



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 197 LEGISLATURA N. IX

delibera

1345

DE/ME/SAS Oggetto: Riordino delle reti cliniche della Regione Marche
O NC

Prot. Segr.
1504

Lunedì 30 settembre 2013, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- | | |
|----------------------|------------|
| - GIAN MARIO SPACCA | Presidente |
| - SARA GIANNINI | Assessore |
| - PAOLA GIORGI | Assessore |
| - MARCO LUCHETTI | Assessore |
| - MAURA MALASPINA | Assessore |
| - ALMERINO MEZZOLANI | Assessore |
| - LUIGI VIVENTI | Assessore |

Sono assenti:

- | | |
|--------------------|----------------|
| - ANTONIO CANZIAN | Vicepresidente |
| - PIETRO MARCOLINI | Assessore |

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

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

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

Il _____

L'INCARICATO

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

prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Riordino delle reti cliniche della Regione Marche

LA GIUNTA REGIONALE

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

VISTA la proposta del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

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

DELIBERA

1. di riorganizzare l'offerta sanitaria regionale attraverso il riordino delle reti cliniche come da documento allegato A che forma parte integrante della presente deliberazione;
2. di stabilire che tale riorganizzazione verrà conclusa nell'ambito del periodo di vigenza del PSSR 2012-2014;
3. di incaricare il Coordinamento degli Enti del SSR di effettuare, con cadenza annuale, il monitoraggio sullo stato di applicazione della presente deliberazione al fine di proporre le modifiche e/o implementazioni che si rendessero necessarie;
4. di impegnare gli Enti del SSR a dar corso a tale riorganizzazione nell'ambito delle risorse economiche assegnate di cui alle DGR n. 1798/2012 e DGR n. 456/2013, ad invarianza del livello delle risorse all'allegato A di cui al punto 1).

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Mario Spacca)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

In applicazione del DL 6 luglio 2012, n.95, convertito con modifiche nella Legge 7 agosto 2012, n. 135 ed al fine di avviare compiutamente i processi di razionalizzazione previsti dalla DGR 1696/2012 è necessario dare corso alla Riorganizzazione della Rete Ospedaliera della Regione Marche coerentemente con le risorse disponibili, senza applicare la logica dei tagli lineari, ma tenendo in considerazione la funzione strategica che le Strutture di Rete svolgono

Si sottolinea che l'attuazione del presente atto da parte degli Enti del SSR dovrà essere effettuata tenendo conto dell'analisi dei percorsi clinico assistenziali virtuosi già in essere, degli indicatori di efficienza e di appropriatezza, della collocazione geografica all'interno dell'Area Vasta e delle interconnessioni presenti sul territorio regionale, della necessità di potenziare alcune attività attualmente carenti, anche al fine di garantire uno sviluppo equilibrato ed armonico del Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto dei vincoli economici stabiliti dalla Giunta Regionale.

La Giunta Regionale con DGR n. 1214 del 2/09/2013 approvava la richiesta di parere alla competente Commissione Assembleare sullo schema di deliberazione "Reti Cliniche", allegato alla medesima deliberazione in attuazione della DGR 1696/2012.

Il Segretario della Giunta Regionale con nota prot. n. 0576662 del 3/09/2013 richiedeva il parere alla competente Commissione Consiliare sullo schema di deliberazione concernente il "Riordino delle Reti Cliniche" relativo alla DGR 1214/2013

Il Presidente della competente Commissione Assembleare con nota prot. 0007097 del 14/08/2013 richiedeva un incontro in data 3 settembre 2013 con l'Assessore alla Tutela della Salute, il Dirigente del Servizio Sanità, il Presidente del Coordinamento degli Enti del SSR, ed i Componenti della V Commissione Assembleare "... in via preliminare, per esaminare l'atto concernente la Riorganizzazione delle reti cliniche ospedaliere della Regione Marche ed ascoltare alcuni soggetti in merito a tale atto". Nel corso di questo incontro il Presidente della competente Commissione Assembleare ha richiesto al Coordinamento degli Enti del SSR la formulazione il più possibile oggettiva dei "Criteri per l'individuazione delle sedi delle Strutture organizzative (complesse e semplici a valenza di CDR) nell'ambito dell'Area Vasta geograficamente intesa".

Il Coordinamento medesimo in data 09 settembre 2013, facendo seguito all'espressa richiesta, ha proposto alla competente Commissione Assembleare la quale si è riunita in convocazione urgente con nota prot. 0007340 del 05/09/2013, il seguente documento:

"Criteri proposti per l'individuazione delle sedi delle Strutture organizzative (complesse e semplici a valenza di CDR) nell'ambito dell'Area Vasta geograficamente intesa

ANALISI DELL'ESISTENTE

1) Volumi di attività e peso della produzione

a) Case mix, complessità e peso dei casi trattati in regime di ricovero

b) Interventi in regime ambulatoriale eseguiti ai sensi della DGR 1370/2011 e DGR 1515/2011

c) Valorizzazione della produzione

(Fonti: SDO 2011, 2012)

1) Indicatori di efficienza e di appropriatezza

a) Valutazione della produzione rispetto ai volumi minimi

b) Indicatori di appropriatezza (DRG a rischio di inappropriatazza, setting assistenziale, tasso di occupazione, degenza media, degenza per ricovero ecc.)

(Fonti: Agenas 2013; PNE 2011; Bozza decreto Balduzzi; SDO 2011, 2012)

1) Complessità dello stabilimento produttivo e dotazione tecnologica esistente

a) Specialità presenti all'interno della stabilimento

b) Presenza di DEA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

c) Presenza di tecnologie pesanti (PET, RMN, TAC, Angiografo ecc.)

(Fonti: flussi SIS; PNE 2011, Bozza decreto Balduzzi)

1) Presenza di una struttura organizzativa attiva

a) Presenza di una struttura organizzativa comprensiva di posti letto, personale dedicato, strumentazioni ed expertise.

(Fonte: flussi SIS; dotazioni organiche)

NUOVA PROGRAMMAZIONE

1) Disposizioni contenute nel Piano socio sanitario Regionale 2012-2014

a) Piani Attuativi di Area Vasta geograficamente intesa

2) Disposizioni contenute nella DGRM 1696/12

a) riduzione del numero di SC e SS;

b) Legge regionale 13/2003 e s.m.i. e correlate DGRM attuative relativamente a riorganizzazione dei Distretti Sanitari, dei Dipartimenti della Prevenzione, DSM e DDP), costituzione del Presidio Ospedaliero unico di Area Vasta;

c) riorganizzazione della Rete di Emergenza Territoriale, riduzione dei posti letto ospedalieri e trasformazione dei piccoli ospedali in Case della salute (riferimento DGRM....)

3) Organizzazione in rete regionale dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)

a) valutazione della offerta complessiva di tutte le Aziende del SSR;

b) razionalità nella costruzione dei PDTA, in particolare per quanto riguarda la patologia oncologica, la cardiocerebrovascolare e il trauma maggiore;

c) organizzazione della rete dell'emergenza e delle sedi di produzione del Presidio Unico di Area Vasta;

d) collocazione geografica all'interno dell'Area Vasta e interconnessioni;

e) presenza di Centri di riferimento riconosciuti con atti normativi regionali;

f) necessità di potenziamento di alcune attività attualmente carenti;

g) necessità di rispettare i volumi minimi di attività;

h) valutazione dell'impatto riorganizzativo con particolare riferimento alle dinamiche del personale;

i) presenza di professionisti ed équipes già strutturate e ben organizzate

Le proposte saranno oggetto di confronto in ciascuna Area vasta prima della definitiva assunzione dell'atto di riorganizzazione".

La V Commissione Assembleare permanente nella seduta del 17 settembre 2013 esprimeva il parere n 179/13 sullo schema di deliberazione concernente il "Riordino delle Reti Cliniche (Deliberazione della Giunta Regionale del 02/09/2013 n. 1214", trasmesso al Presidente della Giunta Regionale con nota prot. n 0007731 del 19 settembre 2013: "... La V Commissione assembleare permanente nella seduta del 17/09/2013 VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1214 del 2/09/2013 - "Richiesta di parere alla competente Commissione consigliare sullo schema di deliberazione concernente "Riordino delle reti cliniche"

UDITI il relatore di maggioranza Francesco Comi ed il relatore di minoranza Giancarlo D'Anna;

ESAMINATO il suindicato schema di deliberazione; esprime PARERE FAVOREVOLE CONDIZIONATO

all'accoglimento delle seguenti raccomandazioni, al rispetto dei richiamati atti di programmazione, al rispetto dei seguenti criteri.

RACCOMANDAZIONI:

1. Preliminarmente alla adozione dell'atto la giunta dovrebbe confrontarsi con il direttivo anni Marche.
2. L'individuazione della sede, del numero, del tipo di rete clinica da parte degli organi gestionali aziendali va fatta attraverso criteri oggettivi e trasparenti e con il confronto con le parti sociali. A livello di Asur l'individuazione delle sedi, successiva all'approvazione dei criteri, deve avvenire previo concreto confronto nelle conferenze dei sindaci di area vasta.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

3. Le scelte delle sedi devono garantire pari opportunità di accesso ai servizi sanitari per i cittadini di tutte le Marche, nel rispetto della qualità assistenziale, dell'organizzazione a rete dei percorsi diagnostico terapeutici e tenendo in considerazione i flussi di mobilità.
4. La riorganizzazione del sistema attraverso la realizzazione di reti cliniche, pur tenendo debitamente conto della specificità di alcune aziende (INRCA, AOU, AOMN) deve essere funzionale a far funzionare un sistema in rete, come se le quattro aziende si fondessero in una unica struttura regionale che si prenda carico di tutta l'offerta ospedaliera.
5. Gli operatori sanitari ospedalieri vanno coinvolti nel processo organizzativo anche territoriale al fine di ottimizzare i percorsi assistenziali e l'attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi. Occorre soprattutto scongiurare che una gestione indipendente delle attività territoriali ed ospedaliere impedisca il reale funzionamento di qualsivoglia attività di rete.

