

## proposta di atto amministrativo n. 14/10

a iniziativa della Giunta regionale

*presentata in data 23 luglio 2010*

---

PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2010/2012.

LA SALUTE: DIRITTI E RESPONSABILITÀ PER I CITTADINI DELLE MARCHE

---

## L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA REGIONALE

Visto l'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

Vista la legge regionale 5 settembre 1992, n. 46: "Norme sulle procedure della programmazione regionale e locale";

Visti gli articoli 2 e 31 della legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del servizio sanitario regionale";

Vista la proposta della Giunta regionale;

Visto il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d), della l.r. 15 ottobre 2001,

n. 20 in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità del Dirigente del servizio salute, nonché l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può comunque derivare un impegno di spesa a carico della Regione, resi nella proposta della Giunta regionale;

Visto l'articolo 21 dello Statuto regionale;

## D E L I B E R A

di approvare il "Piano socio-sanitario regionale 2010-2012. La salute: diritti e responsabilità per i cittadini delle Marche" così come descritto nell'allegato che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Allegato

# **PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2010/2012**

*La salute: diritti e responsabilità per i cittadini delle Marche*

## INDICE

<b>PARTE I – PROCESSI DI GOVERNO .....</b>	<b>5</b>
<b>I OBIETTIVI DI PIANO E SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA .....</b>	<b>5</b>
I.1 IL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2010-2012: CONTINUITÀ E SVILUPPO .....	5
I.2 OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE.....	5
I.3 SCENARIO NAZIONALE E STRATEGIA REGIONALE .....	7
I.4 LE LINEE DI INTERVENTO.....	9
I.5 SOSTENIBILITÀ E RISORSE .....	11
I.6 POSIZIONAMENTO DELLA REGIONE E RISULTATI RAGGIUNTI.....	13
<b>II INNOVAZIONE E SVILUPPO.....</b>	<b>17</b>
II.1 LA SALUTE E LA CREAZIONE DEL VALORE.....	17
II.2 RICERCA, INNOVAZIONE E SVILUPPO.....	20
II.2.1 L'area della ricerca e dello sviluppo.....	21
II.2.2 Il ruolo dell'Università.....	22
II.2.3 L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) - INRCA .....	23
II.2.4 L' Agenzia nazionale per la terza età.....	24
II.2.5 Il ruolo delle Fondazioni.....	25
II.2.6 Le azioni strategiche.....	25
II.3 CHANGE MANAGEMENT .....	26
II.3.1 L'area della Formazione sanitaria.....	27
II.3.2 L'area della Formazione sociale .....	28
<b>III GOVERNANCE E SEMPLIFICAZIONE ORGANIZZATIVA .....</b>	<b>30</b>
III.1 L'APPROCCIO METODOLOGICO GENERALE .....	30
III.2 IL GOVERNO REGIONALE .....	36
III.2.1 Le Cabine di regia .....	39
III.3 IL LIVELLO GESTIONALE: LE AZIENDE E LE AREE VASTE .....	42
III.3.1 Le Aziende.....	42
III.3.2 Le Aree Vaste.....	43
III.3.3 I Centri Servizi e il network dei servizi ATL.....	44
III.4 IL SOCIALE, L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E L'ASSETTO ORGANIZZATIVO TERRITORIALE.....	45
III.4.1 Asimmetrie e criticità: percorsi di riequilibrio e risoluzione.....	45
III.4.2 La semplificazione del livello territoriale .....	47
III.4.3 L'organizzazione del livello territoriale.....	54
III.4.4 I macroprocessi del livello territoriale.....	55
III.5 L'ORGANIZZAZIONE IN RETE .....	58
III.5.1 La rete nella medicina generale.....	59
III.5.2 La rete delle farmacie .....	61
III.5.3 La rete dell'ICT.....	61
<b>PARTE II – I PROCESSI SANITARI .....</b>	<b>63</b>
<b>IV SISTEMA EPIDEMIOLOGICO.....</b>	<b>63</b>
IV.1 IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE.....	64
IV.2 LO STATO DI SALUTE .....	64
IV.3 I DETERMINANTI DI SALUTE .....	65
IV.4 INTERVENTI SULLA SALUTE E SERVIZI SANITARI.....	66

<b>V</b>	<b>RETE DELLA PREVENZIONE E DELLA ASSISTENZA COLLETTIVA .....</b>	<b>67</b>
V.1	IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	67
V.2	LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO .....	70
V.3	LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI.....	71
<b>VI</b>	<b>RETE TERRITORIALE .....</b>	<b>74</b>
VI.1	IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	74
VI.2	LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO .....	76
VI.3	LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI .....	79
VI.4	LA RIABILITAZIONE.....	82
VI.4.1	<i>Il contesto di riferimento.....</i>	<i>82</i>
VI.4.2	<i>La definizione della strategia e delle linee di intervento.....</i>	<i>83</i>
VI.4.3	<i>La pianificazione delle azioni .....</i>	<i>83</i>
<b>VII</b>	<b>RETE DELL'EMERGENZA URGENZA .....</b>	<b>86</b>
VII.1	IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	86
VII.2	LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO .....	87
VII.3	LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI .....	90
VII.3.1	<i>Definizione Potes.....</i>	<i>90</i>
VII.3.2	<i>Definizione fabbisogno di organico Centrali Operative 118 .....</i>	<i>91</i>
VII.3.3	<i>Punti di Primo Intervento.....</i>	<i>91</i>
VII.3.4	<i>Rete dei Pronto Soccorso e DEA.....</i>	<i>91</i>
VII.3.5	<i>Elisuperfici .....</i>	<i>92</i>
<b>VIII</b>	<b>RETE OSPEDALIERA.....</b>	<b>93</b>
VIII.1	IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	93
VIII.2	LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO .....	94
VIII.3	LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI .....	96
<b>IX</b>	<b>RETI CLINICHE.....</b>	<b>100</b>
IX.1	IL CONTESTO DI RIFERIMENTO .....	100
IX.2	LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO.....	100
IX.3	LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI.....	101
IX.3.1	<i>La rete cardiologica .....</i>	<i>102</i>
IX.3.2	<i>La rete per l'Ictus cerebrale .....</i>	<i>103</i>
IX.3.3	<i>La rete dell'unità spinale .....</i>	<i>104</i>
IX.3.4	<i>La rete oncologica .....</i>	<i>105</i>
IX.3.5	<i>La rete ematologica.....</i>	<i>106</i>
IX.3.6	<i>La rete nefrologica .....</i>	<i>107</i>
IX.3.7	<i>La rete dei trapianti.....</i>	<i>108</i>
IX.3.8	<i>La rete trasfusionale.....</i>	<i>109</i>
IX.3.9	<i>La rete gastroenterologica .....</i>	<i>110</i>
IX.3.10	<i>La rete neonatologica .....</i>	<i>110</i>
IX.3.11	<i>La rete diabetologica .....</i>	<i>112</i>
<b>X</b>	<b>IL PRIVATO ACCREDITATO.....</b>	<b>114</b>
X.1	IL CONTESTO DI RIFERIMENTO .....	114
X.2	LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO.....	115
X.3	LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI.....	115

<b>PARTE III - I PROCESSI SOCIO-SANITARI .....</b>	<b>118</b>
<b>XI L'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA.....</b>	<b>118</b>
XI.1 IL CONTESTO ED I PROGRESSI NELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA.....	118
XI.2 LA LINEA DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA.....	119
XI.3 L'ASSETTO STRUTTURALE DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA .....	120
<i>XI.3.1 Assetto istituzionale.....</i>	<i>120</i>
<i>XI.3.2 Programmazione integrata sociale e sanitaria.....</i>	<i>121</i>
<i>XI.3.3 Organizzazione e gestione.....</i>	<i>121</i>
<i>XI.3.4 Processi, percorsi, procedure .....</i>	<i>123</i>
XI.4 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI.....	126
<i>XI.4.1 Area materno-infantile, adolescenti e giovani .....</i>	<i>128</i>
<i>XI.4.2 Area disabilità .....</i>	<i>129</i>
<i>XI.4.3 Area salute mentale.....</i>	<i>129</i>
<i>XI.4.4 Area dipendenze patologiche .....</i>	<i>130</i>
<i>XI.4.5 Area anziani .....</i>	<i>130</i>
<i>XI.4.6 Area altre fragilità.....</i>	<i>131</i>
XI.5 LE AZIONI E GLI ATTI PER L'IMPLEMENTAZIONE E LA STABILIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA .....	132
<b>PARTE IV - I PROCESSI SOCIALI.....</b>	<b>134</b>
<b>XII I PROCESSI SOCIALI .....</b>	<b>134</b>
XII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	134
XII.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO .....	136
XII.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI .....	146
<b>PARTE V – I PROCESSI DI SUPPORTO.....</b>	<b>148</b>
<b>XIII IL SISTEMA QUALITA' E LO SVILUPPO DEL GOVERNO CLINICO.....</b>	<b>148</b>
XIII.1 PRINCIPI E LINEE STRATEGICHE .....	148
XIII.2 GLI STRUMENTI DEL GOVERNO CLINICO.....	149
<i>XIII.2.1 Il sistema di autorizzazione ed accreditamento istituzionale.....</i>	<i>149</i>
<i>XIII.2.2 La sicurezza del SSR e la gestione del rischio clinico .....</i>	<i>150</i>
<i>XIII.2.3 L'empowerment dei cittadini e la loro partecipazione allo sviluppo del SSR.....</i>	<i>152</i>
<i>XIII.2.4 Lo sviluppo delle pratiche basate sulle prove di efficacia .....</i>	<i>156</i>
<i>XIII.2.5 Il Monitoraggio, la valutazione degli interventi e l'Audit Clinico .....</i>	<i>157</i>
<i>XIII.2.6 L'Health Technology Assessment (HTA).....</i>	<i>158</i>
<i>XIII.2.7 La formazione continua.....</i>	<i>159</i>
XIII.3 INSERIMENTO DELLA QUALITA' E DEL GOVERNO CLINICO NELLA PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE REGIONALE E NELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE .....	163
<b>XIV IL SISTEMA DELLE RISORSE UMANE .....</b>	<b>165</b>
XIV.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	165
XIV.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO .....	169
XIV.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI .....	172
<b>XV IL SISTEMA INFRASTRUTTURALE.....</b>	<b>173</b>
XV.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	173
XV.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO .....	174
XV.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI .....	175

<b>XVI</b>	<b>IL SISTEMA DI INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT) ..</b>	<b>178</b>
XVI.1	IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	178
XVI.1.1	<i>Il cittadino, il sistema socio sanitario e le tecnologie ICT.....</i>	<i>178</i>
XVI.1.2	<i>Assessment organizzativo, tecnologico e infrastrutturale ICT.....</i>	<i>179</i>
XVI.2	LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO .....	181
XVI.2.1	<i>Le componenti dell'intervento ICT .....</i>	<i>182</i>
XVI.3	PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI .....	188
<b>XVII</b>	<b>IL SISTEMA DELLE TECNOLOGIE E DEI SERVIZI.....</b>	<b>190</b>
XVII.1	IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	190
XVII.1.1	<i>Laboratori.....</i>	<i>191</i>
XVII.1.2	<i>Anatomia patologica .....</i>	<i>192</i>
XVII.1.3	<i>Radioterapia .....</i>	<i>193</i>
XVII.1.4	<i>Medicina nucleare.....</i>	<i>196</i>
XVII.1.5	<i>Radiologia.....</i>	<i>198</i>
XVII.1.6	<i>ICT medicale.....</i>	<i>200</i>
XVII.2	LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO E LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI....	202
<b>XVIII</b>	<b>IL SISTEMA FARMACO E I DISPOSITIVI MEDICI.....</b>	<b>204</b>
XVIII.1	IL CONTESTO DI RIFERIMENTO .....	204
XVIII.2	DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO .....	206
XVIII.3	PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI.....	210
<b>LEGENDA</b> .....		<b>213</b>

## **PARTE I – PROCESSI DI GOVERNO**

### **I OBIETTIVI DI PIANO E SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA**

#### **I.1 IL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2010-2012: CONTINUITÀ E SVILUPPO**

L'attuale scenario economico internazionale e nazionale, caratterizzato da sempre maggior scarsità di risorse, rischia di mettere in discussione i principi di universalità, equità e solidarietà e spinge a riflettere su come garantire le stesse risposte ai bisogni sanitari dei cittadini utilizzando nuove forme organizzative. L'evoluzione della ricerca scientifica ha prodotto una sempre più rapida innovazione tecnologica (nuovi strumenti diagnostici, biotecnologie, nanotecnologie, farmaci innovativi, ecc..) che ha garantito da un lato una miglior qualità ed aspettativa di vita e dall'altro un ipertecnicismo, rischio di accanimento terapeutico ed aumento esponenziale dei costi. Nello stesso tempo, l'evoluzione dei modelli organizzativi adottati (spesso rigidi, burocratizzati, frammentati, ridondanti e non integrati) non è avvenuta in modo sincrono e sintonico.

Il sistema sanitario, a fronte di quanto evidenziato, deve necessariamente tendere verso due direzioni: da un lato utilizzare nuovi strumenti per il governo della domanda e dei servizi, con l'obiettivo di conciliare la libera scelta individuale e l'appropriatezza tecnica dovendo spesso adottare scelte di priorità; dall'altro, ricorrere alla via della razionalizzazione dell'offerta.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2012 si sviluppa in continuità con i precedenti Piano sanitario regionale 2007-2009 e Piano sociale regionale 2008-2010 in una logica di sviluppo integrato. Il presente Piano rappresenta il principale strumento di indirizzo strategico per la realizzazione del "sistema salute" della Regione Marche.

Il Piano rappresenta non solo la giustapposizione di linee programmatiche ma vuole sviluppare una nuova realtà culturale dove il welfare si pone come motore di sviluppo dell'intero sistema politico economico e sociale regionale, parte sostanziale e positiva del cambiamento necessario per affrontare le trasformazioni socio economiche in atto.

Nello specifico cambia il volto della sanità e di tutto il welfare che superano la tradizionale visione di sistemi assistenziali intesi nelle logiche di consumo di risorse a favore di un sistema portatore a sua volta di sviluppo e motore dell'intero sistema regionale: culturale, economico, infrastrutturale, organizzativo.

