso sia esclusivamente rivolto a determinare se l’attività viene svolta nei seguenti regimi: week surgery, diurno, ambulatoriale;
- l’ammontare dei posti letto per area omogenee e per singola funzione;
- l’attività di specialistica ambulatoriale.

Esclusivamente agli ospedali privati accreditati Casa di Cura “Abano Terme polispecialistica e termale” afferente all’Azienda Ulss n.16, Casa di Cura polispecialistica “dott. Pederzoli” e all’Ospedale Classificato “Sacro Cuore Don Calabria”, entrambi afferenti all’Azienda Ulss n.22, che erogano prestazioni ad elevato contenuto professionale e tecnologico e che sono dotati di Pronto Soccorso, si propone venga riconosciuta la funzione di “presidio ospedaliero”.

La dotazione di posti letto per l’assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario e diurno, nel rispetto dello standard previsto dal PSSR (3 posti letto per mille abitanti per acuti e 0,5 per l’area della riabilitazione), è calcolata con riferimento alla popolazione residente nel Veneto. Non concorrono, ai fini dello standard, i posti letto da riservare per l’attività di ricovero nei confronti di pazienti residenti in altre Regioni italiane. L’allocazione di tali posti letto, individuati secondo i parametri indicati nella citata proposta di Regolamento sugli standard per l’assistenza ospedaliera, viene espressamente prevista in calce alla scheda di dotazione ospedaliera.

L’attività di ricovero in regime di libera professione intramuraria viene effettuata nei posti letto individuati nelle schede di dotazione ospedaliera.

Per ciascuna funzione delle aree omogenee viene indicato il codice di specialità clinica e di disciplina ospedaliera, di cui al Decreto ministeriale 5 dicembre 2006. Per le aziende pubbliche viene, altresì, espressamente indicato il numero massimo di apicalità da conferire.

Le Unità Semplice a valenza Dipartimentale (USD), espressamente individuate nelle schede di dotazione ospedaliera, devono essere inserite nei rispettivi atti aziendali.

Per l’area relativa alla Terapia Intensiva, si ritiene di procedere, con successivo atto - sulla base dell’esito degli studi attualmente in corso sulla valutazione ed il miglioramento dell’appropriatezza delle giornate di



ricovero in Terapia Intensiva - alla definizione di posti letto tecnici per l'osservazione breve post-operatoria (*recovery room*).

Nell'area chirurgica, qualora sia prevista la modalità di ricovero in regime ordinario, ciascuno degli erogatori può attivare un numero di posti letto c.d. "monitorati". Il numero di tali posti letto, da considerarsi all'interno del numero complessivo dei posti letto della citata area, deve risultare al massimo pari al 5% del precitato numero complessivo.

Inoltre, l'indicazione del regime di "week surgery" - alla quale si affianca l'indicazione del regime "diurno, ambulatoriale" - comporta che l'attività chirurgica programmata (c.d. di elezione) deve essere distinta da quella erogata in regime di urgenza/emergenza. Si invitano pertanto, le strutture sanitarie, sia pubbliche che private accreditate, a sviluppare l'organizzazione della "week surgery" ed a concentrare l'attività in regime di urgenza/emergenza in una unica sede. Ciò consente di agevolare e semplificare la gestione delle liste di attesa dei ricoveri e la gestione, da parte delle Centrali Operative, dei posti letto per l'urgenza/emergenza.

Si sottolinea che l'erogazione delle prestazioni in regime di day surgery ed ambulatoriale esige il rispetto della normativa regionale vigente in materia.

Nei confronti degli erogatori ospedalieri privati accreditati l'erogazione delle prestazioni in tali regimi è subordinata alla sottoscrizione degli accordi contrattuali.

Per la funzione di "Psichiatria", nelle strutture pubbliche, viene indicato soltanto il numero dei posti letto e non il numero delle apicalità in quanto quest'ultime sono da considerarsi all'interno del Dipartimento di Salute Mentale afferente all'area extraospedaliera.

La funzione di "Neuropsichiatria infantile" è da considerarsi afferente all'area territoriale e quindi non viene prevista nelle schede di dotazione ospedaliera delle Aziende Ulss. Potranno essere utilizzati posti letto di Pediatria in caso necessiti svolgere attività di ricovero.

Si ritiene che, anche nel caso in cui non sia espressamente prevista la funzione di Nefrologia e dialisi, l'ospedale garantisca l'attivazione di un numero di posti letti tecnici per dialisi e dialisi urgente adeguato alle esigenze del proprio bacino d'utenza, sia quest'ultimo residenziale che stagionale. Devono essere, inoltre, attivate le misure necessarie al fine di promuovere, in linea a quanto proposto dalle linee guida europee, il ricorso alla dialisi peritoneale domiciliare di circa il 20-25% della popolazione incidente.

Le Unità Operative Complesse di Pneumologia devono assicurare il necessario supporto alle Terapie Intensive in relazione alla gestione dei pazienti con insufficienza respiratoria acuta, anche attraverso la presa in carico dei pazienti che necessitano di:

- Ventilazione Meccanica Non-Invasiva;
- svezzamento dalla Ventilazione meccanica del paziente che abbia richiesto un trattamento invasivo prolungato in Unità di Terapia intensiva (UTI) e presenti un difficile ripristino dell'autonomia respiratoria;
- avvio della Ventilazione Domiciliare e successivo follow-up clinico-funzionale del paziente con Insufficienza Respiratoria Cronica; quest'ultimo aspetto viene attuato in combinazione con le strutture territoriali, coinvolte nei programmi di Assistenza Domiciliare Respiratoria.

Presso l'Azienda Ospedaliera di Padova viene organizzato una unità di degenza da riservare al ricovero di soggetti sottoposti a provvedimenti restrittivi della libertà personale in Veneto per un totale di n.6 posti letto, che sono da intendersi ricompresi nel numero complessivo dei posti letto assegnati con la relativa scheda di dotazione.

La previsione della classificazione dell'Ospedale di Camposampiero quale Centro Traumatologico Ortopedico di riferimento richiede che, tramite il Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza (CREU), vengano definiti protocolli operativi validi per l'intero territorio regionale per la gestione dei relativi pazienti.



Per la rete dell'emergenza territoriale viene riportata, in apposito allegato (allegato C alla deliberazione), per ciascuna Azienda Ulss e per gli erogatori ospedalieri privati accreditati dotati di Pronto Soccorso o PPI la dotazione di mezzi medicalizzati e di ambulanze ALS, elaborata tenendo conto, oltre che della popolazione residente, dei fattori che incidono sul tasso di occupazione dei mezzi:

- le distanze e le caratteristiche della viabilità delle località del territorio;
- la presenza di assi viari ad alta complessità di soccorso (autostrade/superstrade);
- il numero di chiamate per abitante per anno, che risulta molto più alto nei comuni maggiori, a causa della concentrazione delle attività lavorative, scolastiche e sociali;

La dotazione così identificata dovrà essere integrata, sulla base delle indicazioni del Direttore della Centrale Operativa competente per territorio, da una dotazione di ambulanze BLS tale da consentire al sistema di garantire un tempo tra la chiamata soccorso e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso:

- non superiore a 15 minuti nell'80% dei casi;
- non superiore a 20 minuti nel 90% dei casi.

Indipendentemente dall'Azienda di appartenenza, i mezzi di soccorso operano alle esclusive dipendenze della Centrale Operativa SUEM 118 competente per territorio e non possono essere utilizzati per servizi non autorizzati dalla stessa.

Le strutture non confermate dalla presente programmazione vanno dismesse, segnalando la relativa dismissione al Ministero della Salute.