ATTI DI PROGRAMMAZIONE

La commissione ritiene che le scelte relative al numero, alla sede principale delle singole reti debbano essere ancorate ai seguenti atti di programmazione adottati dall'assemblea legislativa:

- Rispetto delle disposizioni espresse nel PSSR 2012-2014;
- Coerenza con le disposizioni attuative della Legge regionale 13/2003 in particolare quelle riferite alla recente riorganizzazione dei Distretti Sanitari, dei Dipartimenti della Prevenzione, dei Dipartimenti Salute Mentale e dei Dipartimenti delle dipendenze patologiche;
- Rispetto dei Piani Attuativi di Area Vasta geograficamente intesa già determinati dall'ASUR e recepiti con delibera di Giunta in coerenza con le sopravvenute indicazioni;
- Coerenza con gli aggiornamenti recenti alla legge 36 e relativi al sistema dell'emergenza-urgenza;

CRITERI SCIENTIFICI

- Volumi di attività e peso della produzione: Case mix, complessità e peso dei casi trattati in regime di ricovero; Interventi in regime ambulatoriale eseguiti ai sensi della DGR 1370/2011 e DGR 1015/2011; Valorizzazione della produzione. (Fonti: SDO 2011, 2012);
- I volumi di attività vanno valutati in relazione agli esiti. il numero degli interventi è solo uno dei parametri da considerare nelle scelte strategico-politiche e va integrato, per esempio, con i seguenti parametri: 1) mortalità a breve termine; 2) riammissioni in ospedale a breve termine; 3) complicanze a breve termine a seguito di specifici interventi; 4) tempi di attesa. Riteniamo inoltre importante la scelta della metodica statistica per la misurazione degli effetti onde evitare risultati falsati;
- Indicatori di efficienza e di appropriatezza: Valutazione della produzione rispetto ai volumi minimi; Indicatori di appropriatezza (DGR a rischio di inappropriatazza, setting assistenziale, tasso di occupazione, degenza media, degenza per ricovero ecc.). (Fonti : Agenas 2013; PNE 2011; Bozza decreto Balduzzi; SDO 2011, 2012);
- Complessità dello stabilimento produttivo e dotazione tecnologica esistente: Specialità presenti all'interno dello stabilimento; Presenza di MSA, DEA di primo e secondo livello, tecnologie pesanti (PET, RMN, TAC, Angiografo ecc.). (Fonti: flussi SIS; PNE 2011, Bozza decreto Balduzzi);
- Presenza di una struttura organizzativa attiva: presenza di una struttura organizzativa comprensiva di posti letto, personale dedicato, strumentazioni ed expertise. (Fonte: flussi SIS, dotazioni organiche).
- Applicazione degli standard del ministero della salute, ex art.12 comma 1, lett. b), Patto della salute 2012-2012, come recepiti dalla dgr 1696, per l'individuazione del numero delle strutture semplice e complesse nelle singole AV.

CRITERI DI EQUITÀ'

- La collocazione della sede principale di erogazione, all'interno della Regione, sia fatta in modo da garantire una distribuzione equa su tutto il territori. Occorre evitare che ci siano Aree Vaste



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Geograficamente Intese dove insistano più nodi strategici regionali di rete clinica e Aree Vaste Geograficamente Intese nelle quali non venga collocato alcun nodo strategico regionale di rete;

- La collocazione della sede principale di erogazione, all'interno di un Presidio Unico di Area Vasta, sia fatta in modo da garantire una distribuzione equa su tutta l'area vasta. Occorre evitare che vi siano singoli stabilimenti produttivi nei Presidi Unici di AV (gli ex ospedali di rete) dove insistano più nodi strategici di rete clinica e stabilimenti produttivi nei quali non venga collocato alcun nodo strategico di rete;
- le scelte riorganizzative devono considerare adeguatamente le necessità oggettive del personale avendo particolare attenzione che le strutture, che a seguito delle nuove reti cliniche si troveranno a fronteggiare maggiori flussi di prestazioni, siano adeguatamente potenziate in termini di risorse umane e strumentali.

CRITERI PER LA RIORGANIZZAZIONE DEI PUNTI NASCITA:

- la scelta di riorganizzazione deve ancorarsi solo ed esclusivamente a comprovate, puntuali, inderogabili, fonti normative nazionali e agli accordi nella conferenza stato regioni, non a valutazioni di opportunità.
- fonte di riferimento per orientare le scelte in materia deve essere certamente l' Accordo Stato regioni del 16 dicembre 2010 ("Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio ha dettato le regole per l'organizzazione dei punti nascita e per la riduzione del taglio cesareo").
- Tale accordo introduce i principi di gradualità, sicurezza, numero annuale dei parti, per orientare le scelte di riduzione dei punti nascita.
- Tali principi sono definiti alle pagine 3 e 9 dell'accordo quando si scrive: "si raccomanda di adottare stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale fissando il numero di almeno 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita"; "i punti nascita con un numero di parti inferiori a 500, privi di una copertura di guardia medico-ostetrica, anestesiologicala e medico-pediatrica attiva h 24" andavano chiusi entro il 2011.
- Tali principi sono già stati recepiti dalla giunta con la chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti;
- Tutto ciò premesso riteniamo occorra:
 - dare applicazione alle prescrizioni contenute nell'accordo Stato Regioni 16/12/10 in modo graduale, nei tempi necessari, in concertazione con il direttivo ANCI;
 - che tale gradualità sia legata al numero dei parti nei singoli stabilimenti ospedalieri (dal più basso al più alto) e della presenza almeno della guardia medica-ostetrica, della guardia medica-pediatrica e anestesiologicala H24.

CRITERI SPECIFICI E PUNTUALIZZAZIONI SULLE SINGOLE RETI CLINICHE:

- Rete clinica delle cure Palliative: occorre inserire e dedicare attenzione ad una rete che una dedicata legge regionale classifica come strategica.
- Rete clinica della patologia psichiatrica: serve un reale collegamento Ospedale-territorio per tutta la rete regionale.
- Rete clinica di Chirurgia Vascolare. Essa va associata alla Radiologia Interventistica, H.24, e dotata di posti letto dedicati, sedute operatorie costanti, e budget e gestione autonome.
- Rete clinica Cardiologica: La prospettiva di 1 U.O.C e 3 strutture semplici/funzioni per la "Aritmologia/Elettrofisiologia" è eccessiva per la popolazione della regione Marche; è sufficiente l'unico centro a localizzazione Torrette. Un numero elevato di centri favorirebbe l'inappropriatezza clinica e l'aumento dei costi di gestione. Inoltre preoccupa la smobilitazione delle Unità Coronariche dalla fascia costiera potrebbe creare problemi soprattutto nel periodo estivo quando il carico lavorativo si raddoppia per il flusso turistico.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Inoltre riteniamo che:

- Nelle aree vaste nelle quali esiste una mobilità passiva rilevante occorra potenziare tutte quelle attività funzionali al potenziamento del servizio locale laddove sia stato preliminarmente valutato che il costo di tale potenziamento sia inferiore al costo della mobilità passiva.
- Nelle aree vaste con maggiore complessità territoriale occorre valutare l'inserimento di una figura specifica a valenza dipartimentale per garantire meglio la continuità dell'assistenza territoriale in area vasta."

Il Coordinamento degli Enti del SSR riunitosi in data 20 settembre 2013, visto il parere n. 179/13 della V Commissione Assembleare permanente, ha verbalizzato le seguenti precisazione:

"... a) si condivide quanto espresso nei paragrafi "Raccomandazioni" e "Atti di programmazione";

b) al paragrafo "Criteri scientifici" al 6° capoverso la frase "Patto per la Salute 2010/2012, come recepiti dalla DGR 1696/2012" va letta come: "Patto per la Salute 2010/2012 come recepiti dalla DGR 551 del 17.04.2013". Inoltre per quanto attiene i tempi di attesa il Coordinamento ritiene che tale parametro non risulta particolarmente rilevante nella individuazione delle reti cliniche;

c) si condivide quanto espresso nel paragrafo relativo ai "Criteri di equità" precisando che le scelte riorganizzative sono subordinate al rispetto dei parametri già espressi nell'atto deliberativo ed alla compatibilità economica;

d) al paragrafo "Criteri per la riorganizzazione dei punti nascita" si condividono tutte le osservazioni; la gradualità dovrà essere oggetto di specifica concertazione, in particolare per i punti nascita la cui attività risulta ai limiti dei parametri dettati dall'Accordo Stato-Regioni. Considerata inoltre la particolare sensibilità sociale per l'argomento, le scelte verranno effettuate tenendo conto dei risultati delle azioni necessarie a garantire la continuità dei servizi da avviare immediatamente.

e) al paragrafo "Criteri specifici e puntualizzazioni sulle singole reti cliniche" il Coordinamento ritiene di accogliere quanto previsto al punto relativo alla rete clinica delle cure palliative, che sarà riorganizzata nel rispetto dell'Accordo Stato-Regioni che ne detta i requisiti strutturali ed organizzativi e in coerenza con il Coordinamento Regionale della Rete delle cure palliative, precisando che la Rete Terapia del dolore presente nella proposta già definisce la strutturazione ospedaliera di tale Rete. Relativamente alla rete clinica della Chirurgia vascolare ed alla rete clinica Cardiologica il Coordinamento ribadisce la correttezza tecnica della proposta deliberativa oggetto del parere. Da ultimo si ritiene di accogliere il suggerimento dell'ultimo capoverso, circa l'inserimento di una figura specifica per garantire meglio la continuità dell'assistenza territoriale in area vasta, precisando che la tipologia del relativo incarico sarà definita in Area Vasta, senza alcun vincolo che la stessa sia a valenza dipartimentale."

In data 26 settembre 2013 l'Assessore Tutela della Salute, il Servizio Sanità, il Coordinamento degli Enti del SSR e l'Associazione Nazionale Comuni Italiani delle Marche (ANCI) si sono incontrati, giusta convocazione prot. n. 0626912/23/09/2013, discutendo il "Parere 179/13 - Reti Cliniche -" ed il contenuto del verbale del Coordinamento degli Enti del SSR del 20 settembre 2013. I documenti in esame sono stati discussi e sottoposti a confronto.

Preso atto del parere della competente Commissione Assembleare n. 179/13, del confronto con l'ANCI del 26/09/2013 e considerato il verbale del Coordinamento degli Enti del SSR del 20 settembre 2013 che, controfirmato dai componenti, è stato assunto dal segretario del Coordinamento medesimo, si ritiene di dar corso alla riorganizzazione delle Reti Cliniche della Regione Marche, ad invarianza del livello delle risorse, di cui all'allegato A.

Si conferma, inoltre, la sottostante tabella in cui il Coordinamento degli Enti ha definito i riferimenti della metodologia applicata (patologie e procedure per le quali c'è evidenza di un rapporto diretto tra volumi minimi di



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

attività ed esiti) nella redazione del documento delle "Reti Cliniche", controfirmata dai componenti, che è stata assunta dal segretario del Coordinamento medesimo.