#### **I.2 OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE**

La pianificazione regionale è rivolta a garantire un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo welfare universalistico ed equo, radicato nelle comunità locali e nella regione.

Il Piano vuole sviluppare l'integrazione socio sanitaria a livello della programmazione a cui far seguire le azioni di monitoraggio e valutazione, in relazione alle ricadute che si verificano sull'organizzazione e sull'erogazione dei servizi.

Secondo questa impostazione, gli obiettivi generali del presente Piano sono di seguito rappresentati:

- *La promozione della salute*

Il presente Piano vuole consolidare e sviluppare con nuove iniziative il lavoro impostato nel triennio precedente relativamente agli obiettivi di miglioramento della salute e del benessere sociale, da conseguire attraverso la qualificazione dell'offerta dei servizi, la tutela delle fragilità, la promozione e la sicurezza della salute, la tutela dell'ambiente.

- *Il contenimento dei Tempi di Attesa*

Il contenimento del fenomeno dei tempi di attesa rappresenta un obiettivo fondamentale della Regione che dovrà orientare le scelte operative attraverso un insieme di azioni necessarie per individuare le criticità e rimuoverle con interventi mirati, nell'ambito di un'azione generale di riposizionamento dell'offerta delle prestazioni specialistiche nella regione. L'introduzione di strumenti per facilitare la gestione complessiva delle agende di prenotazione delle prestazioni (centro unico di prenotazione regionale) potrà costituire un valido supporto per la risoluzione di un problema che caratterizza l'intero sistema sanitario nazionale.

- *Il miglioramento dell'appropriatezza*

Il miglioramento dell'appropriatezza costituisce una esigenza prioritaria della Regione, nella duplice accezione di appropriatezza clinico/prescrittiva e appropriatezza nell'ambito di cura e del regime assistenziale, al fine di rendere sempre più efficaci i processi di diagnosi e cura a cui è sottoposto il paziente, riducendo al contempo i tempi di attesa.

- *La riduzione della mobilità passiva*

Il fenomeno della mobilità sanitaria, sia all'interno sia, in particolare, all'esterno della Regione, rappresenta un importante segnale di allarme per il sistema sanitario, in quanto evidenzia o una situazione di carenza dell'offerta nei confronti di particolari bisogni espressi dai cittadini, o un ricorso improprio a forme di assistenza non sufficientemente governate. Laddove non giustificato da precise motivazioni di carattere clinico o organizzativo, devono essere quindi apportati i necessari correttivi per limitare tale fenomeno, sia con azioni di governo della domanda, sia con interventi di razionalizzazione dell'offerta.

- *Il consolidamento del governo clinico*

Il consolidamento del Governo Clinico è rivolto all'integrazione sistemica di strumenti clinici e gestionali quali evidence based medicine, disease management, technology assessment, risk management, accountability and performance, reengineering. Attraverso l'apprendimento di metodi di organizzazione del lavoro, l'audit clinico e gestionale, il lavoro di gruppo, il lavoro per processi e in rete, ha l'obiettivo di conseguire il miglioramento continuo ed integrato dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità dei processi clinici diagnostico-terapeutici e dei profili di cura.

- *Lo sviluppo dell'integrazione socio sanitaria*

L'integrazione socio-sanitaria è una delle direttrici di maggior importanza, i cui punti principali sono rivolti a ribadire l'importanza dell'approccio integrato sociale e sanitario alle problematiche di salute. Particolare attenzione è posta ai soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria; ai "luoghi" dell'integrazione sociale e sanitaria (in particolar modo Distretto sanitario e Ambito Territoriale Sociale); alle relazioni su più livelli tra i soggetti e i portatori di interesse dell'integrazione sociale e sanitaria.

- *Il rafforzamento della prevenzione e della predizione*

Lo scenario di evoluzione della medicina che integra il sapere tradizionale con le più recenti conoscenze di medicina molecolare, innesca un *nuovo percorso diagnostico terapeutico* che trasforma la diagnosi precoce in *predizione* e garantisce la continuità assistenziale attraverso il monitoraggio del rischio. Obiettivi prioritari per il territorio regionale è il consolidamento della rete per la prevenzione collettiva ed il controllo delle sicurezze, orientata ad evolvere verso l'area della predizione. Tale processo comprende il consolidamento in tutto il territorio della rete per la prevenzione collettiva rappresentata dai Dipartimenti di Prevenzione; la strutturazione ed il consolidamento, all'interno di tale rete, della funzione epidemiologica, in ambito sia umano che animale; la creazione o il consolidamento di nodi per il supporto alle azioni sul campo che, ai vari livelli, condividano metodologie, obiettivi, strumenti, reciproche e complementari funzioni; il miglioramento del sistema informativo a supporto della rete per la prevenzione.

- *La promozione della cultura di rete e della collaborazione professionale*

E' indispensabile promuovere la capacità di comunicare e diffondere gli strumenti e la cultura della rete nei diversi contesti operativi e sociali per far crescere le capacità, le competenze e la collaborazione tra i professionisti, attraverso azioni di formazione, comunicazione ed informazione rivolte sia all'interno che all'esterno del sistema socio-sanitario.

### **I.3 SCENARIO NAZIONALE E STRATEGIA REGIONALE**

Le compatibilità ed i vincoli di finanza pubblica al fine di assicurare l'equilibrio economico finanziario costituiscono una delle principali condizioni fissate in sede di Conferenza Stato-Regioni nel Patto per la salute per gli anni 2010-2012, che impone inoltre una serie di parametri e standard con le relative modalità di verifica, volti a razionalizzare le risorse ed a riorganizzare le diverse modalità di erogazione assistenziale secondo criteri di efficientamento e di economicità, e con un forte orientamento all'introduzione di costi-standard. D'altra parte, queste indicazioni si inseriscono in uno scenario socio economico e demografico in continua evoluzione e di crescente complessità.

I sistemi sanitari dei paesi avanzati tentano di rispondere ai bisogni di salute della popolazione attivando contesti organizzativi diversificati e risentono dell'evoluzione del

quadro epidemiologico, della crescente domanda di servizi e prestazioni anche in relazione alla maggiore facilità di accesso alle informazioni da parte dei cittadini, e della recente accelerazione dell'innovazione tecnologica, il tutto all'interno di una situazione generale di difficile sostenibilità economica.

La realtà italiana, in particolare, si caratterizza per un costante incremento dell'invecchiamento della popolazione, sempre più dominato dalla crescente rilevanza delle patologie cronico degenerative, che porta con sé lo sviluppo sempre maggiore di polipatologie. Sempre più consistenti sono i flussi migratori con lo spostamento verso una società multietnica e multirazziale che determina nuovi bisogni di salute. La popolazione in generale risulta sempre a minore stanzialità legata alla precarietà lavorativa, che a sua volta non dà diritto ad accedere ad ammortizzatori sociali realizzando una nuova fascia di povertà e marginalità spesso solo economica e non sempre accompagnata da bassi livelli di istruzione e cultura. Un altro fattore determinante consiste nella facilità di accesso alle informazioni spesso non filtrate, autoprodotte dai cittadini stessi, il che se da una parte può essere considerato un aspetto positivo dell'empowerment, rendendo il cittadino più consapevole rispetto ai propri bisogni di salute (compliance terapeutica, partecipazione), può facilmente indurre una domanda di salute impropria associata all'ansia di avere prestazioni sanitarie diagnostiche che divengono quasi "un sistema di cure" come se la diagnostica fosse già di per sé un atto terapeutico.

Nello stesso tempo, l'assetto epidemiologico e le dinamiche del sistema tecnologico-organizzativo, richiedono una struttura di offerta in grado di realizzare il coordinamento tra le organizzazioni e le istituzioni chiamate a garantire continuità nelle cure ai cittadini ai diversi livelli di intensità assistenziale.

I rapidi cambiamenti epidemiologici ed i relativi nuovi bisogni assistenziali impongono alle istituzioni, ai portatori di interesse ed ai professionisti della salute una rapida riflessione su quali siano gli strumenti di programmazione, verifica e revisione dei percorsi di cura alla persona. Abbiamo bisogno di un confronto e di una sintesi tra progetti che istituzioni e operatori stanno svolgendo troppo spesso singolarmente nell'area della ricerca epidemiologica. E' d'altra parte evidente che la capacità della professione medica di recepire i cambiamenti e di rispondere a bisogni sempre più complessi della popolazione è uno dei fattori essenziali per il mantenimento del proprio ruolo nella Comunità. L'operatore sanitario, sociosanitario e sociale, deve capire l'importanza di stringere alleanza terapeutica con la persona ma deve anche entrare, come soggetto competente, nella programmazione per obiettivi di salute, non più relegato al solo campo delle competenze specifiche ma disponibile a confrontarsi quotidianamente in una relazione strategica con le istituzioni di riferimento.

La complessità del sistema sanitario e del welfare in generale necessita di forme organizzative flessibili e adattabili alla variabilità sociale estremamente fluida e cangiante: in questo contesto, la ricerca in campo organizzativo è concorde nel ritenere il ricorso all'organizzazione a rete una valida risposta alla complessità capace di realizzare forme diversificate capaci di adattarsi alla realtà e che consentono l'efficientamento del sistema a fronte di una elevata efficacia unita a qualità assistenziale.

L'introduzione dell'aziendalizzazione e delle logiche di quasi mercato presenti nell'attuale sistema sanitario italiano, oltre a privilegiare le aree di efficienza ed efficacia a livello microeconomico, richiede una corretta integrazione tra i diversi punti di offerta ottimizzando il funzionamento non solo delle singole unità organizzative ma dell'organizzazione nel suo complesso.

L'adozione di modelli reticolari, può fornire le necessarie risposte in termini di efficacia, efficienza gestionale ed appropriatezza dell'erogazione dei servizi. La nostra capacità di creare collaborazione e condivisione rappresenta anche una sfida nella ricerca di umanizzazione, di qualità e di equità.

#### **I.4 LE LINEE DI INTERVENTO**

Il raggiungimento degli obiettivi generali previsti dal presente Piano richiede l'individuazione di strategie di azione e strumenti che facilitino la realizzazione dei percorsi attuativi. Le principali linee di intervento, sviluppate nel presente Piano, sono riassunte nei seguenti punti:

##### ***La razionalizzazione delle risorse economiche e finanziarie***

La sostenibilità del sistema per il futuro e la possibilità di reggere il passo di una evoluzione tecnologica e scientifico-specialistica costante ed incalzante dipenderanno, in larga parte, dalla capacità di sviluppare una politica di riequilibrio in grado di recuperare risorse dal superamento di ipertrofie e ridondanze non più giustificate dall'evoluzione assistenziale e da una gestione equilibrata; nonché di intervenire su modelli organizzativi ad elevato assorbimento di risorse, ad elevata cristallizzazione di assetto, a bassa flessibilità operativa, a limitata relazionalità interoperativa ed a scadente capacità di presa in carico. Nelle future ripartizioni delle risorse, si dovrà tener conto dell'esigenza di riequilibrare il sistema. In vista del conseguimento di specifici obiettivi di salute, le risorse dovranno essere prioritariamente indirizzate verso i territori che presentano carenze di offerta sanitaria e di dotazioni tecnologiche e strutturali. Esigenza indifferibile è costituita dal recupero delle risorse oggi drenate dalla mobilità passiva interregionale. La politica degli investimenti deve superare logiche puramente incrementali orientandosi invece nella generazione di valore attraverso la coerenza con quanto già esiste.

##### ***La semplificazione ed il rafforzamento dell'assetto istituzionale***

Il rafforzamento ed il consolidamento dell'unitarietà "di sistema" su scala regionale, significa garantire a livello regionale migliori condizioni di indirizzo, controllo e coordinamento delle componenti dei sistemi sociale e sanitario. Tali condizioni possono essere attivate soprattutto attraverso un rafforzamento della struttura di governo a livello centrale e con la condivisione di processi gestionali tra strutture d'offerta facenti capo ad uno stesso bacino di utenza a livello di Area Vasta. Questa azione si deve accompagnare ad una contestuale semplificazione dell'impianto organizzativo a tutti i livelli istituzionali.

##### ***L'orientamento alla ricerca e all'innovazione***

Condizione capitale per il progresso medico-scientifico è l'attenzione alla ricerca, alla formazione e all'innovazione; per questo il presente piano vi contribuisce in modo significativo attraverso l'impulso alla ricerca e alla formazione, utilizzando la valutazione delle tecnologie e la sperimentazione di nuovi percorsi e tecnologie nei processi di cura. La attivazione, in collaborazione con enti di ricerca, di interventi sperimentali sul territorio per l'assistenza domiciliare, insieme al sostegno di programmi di ricerca biomedica, di medicina molecolare, di farmacogenomica, di neuroscienze, costituiscono elemento fondamentale per

contribuire all'istituzione di percorsi virtuosi fra ricerca, formazione e strutture cliniche-territoriali, con l'obiettivo di integrazione e di sviluppo delle conoscenze.

### ***Lo sviluppo dei sistemi di rete***

La rete è costituita da relazioni, interazioni, punti di intervento, eventi interdipendenti, responsabilità, procedure, infrastrutture, strumenti tecnologici. L'insieme di queste componenti si dispone in strutture organizzative finalizzate a incrementare la qualità dei servizi con cui il sistema sanitario assiste la popolazione regionale. L'organizzazione a rete consente di riqualificare l'offerta assistenziale con la messa in rete delle strutture e permette l'integrazione e la collaborazione tra servizi interni ed esterni alle risorse presenti nel territorio producendo sinergie in grado di offrire a cittadini e pazienti servizi di qualità a costi sostenibili.

### ***L'innovazione tecnologica***

Il corretto utilizzo di strumenti innovativi, oltre a garantire marginalità positive più che proporzionali all'investimento economico, apporta sensibili benefici in termini di qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie migliorando nel contempo i livelli di sicurezza per pazienti ed operatori e riducendo, frequentemente, i costi ed i tempi di processo.

L'introduzione di un sistema di governo della innovazione tecnologica costituisce un elemento di primaria importanza, anche in ragione del fatto che le tecnologie biomediche rappresentano una grande risorsa produttiva ed un considerevole patrimonio per il sistema sanitario e sono da considerare a pieno titolo come uno degli elementi fondamentali nella definizione programmatica delle politiche sanitarie e dei relativi piani attuativi.

### ***La riqualificazione e l'adeguamento strutturale***

Il presente Piano consolida il ridisegno della rete ospedaliera nonché la politica generale di miglioramento e rinnovamento delle strutture, in particolare di quelle più importanti e strategiche.

Le attuali strutture ospedaliere, comprese quelle più recenti, che spesso risultano inadeguate sotto il profilo della stessa concezione strutturale, richiedono l'utilizzo di criteri progettuali innovativi e l'introduzione di nuovi modelli organizzativi che consentano una gestione più efficace del paziente secondo logiche di integrazione, continuità della cura e modulazione dell'intensità assistenziale.

Un analogo ragionamento deve essere effettuato per le strutture territoriali e distrettuali che costituiscono il livello territoriale di base in cui si deve realizzare la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

### ***La valorizzazione delle professionalità***

La condivisione degli obiettivi, il consolidamento delle competenze generali ed il sostegno alle competenze distintive, la leva strategica della formazione e lo stimolo della partecipazione, possono consentire di intraprendere percorsi nuovi e modelli più evoluti per la crescita del patrimonio delle risorse umane dei sistemi sanitario e sociale.

La tradizionale gestione del personale orientata al controllo dovrà essere sostituita da una gestione del personale orientata soprattutto alla formazione, che dovrà avere come punto di riferimento la persona nel suo complesso e non solo la preparazione scientifica e tecnico-operativa.

La formazione, è lo strumento alla base della produzione del servizio sanitario e del suo funzionamento ed è un elemento cruciale della gestione e, soprattutto, della valorizzazione delle risorse umane ed ha, in questo senso, un profondo significato strategico.

## **I.5 SOSTENIBILITÀ E RISORSE**

La programmazione economica del triennio 2010-2012 si inquadra in un contesto finalizzato a garantire il mantenimento dell'equilibrio economico del SSR raggiunto nel triennio 2007-2009.

Tra i principali risultati economici raggiunti nel triennio precedente, è importante evidenziare:

- il raggiungimento dell'equilibrio economico che ha comportato per gli anni 2007 - 2008 - 2009 un utile di esercizio pari rispettivamente a 1,05 mil di € nell'anno 2007, a 4,5 mil di € nell'anno 2008 ed a 0,5 mil di € nell'anno 2009, per un totale complessivo di 6 mil di €;
- la riduzione del saldo negativo della mobilità sanitaria, da 45 a 31 milioni di euro;
- l'abbattimento degli interessi moratori verso i fornitori, a seguito di una attenta politica finanziaria di rispetto del pagamento delle fatture dei fornitori.

I risultati economici positivi raggiunti nel triennio 2007-2009 sono stati determinanti per classificare la Regione Marche come una regione virtuosa nel contesto nazionale, garantendo alla stessa di ottenere, annualmente, il saldo del 3% del FSN trattenuto a livello ministeriale e la cui erogazione è subordinata alla verifica positiva dei risultati economici annuali.

Al fine del raggiungimento dell'equilibrio economico annuale nel triennio 2010-2012, risulta indispensabile:

- un azione di coordinamento centrale per monitorare le azioni dei controlli di gestione distribuiti nelle Aziende;
- consolidare l'allineamento, per facilitarne la coerenza, tra l'area economica e l'area sanitaria ai fini di una programmazione integrata;
- far convergere le dotazioni del sistema informativo nel senso di una maggior facilità nelle azioni di controllo e nelle attività previsionali.

### **La programmazione economica 2010-2012**

La programmazione economica degli anni 2010, 2011 e 2012 si basa sulle risorse finanziarie disponibili, legate essenzialmente al riparto del Fondo sanitario nazionale nel periodo di riferimento. Ciò è fortemente condizionato dalla manovra finanziaria approvata dal Governo con il DI 78/2010.

In particolare, viene stimata la quota di FSN di competenza della Regione Marche, sulla base di una percentuale di accesso del 2,55% sul totale del Fondo Sanitario Nazionale.

	RIPARTO 2010-2012		
	2010	2011	2012
Fondo sanitario nazionale*	105.398,00	106.285,00	108.128,98

REGIONE MARCHE			
Fondo sanitario regionale	2.690,163	2.712,803	2.759,869
Incremento assoluto	48,41	68,66	69,24
% FSR/FSN	2,55%	2,55%	2,55%

*(\*il fondo sanitario nazionale per l'anno 2011 è decurtato di 419 mil di € e 600 mil di € rispettivamente per le economie sul personale e sulla farmaceutica prevista nel DL 78/10 "Manovra anticrisi" e per l'anno 2012 è decurtato di 1.132 mil € per le economie derivanti dal personale)*

Per poter mantenere l'equilibrio economico del triennio con le risorse disponibili si dovranno attuare azioni che andranno definite condividendole con le Aziende del SSR e le Organizzazioni sindacali sui costi e sui ricavi.

Dal versante dei costi delle Aziende, sono previste:

- manovra farmaceutica convenzionata e non convenzionata, volta all'allineamento alla programmazione nazionale definita per il triennio di riferimento;
- manovre strutturali da programmare entro il 2010 pari a:
  - o 15 mil di € nell'anno 2010 (6 MESI) pari a 45 nel triennio;
 cui si aggiungono ulteriori 42 mil di € nell'anno 2011, pari ad 84 nel biennio; cui si aggiungono ulteriori 5,5 mil di € nell'anno 2012 per un totale di 134,5 mil di € di manovre strutturali nel triennio;
- manovre di contenimento dei costi, per i quali si prevede un tasso di crescita dell'1% annuo dei costi gestionali, il potenziamento dell'integrazione socio sanitaria nel triennio e le progettualità di interesse regionale previste con la DGR 1306/2009 del budget 2009;
- contenimento del costo del personale agendo sul turn over in base alle disposizioni nazionali;
- accantonamenti previsti in applicazione delle disposizioni nazionali;
- riduzione del 3% della mobilità passiva extra regionale.

Dal versante dei ricavi, le azioni previste sono le seguenti:

- miglioramento delle capacità attrattive dei servizi sanitari regionali con una valutazione dell'eventuale impatto degli accordi di confine con le Regioni limitrofe;
- potenziamento dei ricavi propri del SSR (al netto degli introiti per la libera professione), con un incremento annuo del 2% sul valore dell'anno precedente;

- entrate aggiuntive regionali, pari a 80 mil di € complessivi nel triennio derivanti dall'applicazione dell'articolo 35, comma 2, della Legge regionale n.18 del 28 luglio 2009, necessarie per garantire il pareggio di bilancio per ciascun anno di riferimento (45 mil di € nel 2010 - 26 mil di € nel 2011 - 9 ml di € nel 2012).

Le risorse recuperate attraverso le manovre strutturali del sistema SSR vanno destinate al mantenimento dei servizi sanitari, finalizzando ciò al recupero, nel triennio, delle disomogeneità esistenti a livello territoriale e settoriale tra le Aziende/Zone, permettendo quindi una riallocazione delle risorse dei livelli assistenziali compatibilmente con le risorse disponibili.

Il quadro economico del Servizio Sanitario Nazionale del periodo 2010-2012 è sintetizzato nella seguente tabella ed ha come punto di riferimento il budget 2009 di cui alla DGR 1306/2009.

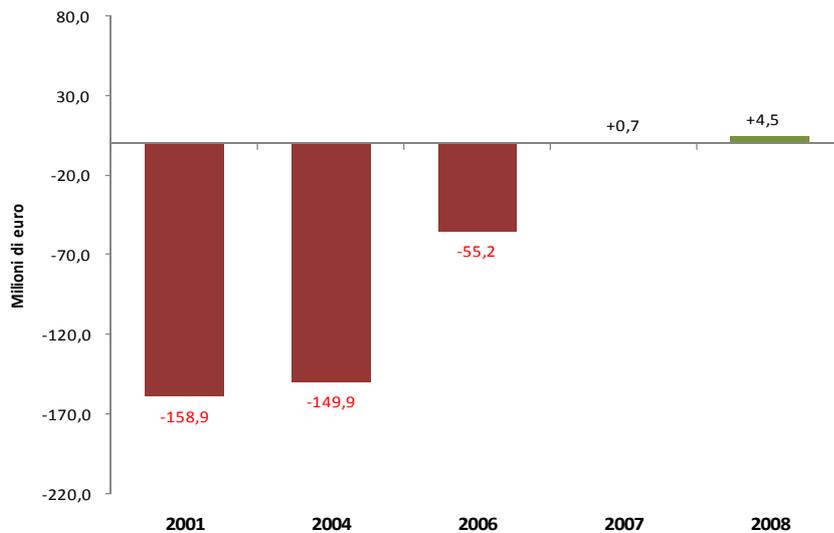
<b>PROGRAMMAZIONE 2010-2012 COERENTE CON DL 78/2010</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>
F.S.R. DISPONIBILE	2.644.688.459	2.667.328.120	2.714.393.601
MOBILITA' ATTIVA EXTRA-REG	90.987.046	90.987.046	90.987.046
ALTRI RICAVI	141.481.563	142.975.072	144.498.452
PAYBACK	8.056.000		-
<b>TOTALE RICAVI SSR</b>	<b>2.885.213.068</b>	<b>2.901.290.238</b>	<b>2.949.879.099</b>
<b>TOTALE COSTI SSR</b>	<b>2.945.172.410</b>	<b>2.983.920.326</b>	<b>3.021.192.118</b>
<b>RISULTATO D'ESERCIZIO</b>	<b>- 59.959.342</b>	<b>- 82.630.088</b>	<b>- 71.313.019</b>
val in mil di €			
MANOVRE STRUTTURALI 2010	15.000.000	15.000.000	15.000.000
MANOVRE STRUTTURALI 2011		42.000.000	42.000.000
MANOVRE STRUTTURALI 2012			5.500.000
ULTERIORI FINANZIAMENTI	45.000.000	26.000.000	9.000.000
<b>RISULTATO D'ESERCIZIO</b>	<b>40.658</b>	<b>369.912</b>	<b>186.981</b>

(nota: i costi e i ricavi sono al netto dello scorporo dei comuni della Valmarecchia)

Fermo restando il quadro economico complessivo di riferimento, gli obiettivi così definiti potranno essere rimodulati nell'ambito del Servizio sanitario regionale alla luce delle scelte contenute nel presente Piano Socio Sanitario Regionale.

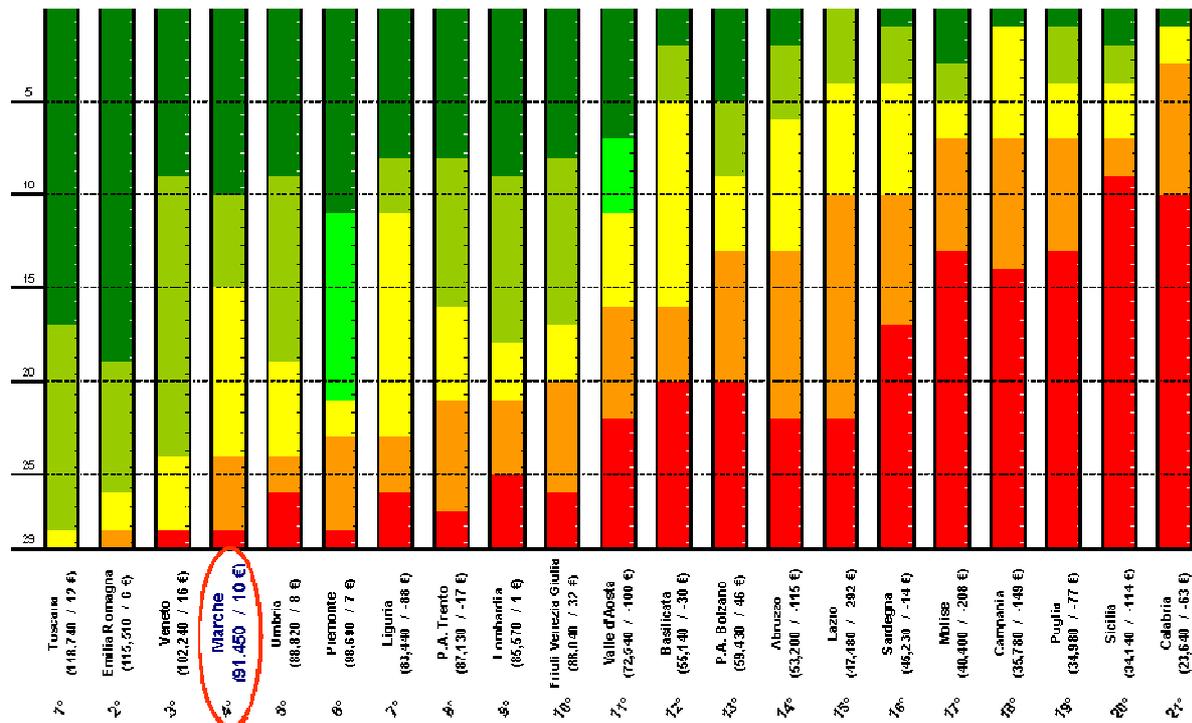
## **I.6 POSIZIONAMENTO DELLA REGIONE E RISULTATI RAGGIUNTI**

La Regione Marche non solo si colloca in posizione rispettabile in termini economici avendo garantito il pareggio di bilancio e mettendo i cittadini al riparo da ulteriori pressioni fiscali ma si colloca ai primi posti in numerosi studi di verifica a livello nazionale che testimoniano la bontà della qualità assistenziale. E' importante rendere conoscibili da parte dei cittadini, alcune misure che rappresentino la qualità dell'azione della pubblica amministrazione nei diversi settori di policy.