Procedura / Patologia	Positive volume-outcome relationships	Volume minimo/anno	Volume minimo/operatore/anno	Analisi dell'associazione tra volume di attività ed esito delle cure nelle strutture ospedaliere italiane per volume di attività. PNE 2011	Bibliografia
Chirurgia Vascolare					
Patologia aneurismatica addominale	X				Birkmeyer et al. Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. New England Journal of Medicine in 2002; 346:1128.
	X	≥ 50	≥ 8		Birkmeyer et al. Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States N Engl J Med 2003; 349:2117-2127
	X		Cut off per alti volumi/operatore/anno per mortalità ospedaliera e a 30 giorni: range: 4-50 media: 15 mediana: 10*		AGENAS 2013
		≥ 30			AGENAS 2005
	X	Cut off alti volumi x mortalità ospedaliera o a 30 g rage: 9-100 **media: 30 mediana: 32		la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento per aneurisma addominale non rotto diminuisce decisamente fino a 60 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi oltre i 180-200 interventi / anno	AGENAS 2013
	X	>50			LEAPFROG FACT SHEET REV 9.4.08
	X				Landon BE et al. Volume-outcome relationships and abdominal aortic aneurysm repair. doi: 0.1161/CIRCULATIONAHA.110.949172. Epub 2010 Sep 13.
Endoarterioectomia carotidea	X	≥ 100	≥ 5		AGENAS 2005 (Gandjour 2003)
	X		≥ 18		Birkmeyer et al. Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States N Engl J Med 2003; 349-2117-2127
	X	Cut off alti volumi x mortalità ospedaliera o a 30 g: range: 10-164**	non dimostrata associazione	la proporzione di riammissioni dopo l'intervento diminuisce	AGENAS 2013

161

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

		media: 66 mediana: 50 Cut off alti volumi x ictus: range: 10-164*** media: 66 mediana: 50		decisamente fino a circa 75-100 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività	
Patologia steno ostruttiva inferiori: rivascolarizzazione	X				Moxey PW et al : Volume-outcome relationships in lower extremity arterial bypass surgery. AnnSurg. 2012 Dec;256(6):1102-7. doi: 10.1097/SLA.0b013e31825f01d1
	X	Cut off alti volumi x mortalità ospedaliera o a 30 g: range: 20-40* media: 30.8 mediana: 32.5 Cut off alti volumi x amputazione: range: 20-40* media: 30.8 mediana: 32.5	Cut off per alti volumi/operatore/anno per mortalità ospedaliera e a 30 giorni e per amputazione: 40	La rarità dell'esito misurabile attraverso i sistemi informativi correnti non permettono una analisi empirica dell'associazione tra volume ed esito	AGENAS 2013
BY-pass Aorto Femorale		La revisione sistematica della letteratura evidenzia che sia i risultati degli studi che quelli delle metanalisi non permettono di giungere a conclusioni certe sull'associazione tra volumi ed esiti			AGENAS 2013
Cardiochirurgia/ Cardiologia					
Cardiochirurgia pediatrica	X	>300			Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access Effective Health Care DECEMBER 1996 VOLUME 2 NUMBER 8
	X	Cut off alti volumi x mortalità ospedaliera o a 30 g: range: 100-400	Prove insufficienti per associazione con operatore	La difficoltà nella identificazione dei casi attraverso i sistemi informativi correnti e le relativamente basse numerosità non permettono una analisi empirica della distribuzione del numero di strutture per volume di attività e dell'associazione tra volume ed esito	AGENAS 2013
By-pass aorto coronarico	X	≥ 450			LEAPFROG FACT SHEET REV 9.4.08
	X	>450			LEAPFROG FACT SHEET REV 21.3.11
	X	≥150			<u>Bozza di decreto Salute-Economia sugli standard qualitativi, strutturali e tecnologici per l'assistenza ospedaliera</u>
	X	≥100			Birkmeyer et al. Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States N Engl J Med 2003; 349:2117-2127
	X	Cut off alti volumi x mortalità ospedaliera o a 30 g:	Cut off per alti volumi/operatore/anno per	la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento risulta elevata e	AGENAS 2013

Handwritten marks: a large 'Y' and some scribbles on the right margin.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

		range: 100-700 media: 274 mediana: 200	mortalità ospedaliera e a 30 giorni: range: 116-259 mediana: 150	non significativamente eterogenea tra le strutture con volumi inferiori a circa 100 interventi/anno, e si riduce decisamente 38 all'aumentare dei volumi di attività, mantenendo la tendenza alla riduzione anche oltre i 250 interventi/anno	
Sostituzione valvola mitralica	X				Birkmeyer et al. Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. <i>New England Journal of Medicine</i> in 2002; 346:1128.
Sostituzione valvola aortica	X				Birkmeyer et al. Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. <i>New England Journal of Medicine</i> in 2002; 346:1128.
	X	≥ 120			LEAPFROG FACT SHEET REV 9.4.08
	X		≥ 22		Birkmeyer et al. Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States <i>N Engl J Med</i> 2003; 349:2117-2127
	X	≥ 120			LEAPFROG FACT SHEET REV 21.3.11
Angioplastica coronarica	X	≥ 250			Bozza di decreto Salute-Economia sugli standard qualitativi, strutturali e tecnologici per l'assistenza ospedaliera
	X	200 – 400			AGENAS 2005
	X	≥ 400	≥ 75		Cabina Regia SSR 2008
	X	≥ 400			LEAPFROG FACT SHEET REV 21.3.11
	X	Mortalità ospedaliera o a 30 g: range: 37 - 600 media: 289 mediana: 205,5	Cut off per alti volumi/operatore/anno per mortalità ospedaliera e a 30 giorni: range: 51-209 media: 73 Mediana: 55	PTCA: si osserva una associazione tra volume di attività e mortalità a 30 gg (Fig. 4.3). In particolare, la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 50 Interventi / anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi (sia per PTCA entro che oltre 48 h sia per PTCA in pat diversa da IMA).	AGENAS 2013
IMA	X	≥ 100			Bozza di decreto Salute-Economia sugli standard qualitativi, strutturali e tecnologici per l'assistenza ospedaliera
	X	Mortalità ospedaliera o a 30 g: 238		la mortalità a 30 giorni dopo il ricovero diminuisce decisa-	AGENAS 2013

JK

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

				mente fino a circa 100-150 casi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi	
Cateterismo cardiaco		La revisione sistematica della letteratura evidenzia che sia i risultati degli studi che quelli delle metanalisi non permettono di giungere a conclusioni certe sull'associazione tra volumi ed esiti			AGENAS 2013
Neurologia/Neurochirurgia					
Stroke Unit 2° livello	X	≥ 500 Ictus			Bozza di decreto Salute-Economia sugli standard qualitativi, strutturali e tecnologici per l'assistenza ospedaliera
Aneurisma cerebrale	X				S. Claiborne Johnston: Effect of Endovascular Services and Hospital Volume on Cerebral Aneurysm Treatment Outcomes <i>Stroke</i> . 2000;31:111-117
Emorragia Subaracnoidea	X	Mortalità ospedaliera o a 30 g: range 15-49 media 31.6 mediana 30		La rarità dell'esito misurabile attraverso i sistemi informativi correnti non permettono una analisi empirica dell'associazione tra volume ed esito	AGENAS 2013
Chirurgia Oncologica					
Rete di Chirurgia Oncologica	X				PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE Modello di Certificazione per la Chirurgia Oncologica in Alto Adige Seduta Nr. 131 28/01/2013
Chirurgia Ca del Colon	X	Cut off alto volume x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 62-668* media 196 mediana 117 Cut off alto volume x sopravvivenza overall e a 2/5 anni: range 86-138** media 110,6 mediana 110	Cut off alto volume operatore/anno x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 11-48* media 32.6 mediana 34.5 Cut off alto volume operatore/anno x sopravvivenza overall e a 2/5 anni: range 3-41 media 22	mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 50-70 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività	AGENAS 2013
Chirurgia Ca del colon-retto	X	≥ 30			Rogers SO et al. Relation of surgeon and hospital volume to process and outcomes of colorectal cancer surgery. <i>Ann Surg</i> 2006; 244: 1003-1011. Fong Y, Gonen M, Rubin D et al. Long-term survival is superior after resection for cancer in high-volume centers. <i>Ann Surg</i> 2005; 242: 540-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

					543	
	X	Cut off alto volume x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 41-110** media 65 mediana 54.5 Cut off alto volume x sopravvivenza overall e a 2/5 anni: range 16-220*** media 67 mediana 25			La numerosità dei casi osservati e la rarità dell'esito misurabile attraverso i sistemi informativi correnti non permettono una analisi empirica dell'associazione tra volume ed esito	AGENAS 2013
Chirurgia Ca del retto		La revisione sistematica della letteratura evidenzia che sia gli studi che le metanalisi non dimostrano la presenza di un'associazione			AGENAS 2013	
Chirurgia Ca del Pancreas	X	≥ 13	≥ 5		Birkmeyer et al. Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States N Engl J Med 2003; 349:2117-2127	
	X	≥ 11			LEAPFROG FACT SHEET REV 9.4.08	
	X				Finks et al Trends in Hospital Volume and Operative Mortality for High-Risk Surgery N Engl J Med 2011; 364:2128-2137	
	X	Cut off alto volume x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 3-89*** media 19.4 mediana 12 Cut off alto volume x sopravvivenza overall e a 2/5 anni: range 8-10	Prove insufficienti		la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 20-30 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi	AGENAS 2013
Chirurgia Ca fegato	X	≥ 20			Hollenbeck BK et al. Volume-based referral for cancer surgery: Informing the debate. J Clin Oncol 2007; 25:91-96 Elixhauser A, Steiner C, Fraser I. Volume thresholds and hospital characteristics in the united States. Health Aff 2003; 22:167-77 Fong Y, Gonen M, Rubin D et al. Long-term survival is superior after resection for cancer in high-volume centers. Ann Surg 2005; 242: 540-543	
	X				Yasunaga et al. Relationship between hospital volume and operative mortality for liver resec-	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

					tion: Data from the Japanese Diagnosis Procedure Combination database. <i>Hepatology Research</i> 2012 42 :11, 1073-1080
	X	Cut off alto volume x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 11-232* media 68 mediana 26 Cut off alto volume x complicanze postoperatorie: 61		La numerosità dei casi osservati e la rarità dell'esito misurabile attraverso i sistemi informativi correnti non permettono una analisi empirica dell'associazione tra volume ed esito	AGENAS 2013
Chirurgia Ca vic biliari	X				Hollenbeck BK et al. Volume-based referral for cancer surgery: Informing the debate. <i>J Clin Oncol</i> 2007; 25:91-96 Elixhauser A, Steiner C, Fraser I. Volume thresholds and hospital characteristics in the united States. <i>Health Aff</i> 2003; 22:167-77 Fong Y, Gonen M, Rubin D et al. Long-term survival is superior after resection for cancer in high-volume centers. <i>Ann Surg</i> 2005; 242: 540-543
Chirurgia Ca esofago		≥ 13			LEAPFROG FACT SHEET REV 9.4.08
	X				Finks et al Trends in Hospital Volume and Operative Mortality for High-Risk Surgery <i>N Engl J Med</i> 2011; 364:2128-2137
	X	≥ 15			Hollenbeck BK et al. Volume-based referral for cancer surgery: Informing the debate. <i>J Clin Oncol</i> 2007; 25:91-96 Elixhauser A., Steiner C., Fraser I.: Volume thresholds and hospital characteristics in the united States. <i>Health Aff</i> 2003; 22:167-77 Fong Y, Gonen M, Rubin D et al. Long-term survival is superior after resection for cancer in high-volume centers. <i>Ann Surg</i> 2005; 242: 540-543
	X		≥ 7		Birkmeyer et al. Surgeon Volume and Opera-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