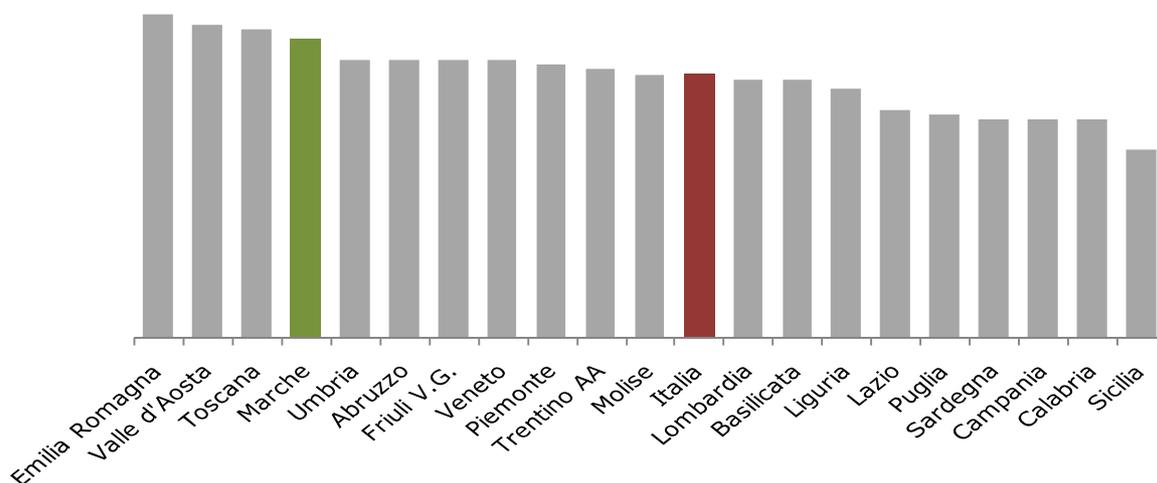
Risultati economici di competenza in milioni di €

Dall'analisi dei dati risultanti dal “**sistema di valutazione delle performance**” del Sistema Sanitario, basato su una metodologia messa a punto dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore “Sant’Anna” di Pisa, commissionato dal Ministero della Salute, che pone a confronto le Regioni e Province autonome sulla base di una serie di indicatori, risulta che per quanto attiene la Regione Marche, su 29 indicatori considerati nello studio, ben 10 rientrano tra le valutazioni di performance ottima, 5 di performance buona e 9 di performance media. Nel complesso **24 indicatori rientrano nella valutazione positiva**.



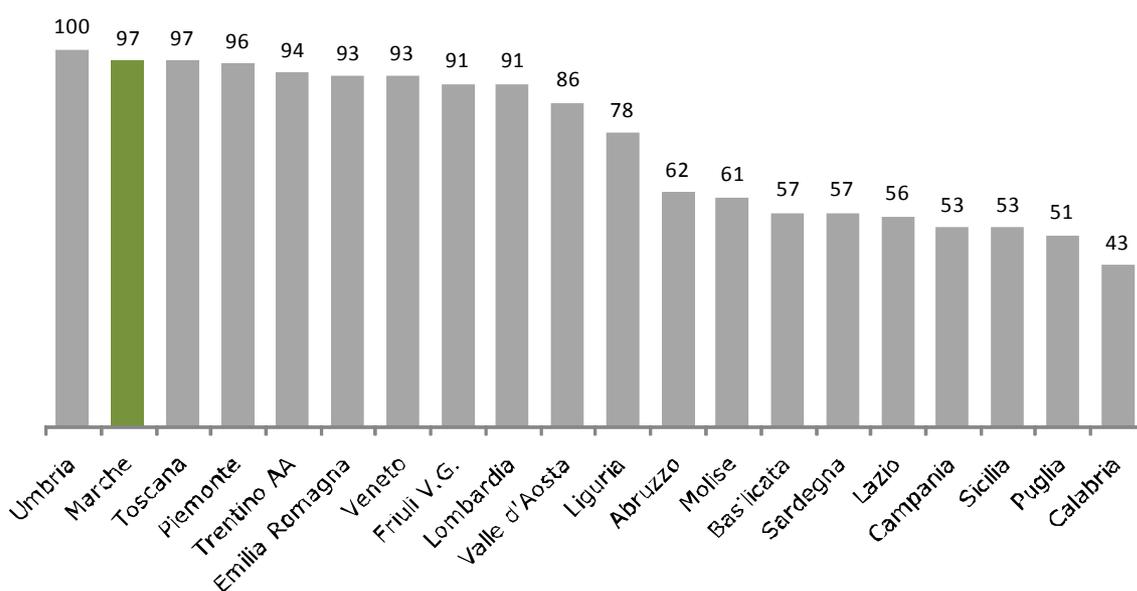
Fonte: Ministero della Salute - Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa

L'indicatore di sintesi sulla SALUTE, che vede le Marche al 4° posto, comprende misure che vanno dai tassi sulla prevenzione alla spesa farmaceutica, dall'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate alla dotazione e alla qualità organizzativa dei servizi a favore dei cittadini

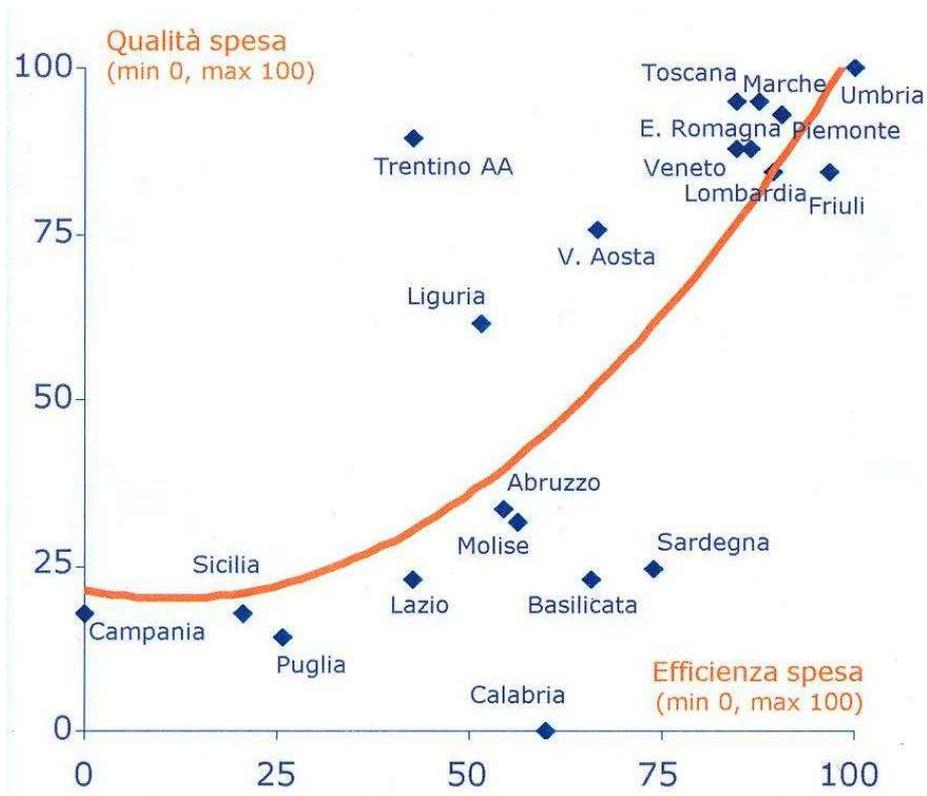


Fonte: MISURA PA - Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie - Ministero P.A. e Innovazione

Anche lo studio effettuato dal Ministero della Salute (CERM) che ha valutato, attraverso un indicatore composito di qualità sanitaria la realtà delle diverse regioni italiane e dove sono stati analizzati 52 indici di outcome, soddisfazione, appropriatezza, mobilità, testimonia del buon livello assistenziale ed anche in tale studio la regione ha ottenuto una buona collocazione.



Fonte: Ministero della Salute e del Lavoro - Studio CERM



Fonte: Farindustria- Studio CERM

Un'ulteriore conferma della buona qualità ed efficienza dei servizi si evidenzia anche dal grafico sovrastante la testimonianza di come l'abilità dei decisori politici sia stata capace di coniugare qualità, equità a fronte di scarsi sprechi economici.

## **II INNOVAZIONE E SVILUPPO**

### **II.1 LA SALUTE E LA CREAZIONE DEL VALORE**

La spesa sanitaria rappresenta un ottimo volano per la crescita di un paese, nel breve come nel lungo periodo. Di fatto, un buono stato di salute aumenta il tempo disponibile per lavoro e aumenta la produttività. Inoltre, un migliore stato di salute, aumentando le aspettative di vita, permette di raggiungere a livello aggregato livelli di istruzione della popolazione più elevati, facendo così aumentare lo stock di capitale umano. Va poi considerato il ruolo fondamentale della spesa in ricerca e sviluppo, e come tale settore rappresenti un formidabile volano per l'intera economia oltre ad avere un forte impatto sull'offerta di lavoro.

La spesa sanitaria può essere considerata un importante strumento di stabilizzazione del reddito e di opportunità di lavoro, in quanto ad essa è legato un vasto indotto di piccole imprese, che spesso rappresentano una delle poche opportunità di lavoro nelle comunità locali.

Allo stesso tempo, tassi più elevati di crescita economica di una nazione o regione sono fondamentali in quanto permettono di avere maggiori risorse a disposizione per migliorare lo stato di salute della popolazione, innescando così un processo di crescita endogeno.

Sebbene tali argomenti fossero da tempo noti agli addetti ai lavori, e sebbene siano molti gli studi condotti in questo periodo che hanno permesso di avere una migliore comprensione del collegamento tra salute e sviluppo economico, guardare alla spesa sanitaria come spesa per investimenti e, quindi, come una delle principali determinanti della crescita di un paese, è una visione abbastanza recente che si è andata consolidando solo negli ultimi 10-15 anni a livello internazionale. Tale visione risulta spesso ancora estranea al pensiero di molti attori del sistema, che interpretano la spesa sanitaria per lo più come fonte di "spesa corrente" e quindi come possibile fonte di deficit.

La relazione tra investimento in salute e crescita economica dimostra che maggiori investimenti in salute consentono la riduzione delle perdite della produzione imputabili alla malattia dei lavoratori, assicurano l'uso di risorse naturali precedentemente inaccessibili a causa della malattia, incrementano la partecipazione scolastica dei bambini e la loro capacità di apprendimento con benefici anche per le generazioni future e, infine, rendono disponibile risorse finanziarie altrimenti destinate al trattamento della malattia.

Gli investimenti in salute sono sicuramente una delle principali opzioni da seguire se si vogliono garantire prospettive di crescita economica prolungata.

La relazione salute e crescita economica è biunivoca. Da una parte infatti, maggiori livelli di ricchezza possono migliorare lo stato della salute mediante effetti diretti - garantendo condizioni materiali che hanno un impatto positivo sullo stato di salute e di sopravvivenza biologica - e indiretti - assicurando la partecipazione sociale, la possibilità di controllare le circostanze della vita e la sensazione di sicurezza.

Lo stato di salute si riflette sul sistema economico attraverso quattro distinti canali: livelli di produttività, offerta di lavoro, livelli di preparazione e di specializzazione, ottenibile attraverso maggiori livelli di istruzione e formazione professionale, e maggiori livelli di risparmio per

permettere maggiori investimenti in capitale fisico e umano. Innumerevoli sono i contributi esistenti in letteratura che hanno portato evidenze a favore della spesa sanitaria come driver della crescita.

Il conseguimento degli obiettivi del Piano deve garantire una efficace risposta alla richiesta di razionalizzazione delle risorse in relazione alla grave situazione economico finanziaria che sta caratterizzando i sistemi pubblici di gran parte dei paesi occidentali. D'altra parte, all'interno di questa logica di minore disponibilità economica, il presente Piano vuole comunque affermare la possibilità di garantire uno sviluppo virtuoso dell'intero sistema socio sanitario regionale, al fine di consentire il miglioramento, in termini qualitativi e quantitativi, delle condizioni di accessibilità, fruibilità e tempestività dei servizi e delle prestazioni erogate dalle strutture regionali.

I vantaggi ottenuti dovranno riguardare di conseguenza la salute ed il benessere dei cittadini marchigiani, ma non si limiteranno agli aspetti più squisitamente clinici, sanitari, sociali e di processo del SSSR, bensì potranno presentare ricadute di maggiore ampiezza, sia in termini di miglior uso delle risorse disponibili, sia come volano per una crescita produttiva che coinvolga diverse realtà regionali.

Il funzionamento e, di conseguenza, l'evoluzione del sistema socio sanitario regionale avviene all'interno di un "sistema" marchigiano in cui sono forti le interazioni tra le sue diverse componenti.

L'attuazione di percorsi diagnostico terapeutici produce cambiamenti a livello economico, sociale, organizzativo, tecnologico, strutturale, infrastrutturale, ambientale e culturale nell'intera Regione. In logica sistemica, i cambiamenti introdotti nell'ambito del sistema socio sanitario inducono infatti importanti conseguenze sulla realtà marchigiana, aumentando la sua capacità produttiva e di impiego delle risorse.

La creazione, ma forse anche solo l'adeguamento, di una struttura ospedaliera, orientata al trattamento di casi di medio-alta complessità e con vocazione alla ricerca, comporta non solo un aumento della capacità di risposta ai bisogni diagnostico terapeutici espressi dalla popolazione residente, ma determina conseguenze socio-economico-ambientali per l'intera Regione.

Le ricadute generali sul "sistema" Regione possono quindi riguardare le risorse progettuali coinvolte, le opere edilizie ed impiantistiche da avviare, l'incremento di infrastrutture (viabilità, trasporti, servizi di telecomunicazione), le tecnologie e le risorse professionali da introdurre, i beni e i servizi da acquisire, la formazione per gli operatori, le azioni di informazione e comunicazione ai cittadini, la salvaguardia dei vincoli paesaggistici ed ambientali.

La realizzazione di progetti, sperimentazioni gestionali ed azioni di sviluppo conseguenti alle indicazioni strategiche contenute nella pianificazione regionale ha rappresentato una significativa dimostrazione del contributo allo sviluppo della Regione che può derivare dalla filiera sanitaria. In particolare, sono da evidenziare i "cantieri" progettuali che concorreranno allo sviluppo del sistema sanitario marchigiano, tra i quali:

- l'integrazione sperimentale tra l'Azienda Ospedaliera San Salvatore di Pesaro e l'Ospedale Santa Croce di Fano – ASUR zona territoriale 3 nel contesto dell'Area vasta 1, che ha portato alla legge regionale di istituzione degli Ospedali Riuniti Marche Nord, quale nodo provinciale di riferimento della rete ospedaliera;

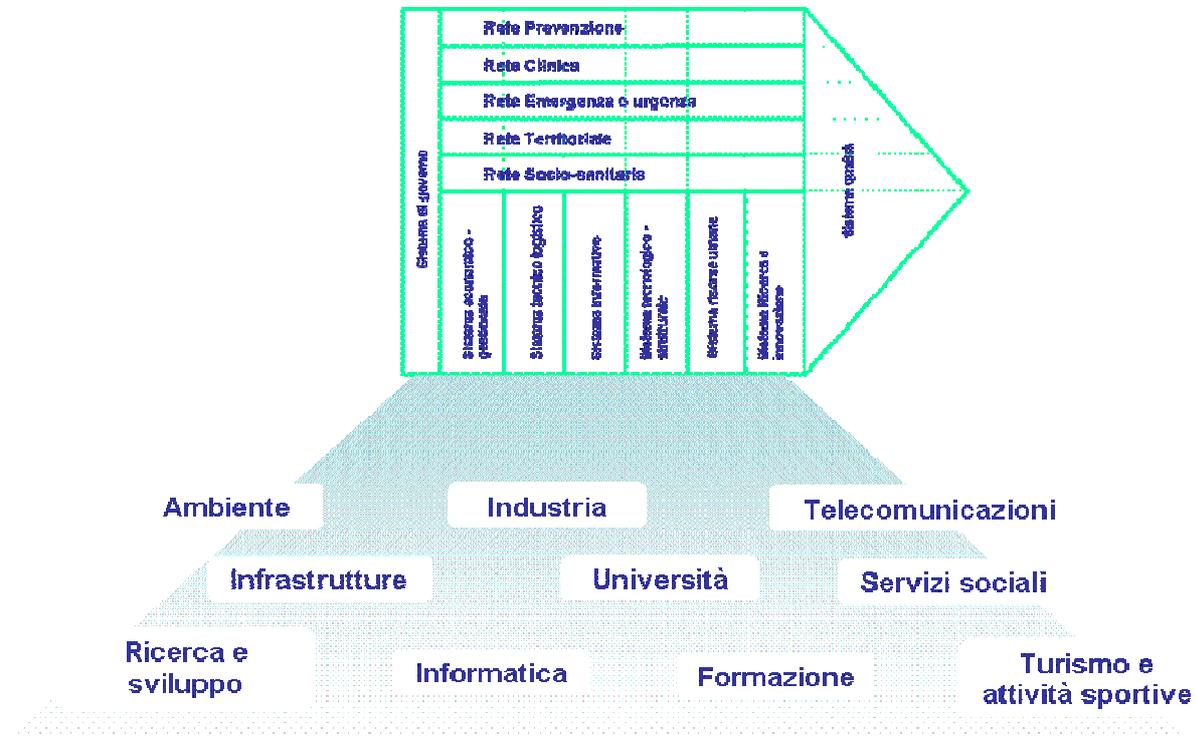
- il Progetto di gestione integrata sperimentale tra l'Ospedale C.G. Mazzoni di Ascoli Piceno e l'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto – ASUR zone territoriali n. 12 e n. 13 nel contesto dell'Area vasta 5, propedeutica all'istituzione degli Ospedali Riuniti Marche Sud;
- il modello sperimentale di organizzazione delle reti clinica, socio-sanitaria, di emergenza-urgenza, di prevenzione e dei servizi di supporto nel contesto dell'Area vasta 3 di Macerata, Civitanova e Camerino;
- il progetto sperimentale del sistema delle cure primarie relativo all'Area vasta n. 5 di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto;
- la sperimentazione secondo le Linee di indirizzo per la gestione integrata nel contesto dell'Area metropolitana di Ancona tra l'Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, l'ASUR, la zona territoriale n. 7 e l'INRCA;
- le Linee di indirizzo per la gestione integrata dei Servizi territoriali tra le Aree vaste 4 e 5, con il coinvolgimento delle Zone territoriali n. 11 di Fermo, n. 12 di San Benedetto del Tronto, n. 13 di Ascoli Piceno;
- le Linee di indirizzo per lo sviluppo dell'ospedale di comunità – Casa della salute nell'ambito dell'Area vasta”, per la sperimentazione di un modello gestionale extraospedaliero che garantisca i livelli più bassi dell'emergenza, i servizi di prevenzione e servizi territoriali quali il consultorio, il sert, i servizi psichiatrici;
- il modello sperimentale di organizzazione nell'Area montana delle reti clinica, socio-sanitaria, di emergenza urgenza, di prevenzione e dei servizi di supporto;
- lo studio di fattibilità sul nuovo Inrca/Ospedale di rete, a cui è seguito il Concorso di idee a livello europeo per la realizzazione della nuova struttura ospedaliera nell'Area metropolitana a sud di Ancona, insieme allo studio di fattibilità sul Presidio di alta specialità Salesi di Ancona, quale ridisegno dei servizi ospedalieri nell'area metropolitana di Ancona;
- il protocollo di intesa per la riorganizzazione delle funzioni di assistenza ospedaliera dell'area sud di Ancona – presidi di Osimo e di Loreto;
- lo studio di fattibilità per il nuovo Ospedale di Fermo e conseguente Concorso di idee a livello europeo per la realizzazione della nuova struttura ospedaliera, quale nodo di riferimento della rete ospedaliera per l'Area vasta 4.

La presenza di operatori privati (case di cura, strutture poliambulatoriali, laboratori diagnostici, strutture residenziali assistenziali, riabilitative, di lungodegenza, e così via) fornisce inoltre una ulteriore opportunità sia per consolidare il contributo che in termini clinico-assistenziali viene fornito ai cittadini ad integrazione dell'offerta pubblica, sia per favorire lo sviluppo di nuove realtà professionali a supporto dell'intero SSR.

In questo senso, in relazione allo sviluppo della medicina molecolare ed all'evoluzione delle tecnologie diagnostiche e delle telecomunicazioni, si aprono numerosi fronti di sviluppo in particolare a supporto delle attività di riabilitazione e di assistenza residenziale e domiciliare.

Il sistema socio sanitario è quindi da considerare non solo come il più rilevante fattore di spesa a carico dell'economia regionale, ma come un fondamentale *motore di sviluppo*

dell'intera economia marchigiana per le importanti implicazioni che esso comporta su tutti i settori produttivi della Regione.



## II.2 RICERCA, INNOVAZIONE E SVILUPPO

Il sistema salute inteso come motore di sviluppo culturale ed economico dell'intero territorio regionale e non solo come produzione di servizi trova le basi applicative nella sua abilità di avviare e implementare le aree di ricerca ed innovazione. Ne consegue che la programmazione regionale interpreta e programma il ruolo della ricerca come parte fondante dell'intera progettualità strategica attribuendole un ruolo di primaria importanza.

Con il PSR 2007-2009 la Regione Marche introduceva la tematica relativa all'area della ricerca come parte istituzionale del servizio sanitario regionale e non un sistema a parte, confermando il proprio impegno sul tema della ricerca e innovazione, impegno che alla luce delle esperienze fatte si ritiene opportuno sviluppare, essendo giunto il momento in cui le iniziative progettuali avviate nel corso degli ultimi anni vengano collocate nell'ambito di un disegno strategico generale, che ne valorizzi il significato e le implicazioni.

Il nuovo piano socio-sanitario vuole creare ambiti di iniziative a carattere sistemico orientate al trasferimento nella pratica clinica sanitaria e sociale dei risultati della ricerca, di valutazione di impatto delle tecnologie, di consolidamento dell'infrastruttura regionale per la research capacity (per esempio attraverso lo sviluppo di database clinici-sociali).

In questa ottica si inserisce lo sviluppo di una competenza di Health Technology Assessment (HTA), e di Assessment delle professionalità che attraverso un percorso metodologico, consente di supportare l'area della ricerca per le scelte di implementazione dei processi validati in ambito di ricerca ed in particolare per la valutazione delle professionalità e delle tecnologie sanitarie. L'HTA riguarda tutto ciò che si intende per innovazione in ambito sanitario e prende le mosse da studi sui nuovi farmaci oncologici per estendersi al mondo delle tecnologie sanitarie in senso lato. In Tale ottica si pone a cavallo tra il momento della ricerca e l'adozione delle scelte programmatiche.

A tal fine si dovranno sviluppare progetti di ricerca-intervento su temi inerenti l'innovazione clinico-organizzativa e tecnologica, privilegiando le aree che per tradizione risentono più di altre dei progressi tecnologici quali l'area molecolare, l'area oncologica, l'area tecnologie diagnostiche ad alto valore, per citarne alcune.

Nell'innovazione il processo di trasferimento delle conoscenze scientifiche disponibili alla pratica dei servizi sanitari rappresenta il più delle volte una criticità.

Relativamente a queste tematiche, gli input nazionali sono limitati e non sempre tra loro coordinati mentre la nostra realtà territoriale può costruire un percorso unitario che mette insieme gli aspetti di innovazione organizzativa con quelli di tipo tecnologico quali quelli della diagnostica strumentale, diagnostica molecolare, farmacogenomica e farmaci innovativi.

### **II.2.1 L'area della ricerca e dello sviluppo**

La ricerca attraverso la sperimentazione di nuove forme gestionali più consone allo sviluppo di tutti i sistemi "salute", riconsidera e riporta in primo piano il ruolo dei cittadini gestori della propria salute.

La scelta della nostra regione di rinnovare molte delle strutture sanitarie obsolete e di rimodernarne altre, non può esimersi da una rivisitazione ed un ammodernamento complessivo del sistema che sarà chiamato a sperimentare i modelli clinico gestionali della governance, in un ottica di sviluppo che potrà portare l'intero panorama regionale a riposizionarsi non solo in termini economici ma soprattutto in termini di abilità a rispondere ai bisogni espressi ed inespressi tra le regioni virtuose.

La valutazione delle aree di applicazione della ricerca medica e sociale tradizionale, dovrà essere sviluppata avendo come base i modelli strategici e la programmazione regionale. A questa si affiancherà la ricerca e lo sviluppo delle aree strutturali e infrastrutturali.

Si dovrà dare impulso alla sperimentazione di nuove modalità di rapporto con l'industria farmaceutica e biomedicale presente sul territorio per arrivare a nuove forme di collaborazione anche finanziaria sulle aree strategiche di sviluppo conoscitivo rilevanti per il Sistema socio sanitario Regionale anche, in un ottica di sviluppo reciproco dei sistemi.

Con il precedente PSR, sono state programmate azioni che hanno consentito di sviluppare la rete della Medicina Molecolare, su cui è stata posta maggior attenzione dando luogo all'avvio di una rete professionale. I risultati ottenuti negli ultimi decenni nel campo della diagnostica molecolare hanno aperto definitivamente le frontiere di questo moderno settore. Una corretta informazione genetica è la condizione essenziale per il mantenimento di una costante composizione chimica dell'organismo, per la conservazione della sue normali strutture molecolari e per il regolare andamento di tutte le reazioni metaboliche che in esso si svolgono. Ogni alterazione dell'informazione genetica a livello dei geni strutturali o di

regolazione modifica, perciò, questi equilibri e può tradursi in un errore metabolico più o meno dannoso per l'economia generale dell'organismo. Attraverso lo sviluppo di tale disciplina si potrà traghettare il sistema salute della regione, dalla tradizionale medicina preventiva alla piena attuazione di una medicina predittiva, con innegabili benefici in termini di salute del cittadino.

La regione ha avviato attraverso la delibera per la realizzazione della rete della medicina Molecolare (DGR 574), la ricognizione del settore ed ha intrapreso i lavori per la realizzazione della rete stessa con logiche di integrazione tra l'approccio diagnostico-laboratoristico, di imaging molecolare e l'approccio terapeutico. La rete si svilupperà attraverso l'individuazione di linee di intervento su diversi settori, area oncologia, ematologia, cardiovascolare, ecc., verso la definizione di protocolli attuativi e la definizione di profili assistenziali. Tale rete prevede, tra i suoi obiettivi, lo sviluppo della formazione adeguata a tutti i livelli, per evitare che si creino aree di inappropriata prescrizione o mancanza di risposte ai bisogni dei cittadini.

La ricerca è arricchita, grazie alle collaborazioni con i principali network nazionali e internazionali, delle competenze di punta nel panorama nazionale; nell'area della medicina molecolare sono già in corso collaborazioni con l'IEO nell'ambito formativo e non solo, mentre ulteriori progetti di ricerca sono in fase di realizzazione.

La regione dovrà accedere ai finanziamenti nazionali; del fondo della ricerca e di altri fondi via via messi a disposizione sia nell'ambito della ricerca tradizionale sia in quella dell'organizzazione dei servizi. Ugualmente attraverso lo sviluppo di tale settore sarà necessario recuperare economie all'interno delle progettualità messe a disposizione dalla comunità europea e che il più delle volte sono stati utilizzati in maniera discontinua; per alcune linee di ricerca a fronte delle nostre competenze di pregio, potremmo svolgere un ruolo trainante per alcune aree.

Per garantire lo sviluppo della ricerca e innovazione sono quindi necessarie azioni volte a sviluppare:

- l'area della ricerca medica e sociale;
- l'area della ricerca per lo sviluppo infrastrutturale;
- l'area della ricerca per il governo clinico;
- l'area della formazione a supporto.

Tali aree potranno svilupparsi a partire da un forte coordinamento regionale capace di raccogliere esperienze e buone prassi attraverso appositi sistemi di rilevamento di quanto viene sviluppato in ambiente clinico e sociale, e attraverso la creazione di un rilevamento regionale che potrà rileggere i risultati delle sperimentazioni in corso e riorientare i sistemi scegliendo di volta in volta quanto di meglio emerge dal sistema.

## **II.2.2 Il ruolo dell'Università**

Nell'ambito della ricerca e innovazione si colloca a pieno titolo la risorsa Università, non solo quella tradizionale delle scienze mediche ma anche le altre facoltà scientifiche (biologiche, ingegneristiche, ecc.) e quelle di connotazione umanistica e socio-economica per coordinarsi in un ruolo di leadership intellettuale con la programmazione regionale.

L'Università potrà mettere a disposizione metodologie di ricerca consolidate che si tradurranno nello sviluppo del sistema salute delle Marche e attraverso la ricchezza del suo patrimonio culturale; ricollocato per quanto attiene la salute ed il benessere dei cittadini quale elemento portante, darà maggior impulso a tutti i sistemi che operano come benessere sociale e sanitario nell'interesse del cittadino marchigiano.