					tive Mortality in the United States N Engl J Med 2003; 349:2117-2127
	X	≥ 7			AGENAS 2005
	X	Cut off alto volume x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 7-86 media 26,8 mediana 20 Cut off alto volume x sopravvivenza overall e a 2/5 anni: range:10-60 media: 28,3 mediana: 20	Cut off alto volume operatore/anno x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 4-50 media 15 mediana 10 Cut off alto volume operatore/anno x sopravvivenza overall e a 2/5 anni: range: 7-12	La numerosità dei casi osservati e la rarità dell'esito misurabile attraverso i sistemi informativi correnti non permettono una analisi empirica dell'associazione tra volume ed esito	AGENAS 2013
Chirurgia Ca stomaco	X	≥ 25	≥ 8		Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access Effective Health Care DECEMBER 1996 VOLUME 2 NUMBER 8
	X	Cut off alto volume x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 6-12* media 10 mediana 11 Cut off alto volume x sopravvivenza: 11	Cut off alto volume operatore/anno x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 11-15 media 13 mediana 13	la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 20-30 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività	AGENAS 2013
Chirurgia Ca tiroide	X	≥ 70			Hollenbeck BK et al. Volume-based referral for cancer surgery: Informing the debate. J Clin Oncol 2007; 25:91-96 Elixhauser A. Steiner C. Fraser I. Volume thresholds and hospital characteristics in the united States. Health Aff 2003; 22:167-77
Chirurgia Ca mammella	X	≥ 100 interventi			Bozza di decreto Salute-Economia sugli standard qualitativi, strutturali e tecnologici per l'assistenza ospedaliera
	X	≥ 150 nuovi casi			Hollenbeck BK et al. Volume-based referral for cancer surgery: Informing the debate. J Clin Oncol 2007; 25:91-96 Elixhauser A. Steiner C. Fraser I. Volume thresholds and hospital characteristics in the united States. Health Aff 2003; 22:167-77 Fong Y, Goncn M, Rubin D et al. Long-term survival is superior after



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

					resection for cancer in high-volume centers. <i>Ann Surg</i> 2005; 242: 540-543
	X	≥ 30 nuovi casi			Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access <i>Effective Health Care</i> DECEMBER 1996 VOLUME 2 NUMBER 8
	X				G.A. Gooiker et al A systematic review and meta-analysis of the volume outcome relationship in the surgical treatment of breast cancer. Are breast cancer patients better off with a high volume provider? <i>European Journal of Surgical Oncology</i> 10.1016/j.ejso.2010.06.024
	X	Cut off alto volume x mortalità ospedaliera o a 30 g: range: 40-195 media: 90 Cut off alto volume x sopravvivenza a 5 anni: range: 26-150 media: 81.7 mediana: 75.5	Cut off alto volume operatore/anno x mortalità ospedaliera o a 30 g: range: 10-100 media: 49.4 mediana: 50	La rarità dell'esito a breve termine misurabile attraverso i sistemi informativi correnti non permette una analisi empirica dell'associazione tra volume ed esito	AGENAS 2013
Chirurgia Ca capo e collo	X	≥ 75 nuovi casi			Hollenbeck BK et al. Volume-based referral for cancer surgery: Informing the debate. <i>J Clin Oncol</i> 2007; 25:91-96. Elixhauser A, Steiner C, Fraser I. Volume thresholds and hospital characteristics in the united States. <i>Health Aff</i> 2003; 22:167-77. Fong Y, Goncn M, Rubin D et al. Long-term survival is superior after resection for cancer in high-volume centers. <i>Ann Surg</i> 2005; 242: 540-543.
	X				Arun Sharma, Stephen M. Schwartz, Eduardo Méndez. Hospital volume is associated with survival but not multimodality therapy in Medicare patients with advanced head and neck cancer.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

					2013
Chirurgia Ca polmone	X	> 66			Bach et al. The Influence of Hospital Volume on Survival after Resection for Lung Cancer N Engl J Med 2001; 345:181-188
	X	≥ 36	≥ 7		Birkmeyer et al. Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States N Engl J Med 2003; 349:2117-2127
	X				Kozower et al Lung Cancer Resection Volume: Is Procedure Volume Really an Indicator of Quality?. Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery (2012) 24:2, 93-98
	X				Finks et al Trends in Hospital Volume and Operative Mortality for High-Risk Surgery N Engl J Med 2011; 364:2128-2137
	X	Cut off alto volume x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 7- 66 media 28 mediana 35 Cut off alto volume x complicanze: 66	Prove insufficienti	la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 50-70 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi	AGENAS 2013
Chirurgia Ca prostata	X	Basso volume < 50			AGENAS 2005
	X				Bach P.B., et al. Variations in Morbidity after Radical Prostatectomy N Engl J Med 2002; 346:1138-1144
	X	Cut off alto volume x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 54-501 media 145 mediana 108 Cut off alto volume per complicanze urinarie: range 7 -140 media 106 mediana 120	La revisione sistematica della letteratura evidenzia che sia gli studi che le metanalisi non dimostrano la presenza di un'associazione	la proporzione di riammissioni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 25-50 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività	AGENAS 2013
Chirurgia Ca rene	X			Sun et al: Hospital Volume is a Determinant of Postoperative Complications, Blood Transfusion and Length of Stay After Radical or Partial Nephrectomy. The Journal of Urology (2011)	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	X	Cut off alto volume x mortalità ospedaliera o a 30 g: range: 31-33 media: 32 mediana: 32 Cut off alto volume x Ri-ospedalizzazione a 30 giorni: 30		La rarità dell'esito a breve termine misurabile attraverso i sistemi informativi correnti non permettono una analisi empirica dell'associazione tra volume ed esito	AGENAS 2013
Chirurgia Ca vescica		≥ 10	≥ 3,5		Birkmeyer et al. Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States N Engl J Med 2003; 349:2117-2127
	X				Morgan et al. Volume Outcomes of Cystectomy—Is it the Surgeon or the Setting? The Journal of Urology 2012;188:6, 2139-2144
	X				Finks et al Trends in Hospital Volume and Operative Mortality for High-Risk Surgery N Engl J Med 2011; 364:2128-2137
	X	Cut off alto volume x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 4-34 media 13.3 mediana 11 Cut off alto volume x ri-ospedalizzazione: 12	Cut off alto volume operatore/anno x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 4-9 media 6.5	la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 20-30 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività	AGENAS 2013
Chirurgia Ca apparato genitale femminile	X	≥ 30			Hollenbeck BK et al. Volume-based referral for cancer surgery: Informing the debate. J Clin Oncol 2007; 25:91-96 Elixhauser A. Steiner C. Fraser I. Volume thresholds and hospital characteristics in the united States. Health Aff 2003; 22:167-77
Chirurgia Ca del testicolo	La revisione sistematica della letteratura evidenzia che sia i risultati degli studi che quelli delle metanalisi non permettono di giungere a conclusioni certe sull'associazione tra volumi ed esiti				AGENAS 2013
Colecistectomia	X	≥ 168			NHS Trust
Colecistectomia laparoscopica	X	≥ 100			<u>Bozza di decreto Salute-Economia sugli standard qualitativi, strutturali e tecnologici per l'assistenza ospedaliera</u>
	X	Cut off alti volumi x mortalità ospedaliera o a 30 g: 31		la proporzione di complicanze a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce progressivamente per volumi di attività fino a circa 300 interventi/anno, per	AGENAS 2013



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

				poi aumentare al crescere del volume di attività	
Appendicectomia				La revisione sistematica della letteratura evidenzia che sia i risultati degli studi che quelli delle metanalisi non permettono di giungere a conclusioni certe sull'associazione tra volumi ed esiti	AGENAS 2013
Colectomia				La revisione sistematica della letteratura evidenzia che sia i risultati degli studi che quelli delle metanalisi non permettono di giungere a conclusioni certe sull'associazione tra volumi ed esiti	AGENAS 2013
Isterectomia	X				Rogo-Gupta LJ, Lewin SN, Kim JH, et al. The effect of surgical volume on outcomes and resource use for vaginal hysterectomy. <i>Obstet Gynecol.</i> 2010;116(6):1341-1347
				La revisione sistematica della letteratura evidenzia che sia i risultati degli studi che quelli delle metanalisi non permettono di giungere a conclusioni certe sull'associazione tra volumi ed esiti	AGENAS 2013
Ernia Inguinale				La revisione sistematica della letteratura evidenzia che sia i risultati degli studi che quelli delle metanalisi non permettono di giungere a conclusioni certe sull'associazione tra volumi ed esiti	AGENAS 2013
Artroplastica di ginocchio	X	≥100			AGENAS 2005
	X				R.J. Critchley, P.N. Baker, D.J. Deehan. (2012) Does surgical volume affect outcome after primary and revision knee arthroplasty? A systematic review of the literature. <i>The Knee</i> 19:5, 513-518
	X	Cut off alti volumi x mortalità ospedaliera o a 30 g range: 81-500 media: 172.2 mediana: 120 Cut off alti volume x complicanze: range: 23-300 media: 116.6 mediana: 98	Prove insufficienti	la proporzione di reinterventi diminuisce decisamente fino a 100 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi	AGENAS 2013
Artroplastica di anca	X				Katz JN, Association between hospital and surgeon procedure volume and outcomes of total hip replacement in the United States medicare population. <i>J Bone Joint Surg Am.</i> 2001 Nov;83-A(11):1622-9.
	X				Judge A, Chard J, Lcarmouth I, Dieppe P. The effect of surgical volume and training cancers status on outcomes following total joint replacement: analysis of the hospital episode statistics for England. <i>J Public Health</i> 2006; 28: 116-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

					124.
	La revisione sistematica della letteratura evidenzia che sia gli studi che le metanalisi non dimostrano la presenza di un'associazione con i volumi della struttura mentre nella maggior parte degli studi è presente una associazione fra volume ed operatore per mortalità ospedaliera e a 30 giorni: cut off per alti/volume/operatore/anno = 10				AGENAS 2013
Artroplastica di spalla	X	≥10	≥5		Nitin et al. THE RELATIONSHIP BETWEEN SURGEON AND HOSPITAL VOLUME AND OUTCOMES FOR SHOULDER ARTHROPLASTY VJ Bone Joint Surg Am. 2004;86:496-505.
	X				Navarro et al. The Effect of Surgeon and Hospital Volume on Shoulder Arthroplasty Perioperative Quality Metrics ASES 2013 Open Meeting
Frattura di Femore	X	Cut off alti volumi x mortalità ospedaliera o a 30 g: range: 16-73* media: 44.5		la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 50 - 100 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi	AGENAS 2013
Chirurgia Bariatrica	X	≥ 125	>50		LEAPFROG FACT SHEET REV 9.4.08
	X	≥ 125			LEAPFROG FACT SHEET REV 21.3.11
Chirurgia intestinale non neoplastica	X	≥40	≥ 9		Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access Effective Health Care DECEMBER 1996 VOLUME 2 NUMBER 8
Parti alto rischio Peso atteso <1500g EG < 32 w Anomalie congenite maggiori	X	TIN con > 50 casi di VLBWi			LEAPFROG FACT SHEET REV 21.3.11
	X	TIN con >500 giorni ventilazione			Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access Effective Health Care DECEMBER 1996 VOLUME 2 NUMBER 8
TIN	X				AGENAS 2013
AIDS	X	Cut off alti volumi x mortalità ospedaliera o a 30 g: range 30-1000 media 387.6 mediana 270	Cut off alti volumi x mortalità ospedaliera o a 30 giorni: range 5-49 media 20 mediana 6 Cut off alti volumi x uso farmaci antiretrovirali: range 15-300 media 121.6 mediana 50		AGENAS 2013



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Si propone pertanto alla Giunta l'adozione della presente deliberazione.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Pierluigi Gigliucci)

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

Il Dirigente Servizio Sanità

(Pierluigi Gigliucci)

La presente deliberazione si compone di n. **28** pagine, di cui n. **8** di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elsa MORONI)

1



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato A

Reti cliniche

Premessa

Questo documento rappresenta il modello concordato dalle Direzioni delle Aziende del SSR attraverso il Coordinamento degli Enti del SSR per dar corso alla riorganizzazione, in coerenza con quanto previsto dalla DGR 735/2013 che ha ridotto la frammentazione ospedaliera e riconvertito le strutture ospedaliere e con la DGR 920/2013 che ha riorganizzato il sistema dell'emergenza-urgenza, delle reti cliniche della Regione Marche.

In particolare, si è introdotto il sistema delle reti cliniche come strumento di razionalizzazione e qualificazione dell'offerta come peraltro previsto nel PSSR 2012-2014.

Per la progettazione delle reti cliniche, si è reso necessario prima individuare alcuni criteri base:

- definizione dei criteri di individuazione dei punti di erogazione delle attività facenti parte di una specifica rete;
- definizione di un sistema di regole che consenta un funzionamento coordinato della rete.

Il principio fondamentale alla base di molte reti è che "non tutti possono fare tutto". In questo documento vi sono i criteri di carattere tecnico utilizzati per la costruzione e gestione delle reti cliniche, poiché di ogni rete vanno identificate le linee di attività/produzione più significative in modo da distribuirle nel modo più logico tra i vari punti della rete. Per molte prestazioni esistono volumi minimi di attività indispensabili per garantire efficienza e qualità clinica. Nella predisposizione del documento si è tenuto conto anche della possibilità di realizzare équipes integrate intra-area vasta, inter-area vasta ed inter-aziendale, non limitando le singole professionalità ma trasferendo e concentrando in opportune sedi le attività e le competenze. Da ultimo si ricorda che nella distribuzione delle attività si è tenuto dell'integrazione tra le reti e, in particolare, con quella della urgenza/emergenza.

Relativamente al Privato accreditato la rimodulazione sarà demandata ad apposito atto, da definirsi entro il 31/12/2013.

L'organizzazione in reti cliniche rappresenta un'innovazione organizzativa che mira a consolidare e migliorare la sicurezza e qualità delle cure, l'equità dell'accesso alle cure e la sostenibilità economica delle scelte: appropriatezza, etica nell'uso delle risorse,

Il requisito di sicurezza e qualità delle cure è condizionato da tre aspetti:

- il personale, la cui competenza professionale è legata, oltre che dalla formazione, anche dalla casistica trattata;
- le tecnologie in particolare alcune tecnologie pesanti non possono essere distribuite su ogni strutture ospedaliere, ma centralizzate per esigenze di efficienza ed economicità;
- l'organizzazione che deve permettere la valutazione multidisciplinare delle patologie.

L'equità dell'accesso alle cure deve tener conto di:

- punti di erogazione sulla base del bacino di utenza e delle caratteristiche oro-geografiche;
- distribuzione delle specialità in base ai dati epidemiologici di salute della popolazione;
- organizzazione della rete dell'emergenza.

Sostenibilità economica delle scelte, appropriatezza ed etica nell'uso delle risorse deve essere perseguita attraverso la realizzazione di reti clinico-assistenziali che effettivamente servono ai cittadini evitando di creare servizi o punti della rete che sono diseconomici per numeri trattati e pericolosi per mancata expertise dei professionisti ed utilizzare strumenti di comprovata evidenza scientifica

Alla base della organizzazione in rete c'è non solo l'individuazione ma anche la tutela delle realtà d'eccellenza. In un'ottica di sistema e non solo regionale, ogni sforzo deve essere fatto dal SSR affinché que-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ste realtà, che rappresentano un vero e proprio patrimonio di competenze e professionalità, non vengano disperse, fornendo loro tutti i mezzi di sussistenza e crescita necessari.

Inoltre nella realizzazione delle reti va salvaguardato il ruolo delle diverse Aziende del SSR e le varie sperimentazioni gestionali di modelli innovativi.

Metodologia

Allo scopo di riorientare l'organizzazione sanitaria attraverso l'implementazione delle reti cliniche sul territorio regionale sono stati presi in considerazione le principali esperienze e competenze di operatori di settore come AGENAS e ci si è riferiti alle più recenti e solide pubblicazioni scientifiche che hanno messo in correlazione le attività clinico-assistenziali con l'assetto organizzativo inteso sia in senso gestionale che di professionalità. L'AGENAS ha recentemente avviato un osservatorio delle reti con tre gruppi di lavoro che si occupano delle seguenti attività:

1. descrizione della rete ospedaliera esistente, e cambiamenti a seguito delle varie riforme che si sono susseguite. Individuazione di nuovi indicatori più adeguati a descrivere i nuovi modelli organizzativi. Una nuova classificazione degli ospedali. Copertura a rete a partire dal bacino di utenza;
2. analisi di alcune esperienze innovative quali la riconversione di piccoli ospedali, la costituzione di reti cliniche secondo modello *hub & spoke*, la costituzione di una rete integrata ospedale-territorio, la riorganizzazione delle aree di degenza secondo il modello per intensità di cura;
3. indagine sulle strategie di progettazione delle reti ospedaliere e ospedale e territorio secondo la metodologia *case study*.

Da tale osservatorio sono state attinte le prime indicazioni già consolidate. Inoltre si è preso spunto dal "regolamento ospedaliero", documento ancora in attesa di essere varato dalla Conferenza delle Regioni, che ha definito le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei sia in termini di adeguatezza delle strutture sia in termini di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti serviti ed al livello di complessità della struttura. Nello stesso Regolamento sono stati indicati gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina a partire dagli standard definiti nella Legge 135/2012 relativamente ai posti letto (3,7/1000 ab) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 ab), considerando un indice di occupazione del posto letto attestato su valori del 90%, con una durata media della degenza, per i ricoveri ordinari, mediamente inferiore a 7 giorni.

Inoltre tale documento indirizza la riorganizzazione della rete ospedaliera tenendo conto dei volumi di attività e delle associazioni tra questi ed i migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti). A tal fine invita alla centralizzazione di alcuni trattamenti per malattie neoplastiche e/o di alta complessità e ribadisce il concetto di reti interregionali relativamente alla cardiocirurgia e ai grandi ustionati.

Nel processo di accorpamento di ospedali ed unità operative la letteratura scientifica fornisce prove consolidate circa la relazione tra numero degli interventi che vengono eseguiti in una struttura ed il risultato ottenuto che cresce al crescere della numerosità degli interventi medesimi; si parla in tali situazioni dei Volumi Minimi di Attività. Ciò significa che la stima dell'associazione tra volume di attività di una struttura sanitaria e risultati può costituire uno strumento potente al fine di ridurre gli sprechi e garantire l'efficienza dei servizi senza compromettere, ma anzi potenzialmente migliorando l'efficacia delle cure. Questo approccio permette di identificare, utilizzando anche misure di costo e di efficienza, livelli minimi di volumi al di sotto dei quali singole unità operative o interi ospedali non dovrebbero essere accreditati ad erogare specifiche prestazioni per il SSN. Su questo fronte l'AGENAS sta lavorando da tempo e già nel 2005 (rivista *Epidemiologia & Prevenzione*) ha pubblicato una revisione sistematica della letteratura su questi temi. Altri e più recenti pubblicazioni, sempre a cura di AGENAS evidenziano, là dove calcolabile, anche l'associazione tra esiti e volumi di attività, per alcune tipologie di interventi e/o patologie, nelle strutture italiane (PNE 2011 calcolati sui dati SDO) e per volume



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

del medico/chirurgo ed esito. In relazione all'esito mortalità intraospedaliera o a 30 giorni, per 26 aree cliniche esistono prove dell'associazione positiva tra volumi di attività ospedaliera ed esito: AIDS, aneurisma aorta addominale non rotto e rotto, aneurisma cerebrale, angioplastica coronarica, artroplastica ginocchio, bypass aorto-coronarico, chirurgia del cancro del colon, del colon e retto, dell'esofago, del fegato, della mammella, del pancreas, del polmone, della prostata, del rene, dello stomaco, della vescica, chirurgia cardiaca pediatrica, colecistectomia, emorragia sub aracnoidea, endo-arteriectomia carotidea, frattura femore, infarto del miocardio, rivascolarizzazione arti inferiori e terapia intensiva neonatale. Anche il "regolamento ospedaliero", sugli standard qualitativi, strutturali e tecnologici per l'assistenza ospedaliera sottolinea come i volumi di attività e la conseguente valutazione degli esiti rappresentino elementi determinanti da tenere presenti nella riconversione di strutture ed ospedali e per alcuni fissa già i valori. Le condizioni per le quali la revisione sistematica della letteratura ha evidenziato un'associazione positiva sono le seguenti: Aids, angioplastica coronaria; aneurisma addominale non rotto, artroplastica anca, bypass aorto-coronarico, chirurgia carcinoma (CA) colon, chirurgia CA esofago, chirurgia CA mammella, chirurgia CA stomaco, chirurgia CA vescica, rivascolarizzazione arti inferiori.

Pertanto la riorganizzazione delle reti cliniche si è strutturata nel rispetto della metodologia sopra indicata (vedi tabella 2) con l'obiettivo di:

1. garantire l'omogeneità delle cure;
2. migliorare la qualità delle cure;
3. migliorare l'efficienza del sistema.

Infine si è concordato di selezionare le priorità sulla base, anche degli obiettivi economici stabiliti dalla Regione in conseguenza delle disposizioni nazionali. In particolare si è proceduto prima allo sviluppo di quelle reti che potranno determinare un recupero della efficienza e quindi un recupero economico permettendo quindi successivamente l'avvio delle reti che richiedono ulteriori risorse.

A tal fine, si è partiti dalla analisi dell'offerta attuale. Per una sua migliore comprensione si è proceduto alla valutazione dei dati relativi ai ricoveri anno 2011/2012 scomposti per "linee produttive" analizzate per ex-zona di residenza/struttura ospedaliera di produzione e tasso di occupazione.

Sono stati analizzati, inoltre, i lavori prodotti dai vari tavoli regionali e aziendali, relativi alle ipotesi di reti cliniche non approvati ufficialmente e/o non avviati, al fine di recuperare almeno in parte il lavoro svolto.