Da ciascuna delle realtà universitarie del territorio regionale sarà preso quanto di specifico si può garantire ai cittadini nelle letture più ampie della salute; si pensi ad esempio alle biotecnologie nella relazione con la facoltà di Medicina, ma anche con le facoltà biologiche presenti sul territorio e con la facoltà di Ingegneria. Ovvero alle riletture delle organizzazioni socio sanitarie in una ottica integrata, grazie ai saperi sociali diffusi nella facoltà di Economia, e ancora alla stessa facoltà come capacità di sviluppare modelli che consentano di analizzare le risorse necessarie e quelle recuperabili da una miglior gestione dei servizi per sviluppare nuovi ambiti.

### **II.2.3 L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) - INRCA**

L'Istituto Nazionale Ricovero e Cura dell'Anziano (INRCA) si caratterizza come IRCCS, e si pone a livello nazionale, come leader nell'ambito della sua mission clinico-assistenziale e della ricerca scientifica sui problemi complessi delle persone anziane.

Il triennio 2007/2009 è stato caratterizzato dalla riorganizzazione interna e ristrutturazione dell'Istituto dell'INRCA, nonché dalla riduzione del deficit economico-finanziario come premessa fondamentale per un rilancio dell'INRCA. Di fatto il risultato economico d'esercizio delle Sedi marchigiane dell'INRCA è complessivamente positivo grazie ai maggiori contributi per il riconoscimento del ruolo dell'Istituto, agli interventi per il contenimento dei costi di produzione ed alla razionalizzazione dell'attività di erogazione finalizzata a garantire la "tenuta" di sistema sia dal punto di vista dei costi che della qualità e quantità dell'attività prodotta.

Afferiscono all'Inrca i Centri e Laboratori di Ricerca traslazionale di:

- dermatologia geriatrica;
- analisi della postura e del movimento;
- documentazione sul farmaco;
- neuropsicologia.

L'INRCA rappresenta anche un Polo Scientifico Tecnologico strutturato in centri e laboratori di studio e ricerca biomedica, socio economica e gestionale per:

- la Neurobiologia dell' invecchiamento;
- la Nutrizione e invecchiamento;
- le Tecnologie avanzate sull' invecchiamento;
- la Patologia clinica e terapia innovativa;
- i Disturbi del Metabolismo nell' invecchiamento;
- la Bioenergetica cellulare;
- la Bioinformatica;

- la Bioingegneria;
- gli Aspetti psico-sociali dell' invecchiamento;
- l'Economia e Progettazione Socio-sanitaria;
- la Longevità e rapporti con il terzo settore;
- i Sistemi socio-sanitari e le politiche di welfare per anziani;
- i Corretti stili di vita nell' anziano.

L'attività di ricerca scientifica è stata completamente rifunzionalizzata sia sul piano dei contenuti che dell'organizzazione. I risultati della ricerca, frutto della sua profonda riorganizzazione, saranno ampiamente evidenti nei prossimi anni. Tutti i servizi sono stati certificati anche in previsione della Site-Visit ministeriale per la conferma dello status di IRCCS.

La sede di Ancona, così come le altre sedi marchigiane dell'INRCA, dovranno implementare e conseguire i seguenti obiettivi istituzionali:

- porre l'anziano come "centralità " degli interessi istituzionali;
- organizzare un sistema "reticolare" con interventi in sinergia fra loro;
- promuovere al massimo l'integrazione tra gli aspetti assistenziali e ricerca, tra quelli sanitari e socio-economici del mondo degli anziani favorendo i rapporti pluri-disciplinari ed inter-disciplinari;
- tendere all'efficacia ed alla sostenibilità economica degli interventi.

#### **II.2.4 L' Agenzia nazionale per la terza età**

Il riconoscimento alla nostra Regione di leader nella ricerca, cura e trattamento delle patologie dell'anziano, ha condotto all'attribuzione all'INRCA del ruolo di Agenzia nazionale per la terza età, punto di riferimento sull'intero territorio nazionale per dare risposte alle problematiche dell'invecchiamento, nella logica della medicina attiva e predittiva grazie all'implementazione della medicina molecolare.

L'Agenzia Nazionale per l'invecchiamento è stata istituita attraverso un accordo promosso dalla Regione con il Ministero della Salute ed è volta a valorizzare la tradizione di eccellenza dell'INRCA. Geriatria, genomica, e terapia, demografia e sociologia, patologia e robotica, economia sanitaria, sono alcune delle discipline fondamentali per affrontare il problema dell'invecchiamento della popolazione attraverso politiche attive, oltre che di assistenza. Si tratta di un problema che non può essere risolto con un'ottica solo medica, ma deve trovare soluzioni attraverso complesse interazioni che richiedono un'adeguata organizzazione. L'Agenzia rappresenta uno strumento unico nel quale confluiranno tutte le conoscenze espresse dalle singole istituzioni, per essere assemblate, interpretate ed utilizzate nell'interesse dei cittadini non solo marchigiani, al fine della promozione della longevità attiva, per valorizzare l'anziano quale risorsa della comunità.

Un'attività di questo tipo non è più rimandabile, considerando che la durata di vita è in aumento e la popolazione anziana continua a crescere. Ciò richiede interventi che potrebbero essere non sostenibili da parte della società senza preventivi studi e ricerche per

trovare soluzioni efficaci ed economiche. In questo scenario l'Agenzia rappresenta un organismo per lo sviluppo della salute e delle politiche sociali. L'Agenzia si colloca come punto di riferimento per la realizzazione di una rete nazionale volta ad approfondire la ricerca relativa all'anziano.

Rilevante e decisiva è la scelta regionale di procedere alla realizzazione di una nuova struttura ospedaliera a ricomprendere l'Ospedale di rete di Osimo e l'infrastruttura dell'Agenzia Nazionale dell'invecchiamento nell'area metropolitana di Ancona.

### **II.2.5 Il ruolo delle Fondazioni**

Da anni la ricerca e lo sviluppo e l'ammodernamento di aree tecnologiche passa attraverso il ruolo delle Fondazioni del nostro territorio che riversano nel sistema economie utili ai cittadini.

Le risorse messe a disposizione del sistema sono state di volta in volta in grado di colmare lacune talvolta dettate da ristrettezze economiche portando innegabili vantaggi al sistema salute della nostra Regione.

Attualmente si impone un momento di raccordo, affinché tali risorse si integrino nell'ambito programmatico regionale che potrà, sulla base dei bisogni della popolazione, collaborare per sensibilizzare le stesse alla programmazione che sia non avulsa dal contesto locale e complessivo del sistema.

### **II.2.6 Le azioni strategiche**

Gli obiettivi prioritari che renderanno traducibili tali presupposti strategici in impianti operativi si sviluppano attraverso le seguenti azioni:

- organizzare e consolidare la funzione di coordinamento regionale, luogo istituzionali della collaborazione fra Università e Sistema Sociale e Sanitario regionale;
- creazione e rafforzamento di una infrastruttura tecnologica e informativa necessaria per lo sviluppo delle attività di ricerca sanitaria finalizzata;
- promuovere il contributo delle strutture proprie del SSR in termini di risorse umane e finanziarie con l'obiettivo di realizzare masse critiche adeguate a rispondere alle sfide nazionali ed internazionali;
- sviluppare sia a livello regionale che all'interno delle Aree vaste e delle Aziende sanitarie la capacità di gestire funzioni di ricerca e sviluppo come attività istituzionale propria del SSR, inscindibile dai tradizionali compiti di assistenza;
- utilizzare i fondi dei progetti speciali di competenza regionale solo per l'attuazione di specifici progetti di ricerca nel campo della governance, delle tecnologie e dello sviluppo delle reti molecolari, delle biotecnologie, ecc.;
- svolgere una funzione di raccordo con le Fondazioni per una loro partnership integrata e solidale con i sistemi;
- sviluppare la formazione sul territorio anche in raccordo con le Università.

Lo sviluppo sistemico di tali aree seppure in un momento di grave ristrettezze economiche rappresenta tuttavia la chiave di volta per riavviare l'intero sistema socio sanitario regionale.

### II.3 CHANGE MANAGEMENT

Formazione, motivazione, comunicazione sono le parole chiave che consentono il cambiamento delle logiche di organizzazione e di sviluppo del sistema che può rifondare gli indirizzi strategici su basi nuove e capaci di seguire l'evoluzione nell'ambito sociale e sanitario complessivo, secondo i principi del *knowledge management*.

L'innovazione passa anche attraverso la formazione intesa sia come sviluppo delle professionalità di settore, in accordo con l'Università e l'incremento del numero di posti per le scuole di specialità, sia attraverso la formazione di nuovi manager per il governo dell'intero settore socio-sanitario marchigiano.

La formazione in un ottica sistemica deve tradursi in fasi successive ripartendo dalla scelta di formare le professionalità necessarie per lo sviluppo del sistema socio-sanitario regionale.

In quest'ottica risultano rilevanti le fasi dell'assessment professionale attraverso il quale si potranno valutare le professionalità carenti e quelle in eccesso non solo al tempo zero ma anche in una proiezione quinquennale.

Oltre l'assessment professionale è necessaria una ricognizione di quanti e quali professionisti del sistema salute sono in fase di preparazione ci si riferisce ai professionisti sanitari (medici, psicologi, infermieri, tecnici, ecc...) ma anche ai professionisti in corso di preparazione nell'ambito sociale (assistenti sociali, educatori, oss).

La formazione di tutte le professionalità necessarie dovrà essere riprogrammata per colmare il gap esistente tra la fase produttiva assistenziale diretta e quella in corso di preparazione.

Nell'ambito dell'assessment si dovranno considerare e verificare le professionalità emergenti come quelle che sviluppano competenze specifiche nei settori più innovativi (es. genetista, psicologo genetista, ecc.).

Si assiste spesso in ambito sanitario, ma anche in ambito sociale, alla presenza di numerosi corsi di formazione, convegni, seminari che sono utili alle professionalità per il loro sviluppo ma che talvolta sono autoprodotte ed autoreferenziali senza una rilettura in termini di bisogni formativi reali talvolta sull'onda di ciò che viene spinto dai *media* di settore o dalle case farmaceutiche o in base a specifiche sensibilità individuale.

Al contrario la formazione continua deve essere progettata considerando i reali bisogni formativi delle professionalità presenti nel sistema.

Nell'ambito di alcune reti già formalmente avviate (molecolare, oncologica, ecc.) ed anche in quasi tutti i gruppi di lavoro avviati negli ultimi anni, è emersa la necessità di avviare percorsi formativi integrati coordinati e capaci di valorizzare quanto di meglio presente sul territorio, allo scopo di sviluppare competenze omogenee sull'intero territorio regionale e al fine di garantire equità di competenze messe a disposizione dei cittadini.

La formazione inoltre deve essere rivolta alla realizzazione di professionalità capaci di sviluppare abilità manageriali per governare il sistema in un ottica non solo tradizionale, ma anche a implementare e sensibilizzare il proprio territorio e le risorse professionali in un'ottica mirata alla ricerca sulle abilità gestionali, sulle abilità di ricerca clinica e tecnologica.

Alcune azioni sono già state avviate attraverso protocolli d'intesa tra la Regione e l'Università Politecnica delle Marche, come lo sviluppo del Master di II° livello per sviluppare competenze idonee per una futura classe dirigente che potrà governare un sistema sanitario sempre più rivolto alle innovazioni ed alla gestione della complessità.

### **II.3.1 L'area della Formazione sanitaria**

#### ***ECM***

Il programma operativo regionale in materia di E.C.M. si è già concretizzato in una serie di interventi, quali la costituzione del sistema ECM della Regione Marche per la definizione degli obiettivi formativi di interesse regionale e l'adozione del sistema di accreditamento ECM regionale degli eventi formativi, coerente con i criteri condivisi a livello nazionale. Si è costituita la Consulta Regionale ECM e la Commissione Tecnica Regionale ECM. Tali regolamentazioni devono essere riviste alla luce dei nuovi assetti organizzativo-logistici e delle nuove logiche strategiche locali e nazionali.

Un punto di ripartenza necessario che va reintegrato e reingegnerizzato nelle logiche, è la disponibilità di un sistema informatizzato, della gestione, dell'accREDITamento e il monitoraggio di tutta l'attività formativa ECM realizzata sul territorio marchigiano, ancorato all'anagrafica di tutto il personale dipendente e convenzionato e alle articolazioni organizzative del Servizio Sanitario regionale, risulta

Specifici progetti formativi devono avvalersi di un punto di erogazione a livello centrale/regionale, in relazione al numero di partecipanti e alla opportunità di ottenere economie di scala; si ritengono necessari in raccordo con la territorializzazione della Formazione ECM, che ad oggi ha consentito di rafforzare il legame tra formazione e obiettivi strategici dell'organizzazione e che tuttavia deve essere integrata nelle logiche strategiche generali.

Nell'ottica del governo centralizzato della formazione c'è quindi la volontà di svolgere un ruolo di integrazione e di scelta di priorità, impedendo inutili duplicazioni che talvolta rendono vane le stesse iniziative formative e rischiano di creare diseconomie. Queste vanno riviste in ottica territoriale di Area Vasta per poter cogliere specificità di bisogni formativi delineando contenuti condivisi e centrando di volta in volta lo specifico target territoriale.

#### ***Formazione manageriale***

La regione non ha ancora messo a regime la formazione manageriale prevista dal d.lgs. 502/1992, e successive modifiche, che ha indicato all'articolo 16 quinquies "la formazione è requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e per la direzione di strutture complesse per le categorie dei medici, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi" .

Oltre la realizzazione del Master di II° livello che ha svolto compiti formativi per la classe dirigente dei manager sanitari va costruita una *scuola stabile* che risponda ai requisiti formativi obbligatori della dirigenza ma che contenga anche gli elementi strategici della programmazione regionale sanitaria, affinché i Manager siano allineati con essa e possano governare e supportare le innovazioni culturali, tecnologiche e organizzative del Sistema sanitario regionale.