Successivamente si è passati a formulare una proposta per la rimodulazione dell'offerta e delle attività, nel rispetto dei vincoli normativi e finanziari, cercando di non penalizzare né l'equità di accesso né i criteri di sicurezza e qualità delle prestazioni erogate, con attenzione al rispetto dei volumi minimi di attività e alla disponibilità delle strutture tecnologiche di supporto. Tale attività è riassunta nella tabella seguente.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Rete disciplina (Bacino Utenza sec. Bozza Decreto Balduzzi in milioni di ab)	Reti cliniche: offerta attuale				Reti cliniche: proposta a tendere				Note	Volumi Minimi (Bozza Decreto Balduzzi); Associazione Volumi/Esito (AGENAS 2013)
	AOU	AMN	INRCA	ASUR	AOU	AMN	INRCA	ASUR		
1 Trapianti (Balduzzi: 2 - 4)	1 SOC				1 SOC					
1a Prelievo d'organi	x	x		Coordinatore Locale prelievo organi, Cornee e tessuti AV2 Fabriano	x	x		Coordinatore Locale prelievo organi, Cornee e tessuti AV2	valutazione impatto economico confronto costi attuali per conservazione e trattamento tessuti	
2 Neurochirurgia (esclusa patologia colonna) (Balduzzi: 0,6 - 1,2)	2 SOC	1 SOC			1 SOC + 1 SOSD *	1 SOC			* la SOSD con particolare interesse pediatrico	
2a Lesioni Spinali Traumatiche	Unità Spinale (SOS)				Unità Spinale (SOS)*				* la SOS è inserita nell'ambito della SOSD mantenendo l'attuale modello organizzativo multidisciplinare; valutazione impatto economico confronto costi attuali per riabilitazione in ambito regionale	
3 Chirurgia Vascolare (Balduzzi: 0,4 - 0,8)	1 SOC	in AFO	in AFO*	dispersione in più sedi	1 SOC	in AFO	in AFO*	in sede chirurgica	gli accessi vascolari complicati saranno indirizzati nell'AOU di Ancona; *INRCA: svolge attività con numeri ridotti per patologia aneurismatica aortica, per la patologia venosa e arteriosa minore e la patologia steno-ostruttiva carotidea	
3a patologia venosa e arteriosa minore				dispersione su più sedi: Chiaravalle, Cagli (pat. Venosa); Jesi, Ascoli, Macerata (pat. Arteriosa)		x	x	nelle ChirGen con appropriato setting di erogazione		
3b patologia aneurismatica aorta	x	x (numeri ridotti)		Attività dispersa in alcune sedi ASUR	x	x		un punto di erogazione unico per AV 3, 4, 5, con radiologia interventistica	nel rispetto dei volumi minimi	patologia aneurismatica addominale: AGENAS 2013: la mortalità a 30 giorni per aneurisma addominale non rotto diminuisce decisamente fino a 60 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi oltre i 180-200 interventi / anno
3c patologia steno-ostruttiva carotidea	x	x		dispersione in più sedi (piccoli numeri) Urbino, Fermo, Macerata, Fabriano, Ascoli.	x	x	x	un punto di erogazione unico per AV 3, 4, 5, con radiologia interventistica (stent)	*quota endovascolare da definire in base a criteri di appropriatezza	endoarteriectomia carotidea: AGENAS 2013: le nammissioni diminuiscono decisamente fino a circa 75-100 interventi/anno e continuano a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività
3d patologia steno-ostruttiva arti inferiori	x	x	x	dispersione (Macerata, Fermo)	x	x	x	un punto di erogazione unico per AV 3, 4, 5, con radiologia interventistica		Patologia Stenostruttiva arti inf: AGENAS 2013: da letteratura Cut off pari a 30 interventi/anno per mortalità ospedaliera e per amputazione
4 Cardiochirurgia (Balduzzi: 0,6 - 1,2)	1 SOC				1 SOC				sviluppo rete riabilitazione cardiologica	By pass aorto-coronario: Balduzzi 150/anno; AGENAS 2013: netta riduzione mortalità a 30 gg oltre i 100 interventi/anno, con tendenza alla riduzione anche oltre i 250 interventi/anno
4a Cardiochirurgia Pediatrica (Balduzzi: 4 - 6)	1 SOC				1 SOC				sviluppo accordi interregionali/internazionali	
5 Chirurgia Toracica (Balduzzi: 0,8 - 1,5)	1 SOC	in AFO		2 (AV3 e AV5) in AFO	1 SOC	in AFO		un punto di erogazione unico per AV 3, 4, 5 in AFO	per pat neoplastica: rispetto volumi minimi e specializzazione operatore	Chirurgia Ca Polmone: AGENAS 2013: la mortalità a 30 giorni diminuisce decisamente fino a circa 50-70 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	Reti cliniche: offerta attuale				Reti cliniche: proposta a tendere				Note	Volumi Minimi (Bozza Decreto Balduzzi, Associazione Volumi/Esito (AGENAS 2013))	
	AOU	AMN	INRCA	ASUR	AOU	AMN	INRCA	ASUR			
	Rete disciplina (Bacino Utenza sec. Bozza Decreto Balduzzi in milioni di ab)										
6		2 SOC	2 SOC		11 SOC	1 SOC	1 SOC		5 SOC di cui 1 per AV	sale travaglio-parto: 2 fino a 1000 parti, 3 da 1000-2000 e 4 oltre 2000 parti	La riorganizzazione dovrà essere effettuata con gradualità ed oggetto di specifica concertazione; in particolare per i punti nascita la sua attività risulta al limite dei parametri dettati dall'Accordo Stato-Regioni. Considerata inoltre la particolare sensibilità sociale per l'argomento, le scelte verranno effettuate tenendo conto dei risultati delle azioni necessarie a garantire la continuità dei servizi da avviare immediatamente.
7		1 SOC	2 in SOC Pediatrica		4 in SOC pediatriche (AV 2 Senigallia, Jesi; AV 3 Macerata; AV 5 Ascoli Piceno)	1 SOC (2* livello)	1 SOC (b*)		3 di I* livello b* (AV2:1; AV3:1; AV5:1)	restanti Punti Nascita 1* livello a, *senza struttura complessa autonoma ma integrata nella Pediatria	
8		2 SOC	2 SOC			2 SOC	1 SOC		5 SOC		
9		1 SOC con PL RO	1 SOC con 2 pl DH		2 (AV5 Ascoli Piceno con 2 pl DH e AV3 Macerata) + Servizi Territoriali	1 SOC con PL RO	1 SOC con 2 pl DH		1 SOC unica AV 3-4-5. Possibile degenza in ambito pediatrico	AMN: Centro di riferimento regionale DGR 918/2013 per screening neonatale allargato per malattie metaboliche ereditarie. In comune con le malattie rare	
10		1 SOS				1 SOS			da individuare spoke nelle Pediatrie e nei Servizi Territoriali	AMN centro di riferimento screening neonatale. Presidio ospedaliero AV3 Centro di riferimento per quanto previsto dalla DGR 1031 del 18/09/2006	
11		1 SOSD				1 SOSD			da individuare spoke nelle Pediatrie e nei Servizi Territoriali		
12		2 SOC	2 SOC		11 SOC	1 SOC e 1 SOSD*	2 SOC*		5 SOC, in fase transitoria B; possibile accorpamento in AFO x recupero PL per ostetricia in relazione al n° dei parti	§ Auspicabile centralizzazione patologia alta complessità, in particolare quella oncologica maggiore nel rispetto dei volumi minimi: ADU + AMN + 2 sedi ASUR coerentemente con le articolazioni della Anatomia Patologica Sperimentazione in ambito ostetrico ginecologico dell'isola ostetrica e posti letto di ginecologia in AFO chirurgica. * con particolare interesse oncologico	
12a		SOS				SOS	Funzione in via di implementazione				
13											Angioplastica coronarica percutanea: Balduzzi almeno 250 procedure/anno; AGENAS 2013: angioplastica percutanea per IMA: la mortalità cala decisamente in entrambi i casi con l'aumentare delle procedure fino a stabilizzarsi oltre le 50 procedure /anno
13a		1 SOC	1 SOC	1 SOC + 1 SOSD (riabilitativa a Fermo)	10 SOC	1 SOC	1 SOC	1 SOC + 1 SOSD (riabilitativa a Fermo)	10 SOC: 7 con degenza integrata PL di Terapia Intensiva e sub intensiva; (AV1 1, AV2:2; AV3:2; AV4:1; AV5:1); 3 ad indirizzo riabilitativo (AV2, AV3, AV5)		
13b		1 SOC	1 SOC		2 sedi (AV3 con attività H12 per tre giorni/settimana, AV5 con attività H24)	1 SOC	1 SOC		2 sedi con attività H 24 (AV3-AV5)*	* Possibilità di prevedere SOC, SOSD o SOS in esecuzione della DGR n. 551 del 17/04/2013	
13c		1 SOC				1 SOC*	1 in AFO		2 (AV2-AV3) all'interno delle SOC di Cardiologia	*per procedure selezionate di elevata complessità	
14		1 SOC	1 SOC	1 SOC	6 SOC (2 AV2; Senigallia, Jesi; AV3 Macerata, AV4 Fermo; 2 AV5: Ascoli Piceno, S. Benedetto)	1 SOC	1 SOC	1 SOC	4 SOC di cui 2 con Stroke Unit e 2 con Stroke Team (AV2; AV3; AV4; AV5)*	*Nell'AV3 e AV4 possibilità di avviare il percorso per la realizzazione stroke unit di I° livello	
15		1 SOC	1 SOSD	1 SOC + 1 SOSD a Fermo (in AFO)	2 SOC (AV2 Jesi, AV3 Macerata)	1 SOC	1 SOSD	1 SOC + 1 SOSD a Fermo (in AFO)	2 SOC (AV2, AV3) con posti letto in AFO chirurgica		



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	Rete disciplina (Bacino Utenza sec. Bozza Decreto Balduzzi in milioni di ab)	Reti cliniche: offerta attuale				Reti cliniche: proposta a tendere				Note	Volumi Minimi (Bozza Decreto Balduzzi); Associazione Volumi/Eirto (AGENAS 2013)
		AOU	AMN	INRCA	ASUR	AOU	AMN	INRCA	ASUR		
16	Chirurgia Plastica (Balduzzi: 1 - 2)	1 SOC				1 SOC				accordo interaziendale per formazione Chirurghi per ricostruzione seno	
17	Chirurgia ricostruttiva e Chirurgia della mano	1 SOSD				1 SOC					
18	Rete Gastroenterologie (Balduzzi: 0,4 - 0,8)	2 SOC	1 SOC	funzione endoscopica in AFO medica e chirurgica	3 SOC (AV2 Senigallia, AV5 S. Benedetto e AV4 Fermo)	2 SOC	1 SOC	funzione endoscopica in AFO medica e chirurgica	3 SOC (1 AV2, 1 AV3, 1 AV4-5); funzioni endoscopiche in tutte le altre sedi in AFO medica/chirurgica		
19	Pneumologia (Balduzzi: 0,4 - 0,8)	1 SOC	1 SOC		4 SOC (2 AV2: Jesi, Osimo; 1 AV3 Macerata; 1 AV5 Ascoli Piceno)	1 SOC	1 SOC	1 SOC (Osimo/INRCA)	2 SOC (AV3, AV5); funzioni in AFO* a Jesi	*Integrazione in rete per procedure di pneumologia interventistica, trattamento della insufficienza respiratoria e ventilazione non invasiva, svezzamento e riabilitazione respiratoria	
20	Chirurgie Generali (Balduzzi: 0,1 - 0,2)	2 SOC	2 SOC	1 SOC	17 SOC in 21 sedi ASUR AV1 Urbino, Fossombrone, Cagli, Pergola, Sassotignano; AV2 Senigallia, Jesi, Fabriano, Osimo, Loreto, Chiaravalle; AV3 Macerata, Camerino, Civitanova, San Severino, Tolentino, Recanati; AV4 Fermo, Amandola; AV5 San Benedetto, Ascoli Piceno	2 SOC	2 SOC	1 SOC (Osimo/INRCA)	11 SOC di cui 10 per Chirurgia ordinaria (Urgenze, Emergenze e Complessità); 1 SOC in AV1 per attività di Day surgery	*patologia chirurgica nel rispetto dei volumi e dell'approccio multidisciplinare; setting assistenziale ciclo lungo week surgery, one day surgery ed ambulatorio	Colecistectomia Laparoscopica: Balduzzi almeno 100 interventi/anno; AGENAS 2013 le di complicità a 30 giorni diminuiscono progressivamente per volumi di attività fino a circa 300 interventi/anno, per poi aumentare al crescere del volume di attività Chirurgia Ca Colon AGENAS 2013: la mortalità a 30 giorni diminuisce decisamente fino a circa 50-70 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività Chirurgia Ca Stomaco: AGENAS 2013: la mortalità a 30 giorni diminuisce decisamente fino a circa 20-30 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività
20a	Chirurgia Pancreatica	1 SOC				1 SOC		patologia minore in AFO chirurgica nel rispetto dei volumi minimi e dell'approccio multidisciplinare	patologia minore in AFO chirurgica nel rispetto dei volumi minimi e dell'approccio multidisciplinare		Chirurgia Ca Pancreas: AGENAS 2013: la mortalità a 30 giorni diminuisce decisamente fino a circa 20-30 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi
20b	Chirurgia Senologica	1 SOC	1 SOSD			1 SOC	1 SOSD		in area chirurgica nel rispetto dei volumi minimi		Chirurgia Ca Mammella: Balduzzi: almeno 100 primi interventi/anno; AGENAS 2013
21	Ortopedia (Balduzzi: 0,1 - 0,2)	2 SOC	2 SOC		10 SOC, in 12 sedi (1 AV1 Urbino; 3 AV2: Jesi, Senigallia, Fabriano, 3 AV3: Macerata, Civitanova, Camerino; 1 AV4 Fermo; 2 AV5: Ascoli Piceno, S. Benedetto)+ 2 sedi di erogazione Cagli e Loreto					Presente attività ortopedica in Montefeltro Salute	Frattura di Femore: AGENAS 2013: la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 50 - 100 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi. Artroplastica Ginocchio: AGENAS 2013: la proporzione di re-interventi diminuisce decisamente fino a 100 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi.
21a	ambito traumatologico					1 SOC	1 SOC		10 Sedi (AV1: 1 sede; AV2: 3 sedi; AV3: 3 sedi; AV4: 1 sede, AV 5: 2 sedi)		
21b	ambito elettivo					1 SOC	1 SOC		funzione in AV 1: 1 sede; AV 2: 2 sedi, AV 3: 2 sedi; AV 4 1 sede, AV 5 1 sede; individuazione di 1 sede di elezione per la traumatologia sportiva		



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	Rete disciplina (Bacino Utenza sec. Bozza Decreto Balduzzi in milioni di ab)	Reti cliniche: offerta attuale				Reti cliniche: proposta a tendere				Note	Volumi Minimi (Bozza Decreto Balduzzi); Associazione Volumi/Etiro (AGENAS 2013)
		AOU	AMN	INRCA	ASUR	AOU	AMN	INRCA	ASUR		
22	Area Oncologica/Ematologica Medica										
22a	Oncologia (Balduzzi: 0,3 - 0,6)	1 SOC	2 SOC		10 SOC in 11 sedi (AV1 Urbino; AV2: Senigallia, Jesi, Fabriano; AV3: Macerata, Civitanova, San Severino, Camerino; AV4 Fermo; AV5: Ascoli Piceno, 5 Benedetto)	1 SOC	2 SOC		5 SOC con PL di tipo DH in AFO Medica Chemioterapia anche nelle sedi dei 5 Presidi Unici Ospedalieri senza SOC*	*posti letto ordinari in AFO medica nell'AV3	
22b	ematologia (Balduzzi: 0,6 - 1,2)	1 SOC	1 SOC		2 sedi AV3 (in AFO) e AV5 (1 SOC)	1 SOC	1 SOC		2 sedi AV3 (in AFO) e AV5 (1 SOC)		
22c	oncematologia pediatrica	1 SOS				1 SOS					
22d	radioterapia (Balduzzi: 0,6 - 1,2)	1 SOC	1 SOC		2 (AV3 Macerata, AV5 Ascoli Piceno)	1 SOC*	1 SOC		1 SOC con 2 sedi di erogazione con attività almeno distribuita su 2 turni al giorno	*per tecniche specifiche (brachiterapia)	
22e	Oncologia tiroide e gh. endocrine	1 in AFO (Chir gen)	1 in AFO (Chir gen)	in AFO (piccoli numeri)	2 in AFO (AV3 Macerata; AV5: 5 Benedetto) + dispersione	1 in AFO (Chir gen)	1 in AFO (Chir gen)	1 in AFO (INRCA/Osimo)	4 in AFO*	*nel rispetto dei volumi minimi	
23	Urologia (Balduzzi: 0,15 - 0,3)	1 SOC	1 SOC	1 SOC	7 SOC (3 AV2: Jesi, Fabriano, Osimo; 2 AV3: Macerata, Civitanova; 1 AV4: Fermo; 1 AV5: Ascoli Piceno)	1 SOC	1 SOC	1 SOC (INRCA OSIMO)	6 SOC (AV2:2; AV3:2; AV4:1; AV5:1)	per la patologia neoplastica va garantito il rispetto dei volumi minimi	Chirurgia Ca Prostatica: AGENAS 2013: le ammissioni dopo l'intervento diminuiscono decisamente fino a circa 25-50 interventi/anno e continuano a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività Chirurgia Ca Vesicica: AGENAS 2013: la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 20-30 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività
24	Nefrologia § (Balduzzi: 0,6 - 1,2)	1 SOC	2 SOC	1 SOC	3 SOC AV3 (Macerata) AV4 (Fermo) AV5 (Ascoli Piceno)	1 SOC	1 SOC*	1 SOC	3 SOC: AV3, AV4, AV5	§ le strutture di nefrologia garantiscono anche le attività dialitiche *attività integrata con Urbino	
24a	Nefrodialisi (letti tecnici + letti in AFO) (Balduzzi: 0,3 - 0,6)				7 SOC AV1 (Urbino); AV2 (Fabriano, Jesi, Senigallia); AV3 (Civitanova, Tolentino); AV5 (San Benedetto)		1 SOC		2 SOC (AV2 e AV3) più sedi di erogazione in AV1, AV2, AV3 e AV5, a regime 1 SOC AV1. Invariate le altre sedi di erogazione	in ambito pediatrico l'attività sarà garantita dal centro di riferimento regionale pediatrico dell'AOU Ancona, integrazione per mezzo di specifici protocolli con le nefrodiali per adulti. La riorganizzazione è secondaria alla modifica delle Leggi regionali di riferimento	
25	ORT (Balduzzi: 0,15 - 0,3)	1 SOC	1 SOC		9 SOC (AV 1: Urbino; AV2: Jesi, Senigallia, Fabriano; AV3: Macerata, Civitanova; AV 4: Fermo; AV 5: Ascoli Piceno, San Benedetto)	1 SOC	1 SOC		6 SOC (1 in AV1, 1 in AV2, 2 in AV3, 1 in AV4 e 1 in AV5)	nelle sedi del Presidio Unico Ospedaliero non coperte da strutture complesse vengono esplesate attività ambulatoriali e in DS e garantita la copertura per le urgenze in pronta disponibilità H 24 (eventualmente in comune a più sedi di erogazione)	
26	MaxilloFacciale (Balduzzi: 1 - 2)	1 SOC				1 SOC					
27	Odontostomatologia (Balduzzi: 0,4 - 0,8)	1 SOC	1 SOSD	1 SOC per attività esclusivamente ambulatoriale	1 SOC Fabriano; altre sedi con PL x RO AV2 Jesi; AV4 Fermo; con PL in AFO chirurgica AV1 Urbino, Fossombrone; AV2 Loreto, Senigallia; AV3 Tolentino; AV4 Amandola; AV5 Ascoli Piceno	1 SOC (pl per RO gestione disabili)	1 SOSD	1 SOC attività esclusivamente ambulatoriale a vocazione geriatrica	1 SOC in AV2 + progetti di integrazione H/T ed interaziendali tra AOU ed ASUR; AMN ed ASUR (con attività di DS in AFO chirurgica ed attività ambulatoriale)		



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Rete disciplina (Bacino Utenza sec. Botza Decreto Balduzzi in milioni di ab)	Reti cliniche offerte attuali				Reti cliniche proposte a tendere				Note	Volumi Medici (Bassa Direzione Balduzzi), Associazione Volumi/Esito (AGCNAS 2011)
	AOU	AMN	INRCA	ASUR	AOU	AMN	INRCA	ASUR		
28 Oculistica (Balduzzi: 0,15 - 0,3)	1 SOC	1 SOC		8 SOC (AV2 Jesi, Senigallia, Fabriano AV3 Macerata, Severino, AV 4 Fermo, AV 5 Ascoli, San Benedetto)	1 SOC	1 SOC		4 SOC AV2, AV3, AV4, AV5. Attività Ambulatoriale e DS in altre sedi del Presidio Unico con equipe itineranti		
29 Medicina Interna (Balduzzi: 0,08 - 0,15)	2 SOC	2 SOC		22 SOC (AV1 Urbino, Fossombrone, Cagli, Pergola, Sassotornovo, AV2 Senigallia, Jesi, Fabriano, Osimo, Loreto, Cingoli, AV3 Macerata, Camerino, Civitanova, San Severino, Tolentino, Recanati, AV4 Fermo, Sant'Elpidio a Mare, Amandola, AV5 San Benedetto, Ascoli, altre sedi senza SOC: Chiaravalle, Montegiorgio, Matelica)	2 SOC	1 SOC	1 SOC (INRCA/Osimo)	13 SOC (AV1 2 sedi, AV2 3 sedi, AV3 4 sedi, AV4 2 sedi, AV5 2 sedi)		
30 Geriatria (Balduzzi: 0,4 - 0,8)		1 SOC	3 SOC (2 Ancona, 1 Fermo)	3 SOC (AV1 Urbino AV3 Macerata, AV5 San Benedetto)	1 SOC Geriatria		3 SOC (2 Ancona, 1 Fermo)	3 SOC (AV1 AV3 AV5)		
31 Lungodegenza / Postacuzie (Balduzzi Lungodegenti: 0,08 - 0,15)		1 sede di erogazione annessa a SOC Geriatria	1 SOSD (Ancona)	18 sedi di erogazione AV1 Urbino, Sassotornovo, Cagli, Pergola, Fossombrone, AV2 Senigallia, Cingoli, Fabriano, Chiaravalle, Loreto, AV3 Recanati, Macerata, Tolentino, Treia, Camerino, San Severino, Matelica, AV5 San Benedetto	prevista attivazione della funzione a gestione completamente infermieristica	1 sede di erogazione annessa a SOC Geriatria	1 SOSD (Ancona) + 1 SOSD (Fermo)	Unità operative non complesse collegate alla SOC di Medicina Interna o di Geriatria di riferimento con modello di integrazione MT	INRCA l'assistenza medica nella lungodegenza e post-acuzie è garantita da personale interistico geriatrico in integrazione funzionale con le unità di medicina interna e di geriatria	
32 Endocrinologia (Balduzzi: 0,6 - 1,2)	1 SOC	diabetologia			1 SOC	di Diabetologia				
33 Diabetologia § (Balduzzi: 0,6 - 1,2)	1 SOC	1 SOC	2 SOC (Diabetologia e Diabete Diabetico)	1 SOC (AV5 San Benedetto)	1 SOSD	1 SOSD	1 SOC + 1 SOSD	1 SOC (AV5) con riferimento ASUR. Funzioni di diabetologia di 2° livello in ogni Area Vasta	4 la riorganizzazione e secondaria alla modifica delle Leggi Regionali di riferimento	
34 Malattie infettive (Balduzzi: 0,6 - 1,2)	2 SOC	1 SOC		3 SOC (AV3 Macerata, AV4 Fermo, AV5 Ascoli Piceno)	2 SOC	1 SOC		1 SOC in AV4 Funzioni in AFO medica in AV 3 e AV5		
35 Dietetica e Nutrizione Clinica	1 SOC (solo DH)	1 SOSD	1 SOSD (Ancona)		1 SOC (solo DH)*	1 SOSD	1 SOSD (Ancona)*	Funzione in ogni AV collegata in rete tra loro	*va sviluppato un progetto di rete regionale per la Nutrizione Parenterale	
36 Psichiatria (Balduzzi: 0,15 - 0,3)	1 SOC			20 SOC: 3 SOC in AV1 (Urbino, Fano e Pesaro), 6 in AV2 (Fabiano, Senigallia, Jesi, 5 Ancona), 4 SOC in AV3 (Macerata 2 Cingoli, Camerino), 2 SOC in AV 4 (2 Fermo), 3 SOC in AV5 (2 Ascoli Piceno, San Benedetto)*	1 SOC**			18 SOC: 2 SOC in AV1, 4 SOC in AV2, 3 SOC in AV3, 2 SOC in AV4, 2 SOC in AV5.	1 Dipartimento di Salute Mentale per AV, assicurando almeno una SOC ospedaliera e 1 SOC territoriale ** Riorganizzazione delle attività presso AOU comprensiva anche del trasferimento delle funzioni del SPDC e Centro di detoxificazione all'ASUR mediante DGR	
37 Anestesia e Rianimazione (Balduzzi TI: 0,15 - 0,3)	2 SOC (Anestesia e Rianimazione dei Traumatici) 2 pl. Clinica di Anestesia e Rianimazione generale e Trauma maggiore 12pl. Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgica 14 pl. Anestesia e Rianimazione Pediatrica 9 pl.	2 SOC (13 PL)	1 SOC *	11 SOC: 10 SOC con PL (AV 1 Urbino (4 PL), AV2 Fabriano (4 PL) Jesi (5 PL), Senigallia (4 PL), AV3 Macerata (6 PL), Civitanova (5 PL), Camerino (4 PL), AV4 Fermo (5 PL), AV5 Ascoli (8 PL) e San Benedetto (5 PL)) + 1 SOC senza PL di TI (AV2 Osimo)	4 SOC (con funzioni di II livello)	2 SOC	1 SOC *	11 SOC, 1 AV1, 4 AV2 *, 3 AV3, 1 AV4, 2 AV5. Al fine di raggiungere il modulo minimo di 8 posti è possibile una integrazione TI-UTIC	* Attività di anestesia senza PL di TI. Attività integrata TI, UTIC per almeno 8 P.L. Necessario un coordinamento unico regionale per la gestione integrata dei DEA di 1° e 2° livello	
38 Riabilitazione (Balduzzi: Recupero e Riabilitazione funzionale: 0,04 - 0,07; Neuroriabilitazione solo presidi Hub, 0,6 - 1,2)	2 SOC (Medicina Riabilitativa e Neuroriabilitazione)	1 SOC	1 SOC (Ancona) + 1 SOSD (Fermo)	10 SOC: 3 SOC in AV1 (Urbino, Pergola, Pesaro); 3 SOC in AV 2 (Fabiano, Jesi, Senigallia); 2 SOC in AV3 (Macerata, Civitanova); 1 SOC in AV4 (Fermo); 2 SOC in AV5 (Ascoli Piceno, San Benedetto)	2 SOC	1 SOC	1 SOC + 1 SOSD*	1 SOC* per ciascuna Area Vasta. Funzione gestita a livello distrettuale con SOS	*Eventuale deroga per una SOC in caso di gestione diretta di posto, detto maggiore o uguale a 20 posti letto per struttura	
39 Anatomia Patologica (Balduzzi 0,3 - 0,15)	1 SOC	1 SOC		2 SOC AV3 Macerata, AV 5 Ascoli Piceno	1 SOC	1 SOC		2 SOC in AV3 AV 5		
39a Citologia				1 SOC AV2 Fabriano				1 SOC in AV2 a valenza ASUR		
40 Laboratorio (Balduzzi: 0,15 - 0,3)	1 SOC	2 SOC	3 SOC	12 SOC AV 1 Urbino, Pesaro, AV2 Fabriano, Jesi, Senigallia, Osimo, AV3 Macerata, Civitanova, Camerino AV4 Fermo, AV 5 Ascoli e San Benedetto	1 SOC	1 SOC	1 SOC INRCA/Osimo	5 SOC 1 per ciascuna AV	Il Laboratorio del Presidio Unico di AV, ha una sede di produzione e unico responsabile. Si potranno prevedere ulteriori sedi in altri punti del Presidio a garanzia dell'urgenza e per specifiche linee produttive. All'interno del laboratorio unico di presidio di AV l'attività in urgenza deve essere garantita H24 dal personale tecnico in tutti gli ex ospedali di rete e con un'unica guardia attiva inter AV dei laureati. L'agenzia mediante utilizzo di un server unico con possibilità di firma in remoto. Le procedure analitiche saranno codificate dal responsabile (nelle Case della Salute, ove previsto, verrà garantito il punto prelievo) possibilità di creare un dipartimento interaziedali in AV geograficamente intesa	
40a Virologia (Balduzzi: Microbiologia e Virologia: 0,6-1,2)	1 SOC				1 SOC					



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Rete disciplina (Bacino Utenza sec. Bozza Decreto Balduzzi in milioni di ab)	Reti cliniche: offerta attuale				Reti cliniche: proposta a tendere				Note	Volumi Minimi (Bozza Decreto Balduzzi); Associazione Volumi/Esito (AGENAS 2013)
	AOU	AMN	INRCA	ASUR	AOU	AMN	INRCA	ASUR		
41 Radiologia (Balduzzi 0,15 - 0,3)	2 SOC	2 SOC	1 SOC	11 SOC: AV1 Urbino, AV2 Fabriano, Jesi, Senigallia, Osimo, AV3 Macerata, Civitanova, Camerino, AV4 Fermo, AV5 Ascoli e San Benedetto	2 SOC	1 SOC	1 SOC INRCA/Osimo	5 SOC: 1 per ciascuna AV.*	*Attività programmata e in urgenza in tutte le sedi dei Presidi Unici di Area Vasta anche senza SOC. Attività ambulatoriale nelle Case della Salute come da progetto. Teleferitazione in Area Vasta / interArea Vasta. Possibilità di creare un dipartimento interaziendale in Area Vasta geograficamente intesa	
41a Neuroradiologia (Balduzzi: 1 - 2)	1 SOC				1 SOC	1 sede di erogazione				
41b Radiologia Interventistica	1 SOC	1 sede di erogazione	1 sede di erogazione		1 SOC	1 sede di erogazione	1 sede di erogazione	ctr chirurgia vascolare		
41c Medicina Nucleare (Balduzzi 0,6-1,2)	1 SOC	1 SOC	1 SOSD	2 SOC AV3 Macerata *, AV4 Ascoli Piceno Punto di erogazione AV1 Urbino	1 SOC	1 SOC	1 SOSD	2 SOC AV3 Macerata *, AV4 Ascoli Piceno Punto di erogazione AV1 Urbino integrato con AMN	* Centro unico di riferimento regionale per la Radiometabolica	
42 Rete del dolore (Balduzzi: degenza 2,5-4; servizi senza PI 0,3-0,5)	1 SOC	2 sedi di erogazione ospedaliera	2 sedi di erogazione ospedaliera	13 sedi di erogazione di cui 11 ospedaliere e 2 territoriali	1 SOS	vedi nota	vedi nota	vedi nota	In attuazione dell'intesa Stato Regioni 25/07/2012, come da DGR 645/2013, si provvederà a riorganizzare la rete di terapia del dolore nel rispetto dei requisiti organizzativi, strutturali e professionali su 3 livelli: hub centro ospedaliero (RO,DH), spoke (ambulatoriale), aggregazioni territoriali di MMG con Coordinamento Regionale di cui al decreto n 16/Ars del 5 dicembre 2011	
43 Rete delle Cure Palliative				6 Punti di erogazione in Hospice; domiciliare palliativa diffusa sul territorio					In attuazione dell'intesa Stato Regioni 25/07/2012, come da DGR 645/2013, si provvederà a riorganizzare la rete delle cure palliative nel rispetto dei requisiti organizzativi, strutturali e professionali con il Coordinamento Regionale di cui al Decreto n 15/Ars del 5 dicembre 2011.	

Per le specialità non descritte rimane invariata l'attuale organizzazione

Legenda

SOC: Struttura Operativa Complessa; SOS: Struttura Operativa Semplice; SOSD: Struttura Operativa Semplice Dipartimentale

AOU: Azienda Ospedali Riuniti; AMN: Azienda Marche Nord; AV: Area Vasta

indicare anche le SOC in dotazione organica ma non "coperte"