### ***Analisi e definizione del fabbisogno formativo per professione sanitaria***

A seguito di una corretta valutazione delle risorse professionali esistenti, andrà programmata la formazione delle professioni sanitarie in senso lato, dirigenti medici, biologi, farmacisti, tecnici, infermieri, ecc. onde evitare che le professionalità formate sul territorio non siano sufficienti o siano incoerenti rispetto ai bisogni di professionalità dei servizi sanitari. Il ruolo programmatorio regionale in raccordo con le strutture tradizionalmente impegnate in tali settori (Università, specialità, scuole professionali ecc.) deve garantire, a partire da un assessment specifico per profili professionali, la programmazione adeguata per far sì che i servizi dispongano dei professionisti per assicurare le risposte ai bisogni dei cittadini.

In tale ottica deve essere considerata l'evoluzione dello scenario regionale e la programmazione delle figure professionali che gestiranno i bisogni assistenziali emergenti (genomica, post genomica, medicina riparativa, ecc.)

### **II.3.2 L'area della Formazione sociale**

La recente ricerca condotta dalla Regione Marche su mandato del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali su "analisi della struttura e dell'occupazione del settore dei servizi sociali nella Regione Marche" ha prodotto un rapporto intermedio che offre un primo spaccato della situazione su cui costruire poi processi stabili di formazione. Relativamente all'ambito formativo emerge una situazione caratterizzata da:

- una strutturale debolezza delle professionalità che è sottodimensionata rispetto ai bisogni di qualità, con una forte presenza del precariato, un vasto ricorso al part-time e un reddito medio basso;
- l'assenza di coerenza tra percorsi formativi iniziali e inserimento lavorativo e la mancanza di occasioni di formazione continua e l'impossibilità di costruzione di percorsi di crescita professionale e di carriera con conseguente perdita di motivazione nel mondo della cooperazione sociale.

Tale situazione riguarda i tre profili professionali presenti nei servizi sociali della Regione Marche: l'Operatore Socio-Sanitario, l'Educatore e l'Assistente Sociale.

In questa situazione si tratta di valorizzare le competenze professionali e il ruolo strategico di tali professionalità all'interno dei servizi attraverso il superamento della concezione dell'operatore sociale quale forza lavoro, dedita a mansioni di routine a favore invece di una professionalità altamente qualificata e motivata con una predisposizione alla progettazione e alla partecipazione attiva a percorsi processuali.

I processi da sostenere riguardano allora:

- gli aspetti formativi iniziali da rivedere con le università e con alcuni istituti professionali che formano operatori sociali. A tale proposito è stato siglato un accordo con le università marchigiane per armonizzare la programmazione sociale regionale e la formazione degli operatori;
- l'aggiornamento del repertorio regionale delle professioni sociali in armonia con i principali atti di programmazione, di fabbisogno, di autorizzazione e di accreditamento;

- l'individuazione di momenti stabili di aggiornamento del personale attivo, finalizzato, tra le altre cose, anche a sostenere percorsi di integrazione operativa tra personale sociale dei comuni, personale socio-sanitario dell'ASUR.

Lo sviluppo delle competenze professionali e del ruolo strategico all'interno dei servizi comporta il superamento della concezione di forza lavoro dedita a mansioni di routine in un'ottica di tipo mansionistico, a favore di una professionalità altamente qualificata e motivata, con una predisposizione alla progettazione e alla partecipazione attiva a percorsi processuali. La conseguente attivazione di metodi di programmazione e di decisione integrati e multi professionali già avviata sul territorio marchigiano, trova conferme nel nuovo piano integrato socio-sanitario che rafforza l'ipotesi di una forte relazione tra l'ambiente istituzionale e i percorsi di professionalizzazione.

### ***Azioni di sviluppo***

Il governo della formazione con lo sviluppo di piani formativi regionali e la capacità di coordinare quelli di settore (MMG, professionisti specifici, ecc.) dovrà superare le tradizionali ottiche competitive tra professionisti, in un ottica di collaborazione facendo sistema integrato e garantendone un governo centralizzato che avrà il compito di:

- raccogliere e sistematizzare i bisogni formativi che giungono dal territorio sia dal versante sanitario che sociale;
- programmare azioni formative e sviluppare in raccordo con i professionisti piani formativi di settore verificando di volta in volta le priorità formative specifiche;
- programmare la formazione delle professioni sanitarie e dei profili sociali in raccordo con gli organismi universitari di settore;
- favorire percorsi per la sistematizzazione degli organismi operanti nel settore della formazione continua sempre nell'ottica di uno sviluppo formativo integrato (Consulta regionale ECM, Commissione Tecnica Regionale ECM, Centro regionale di Riferimento per la medicina generale e le cure primarie), realizzando momenti di confronto periodici per le scelte strategiche.

I piani formativi dovranno rispondere alle logiche integrate del nuovo sapere scientifico, sociale e tecnologico con la capacità di sviluppare accanto a momenti formativi specifici di settore, momenti formativi multiprofessionali e multidisciplinari, per consentire un supporto conoscitivo all'impostazione strategica di rete assistenziale socio sanitaria, la quale deve saper leggere e rispondere in termini assistenziali ai bisogni complessivi dei cittadini.

### **III GOVERNANCE E SEMPLIFICAZIONE ORGANIZZATIVA**

Il rafforzamento del ruolo di governo, indirizzo, monitoraggio e controllo della Regione relativamente all'area sanitaria e del sociale rappresenta un fondamentale obiettivo per procedere lungo un percorso virtuoso di sviluppo di un sistema socio sanitario integrato. Il raggiungimento di tale obiettivo richiede che venga quindi messo in atto un processo generale di semplificazione organizzativa, da attuare sia a livello centrale che periferico.

I processi da mettere in atto sono inoltre fortemente condizionati dall'evoluzione dell'attuale quadro economico a livello internazionale che, a livello nazionale e di conseguenza, nell'ambito di ciascuna Regione, richiede l'introduzione di misure di contenimento della spesa, di razionalizzazione nell'uso delle risorse e, quindi di revisione degli assetti organizzativi proprio in ragione della volontà di rispondere con un aumento generale di efficienza e produttività.

La rimodulazione generale dell'assetto organizzativo dovrà quindi riguardare il sistema socio sanitario a tutti i livelli, dal livello regionale, ai livelli aziendali fino a tutte le articolazioni organizzative in cui, dalle aree vaste, ai distretti ed agli ambiti sociali, sia possibile conseguire misure di ottimizzazione nei meccanismi gestionali, ma salvaguardando il livello qualitativo e quantitativo di servizi e prestazioni al cittadino.

#### **III.1 L'APPROCCIO METODOLOGICO GENERALE**

La complessità realizzativa e la molteplicità degli attori coinvolti in un processo di evoluzione del sistema socio sanitario, richiede la definizione di una visione strategica comune, attraverso la condivisione tra tutti gli interlocutori di un modello di riferimento ed un linguaggio comune.

Il disegno progettuale ed il relativo percorso di implementazione che ne consegue, parte dalla necessità di disporre di un modello in cui si integrino in modo sistemico elementi di carattere strategico, organizzativo, funzionale e tecnologico dei sistemi sociale e sanitario.

La traduzione operativa di questo modello deve portare a ricondurre l'organizzazione regionale all'interno di una classificazione che identifichi i diversi livelli di intervento considerati nel presente Piano:

- il governo regionale in ambito sociale e sanitario (governance);
- le funzioni di government a livello locale ed aziendale (government);
- le aree di erogazione di servizi e prestazioni, sociali e sanitarie (service);
- le gestione delle funzioni amministrativo-tecnico-logistiche (procurement);
- la creazione di punti di contatto e accesso diffusi sul territorio (community);
- l'organizzazione in rete per la fluidificazione delle relazioni tra gli attori (knowledge e learning).



Per ciascun livello di intervento, le prospettive di sviluppo dei processi da implementare devono fondarsi su:

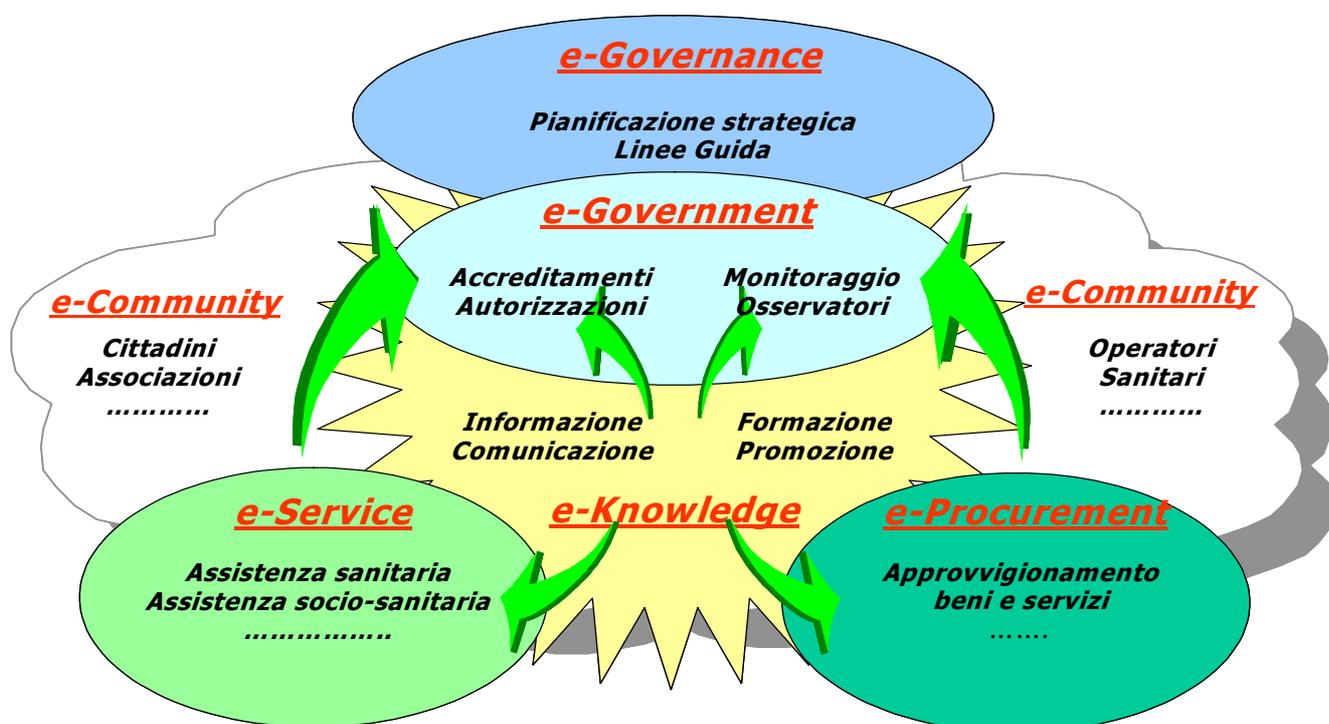
- elementi strategici, per inquadrare regole e principi che riguardano organizzazioni, attori e informazioni coinvolti nella “rete di azione e conoscenza” interna ai sistemi;
- elementi organizzativi, per definire le relazioni tra gli attori/enti coinvolti;
- elementi logico-funzionali, per descrivere l’architettura del sistema e mettere in risalto la stretta relazione tra processi, servizi e modelli organizzativi;
- elementi tecnologici, per garantire l’esistenza di una solida architettura tecnica e infrastruttura generale del sistema;
- una chiara consapevolezza della “missione” del PSSR per definire le modalità con cui tutti gli attori interessati possono accedere e fruire dei servizi dei sistemi sociale e sanitario nel rispetto dei diritti e nell’adempimento dei doveri di ognuno.

La struttura portante dell’intero modello deve essere caratterizzata da una robusta rete di carattere informatico – telematico che abiliti e faciliti la circolazione delle informazioni e della conoscenza e semplifichi il funzionamento dei sistemi sanitario e sociale, relativamente all’accessibilità, all’operatività ed alla sicurezza, a tutti i livelli organizzativi e istituzionali.

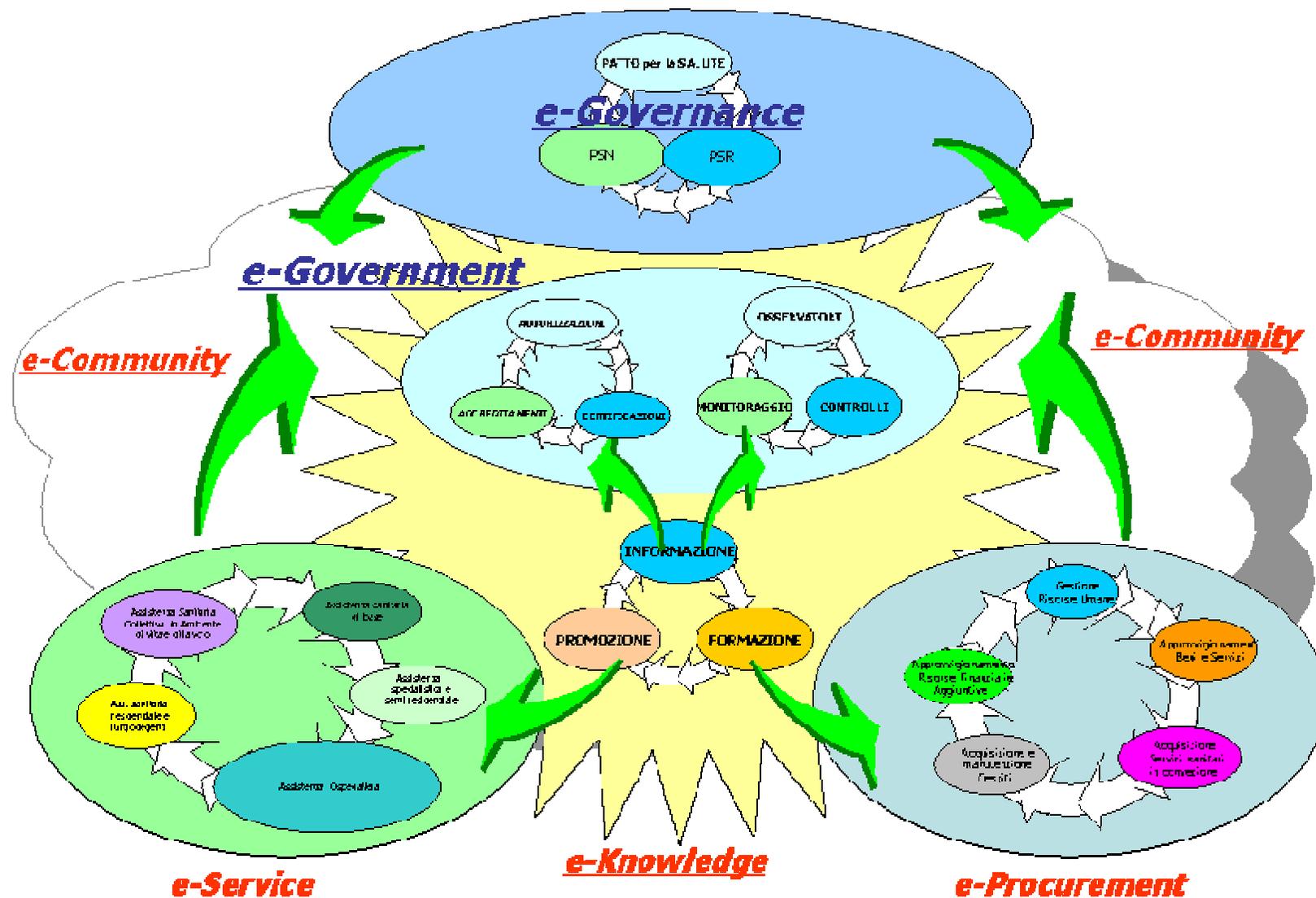
L’insieme di questi elementi concorre a classificare il funzionamento dell’intero sistema di welfare regionale all’interno di diverse macro aree a cui è riconducibile la strategia evolutiva dei processi operativi e delle modalità di acquisizione, offerta, diffusione e circolarità delle

informazioni che agiscono ai diversi livelli organizzativi ed istituzionali della Regione e, nello specifico, dei sistemi sanitario e sociale, in linea con le più recenti indicazioni per l'innovazione nella Pubblica Amministrazione rivolte allo sviluppo della società dell'informazione e della sanità *e-lettronica*:

- *e-Governance* rappresenta l'insieme dei processi che, ai diversi livelli istituzionali, hanno l'obiettivo di determinare gli indirizzi strategici del sistema, nonché gli obiettivi prioritari e le azioni per conseguirli, secondo l'elaborazione di linee guida e norme specifiche (ad esempio: pianificazione strategica, linee guida);
- *e-Government* rappresenta l'insieme dei processi che riguardano gli aspetti procedurali e le modalità di gestione ed erogazione delle prestazioni socio-sanitarie e di controllo della spesa a livello locale, aziendale e regionale, nell'ambito delle specifiche funzioni centrali dell'amministrazione strettamente collegate all'azione di governo (ad esempio: accreditamenti, autorizzazioni, monitoraggio e controllo);



- *e-Service* rappresenta l'insieme dei processi operativi e delle modalità di comunicazione che hanno l'obiettivo di facilitare e rendere efficace l'accesso e la fruizione di servizi e prestazioni socio-sanitarie a tutti gli utenti (cittadini e operatori); questo ambito di azione richiede caratteristiche di continuità, di disponibilità, di diffusione sul territorio e di agevole comunicazione con la più vasta categoria di utenti (ad esempio, attraverso il sistema informativo territoriale, i sistemi telematici dell'emergenza, i sistemi telematici domiciliari, la carta sanitaria, le reti dei medici di famiglia, centri unici prenotazione e call center delle associazioni di volontariato);



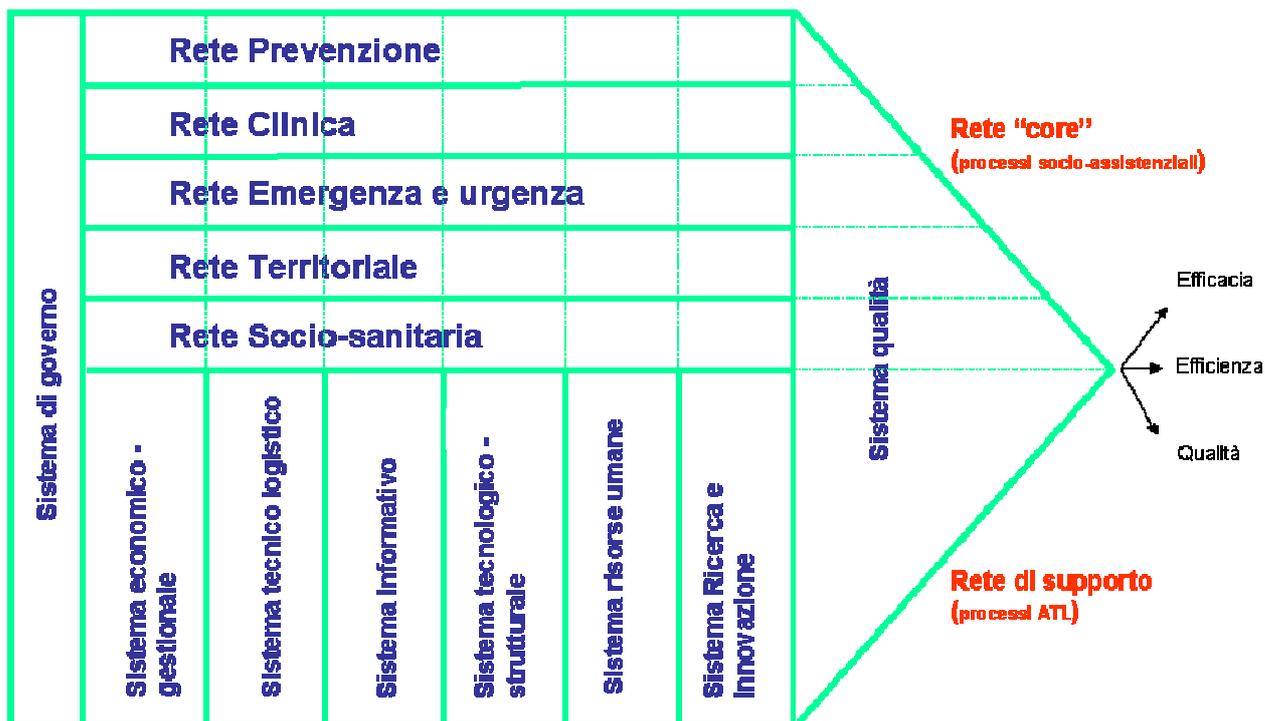
- *e-Procurement* rappresenta l'area dei processi preposti all'acquisizione dei beni e delle risorse dal mondo economico circostante. L'obiettivo dell'area è il miglioramento dell'efficienza nelle modalità di acquisizione e di impiego dei beni e delle risorse acquisite in una logica di economie di scala e di scopo. Si avvale di modelli organizzativi e di tecnologie avanzate al fine di avere una efficace capacità di controllo in riferimento all'offerta del mercato ed una comunicazione interattiva con tutti gli interlocutori (ad esempio: sistemi amministrativi, gestionali e logistici, fornitori);
- *e-Knowledge* rappresenta l'insieme dei processi che, ai vari livelli e facendo uso di tecnologie avanzate di comunicazione, hanno l'obiettivo di gestire l'organizzazione e la diffusione di conoscenze ed esperienze su diverse tematiche, al fine di facilitare i processi di informazione, formazione ed educazione di tutti gli attori del sistema (ad esempio: strumenti di knowledge management);
- *e-Learning* rappresenta l'area dei processi rivolti all'aggiornamento ed alla crescita professionale del personale della sanità, in particolare per i medici e gli operatori sanitari, attraverso l'utilizzo di servizi in rete (ad esempio: formazione a distanza, "Educazione Continua in Medicina");
- *e-Community* rappresenta le aree che riuniscono cittadini, pazienti, operatori, erogatori di servizi, fornitori in comunità che aggregano necessità e interessi collettivi (ad esempio: reti di patologia, portali di specialità, percorsi di cura e assistenza, forme associative).

L'ipotesi di fondo è che il modello di riferimento, condiviso tra tutti gli attori coinvolti ai vari livelli istituzionali, costituisca la cornice all'interno della quale viene definita la strategia della Regione, orientata a realizzare un sistema che garantisca la più ampia disponibilità di servizi e di conoscenza a tutti gli utenti in condizioni di efficacia ed efficienza.

L'aspetto di maggiore rilievo consiste quindi nel voler creare le condizioni per facilitare le attività e agire in modo diffuso nel territorio, con il supporto di servizi di carattere informativo-informatico e comunicazionale.

Da un punto di vista organizzativo, la chiave interpretativa per la definizione delle azioni di sviluppo e di intervento sulla realtà sociale e sanitaria marchigiana, si richiama alla "catena del valore della filiera socio-sanitaria", descritta in sintesi nella successiva figura.

In sostanza, il "core" delle attività del sistema sanitario è focalizzato sulla risposta alla domanda clinico-sanitaria espressa dalla popolazione marchigiana; tale risposta deve garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale, come stabilito dalla normativa vigente.



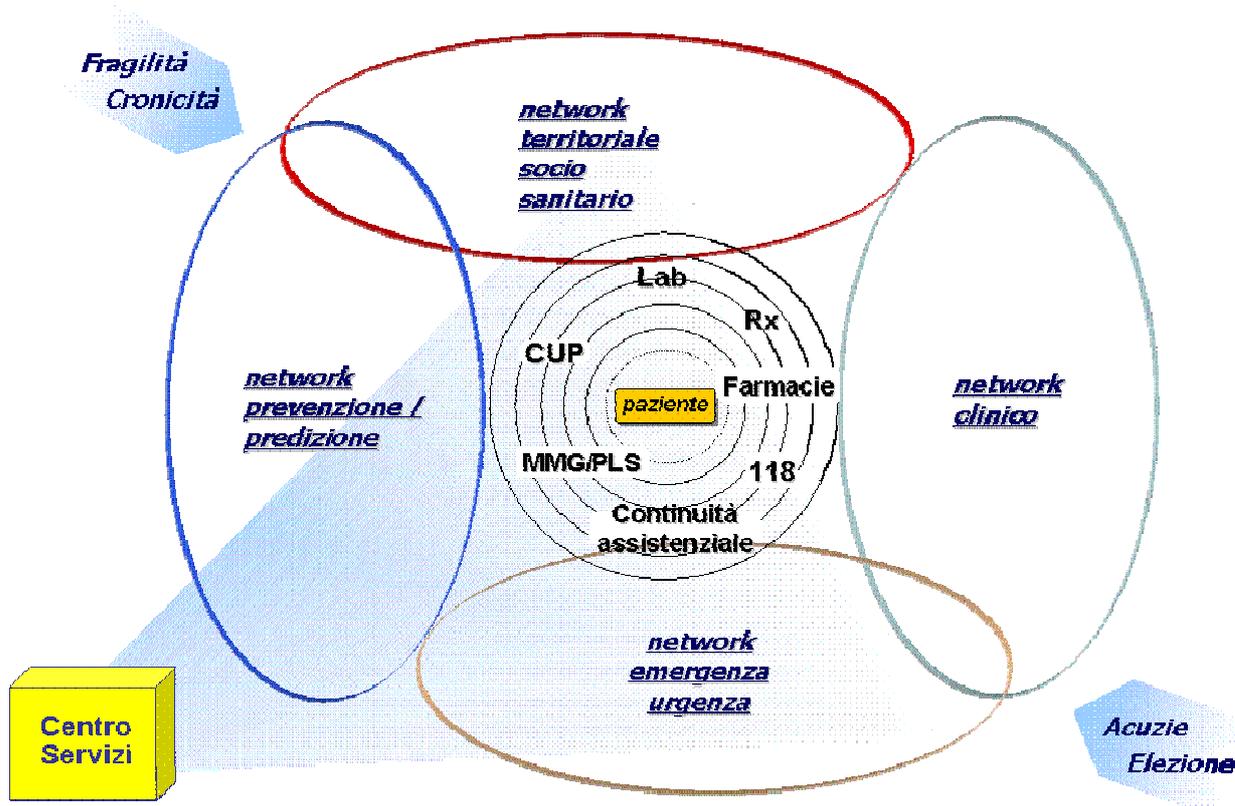
Le attività di "supporto" devono contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute del sistema garantendo che le sue condizioni complessive di funzionamento rispettino criteri di efficienza, efficacia, qualità ed economicità, nella migliore combinazione possibile, non devono assolutamente avere incrementi che sottraggano risorse all'attività "core".

Il processo "core" della rete socio sanitaria costituisce il punto di contatto, scambio ed integrazione con l'area del sociale, verso la quale insistono analoghi, e spesso comuni, sistemi di supporto.

L'efficientamento dell'intero sistema ed il miglioramento in termini di efficacia e qualità dei servizi e delle prestazioni offerte ai cittadini deriva dall'integrazione in rete dei processi che si esprimono in modo differenziato all'interno di ciascuna fase del percorso diagnostico terapeutico. Il "core" delle attività del SSR deve essere focalizzato sulla risposta alla domanda clinico-sanitaria espressa dalla popolazione, per garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale.

Tale risposta è determinata dalla tipologia di paziente/utente (paziente acuto, paziente cronico, cittadino con fragilità, ecc.) che deve accedere al sistema sanitario o al sistema sociale, per il quale quindi si deve attivare uno specifico e definito percorso di assistenza e cura, trasversale ai servizi e ai livelli di assistenza.

L'implementazione di un sistema reticolare dell'assistenza clinico sanitaria è finalizzato ad integrare tra loro la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza urgenza e le reti socio-sanitaria, territoriale e di prevenzione, cosicché l'erogazione delle prestazioni sanitarie non si risolva in un singolo atto episodico ma trovi collocazione all'interno di percorsi strutturati che si svolgono nell'ambito di reti cliniche.



Il disegno organizzativo generale del sistema a rete non deve prevedere solo interventi separati su strutture e servizi presenti sul territorio, quanto piuttosto l'ampliamento della collaborazione, del coordinamento e dell'integrazione con tutti i centri di attività, sia in ambito sanitario che nell'area del sociale, secondo un disegno strategico generale di riclassificazione delle strutture, riorganizzazione dei servizi, razionalizzazione delle risorse, rimodulazione delle funzioni, riqualificazione del personale.

L'adozione di questo modello di riferimento consente di guidare il percorso che il presente Piano intende seguire per una ridefinizione organizzativa complessiva in una logica di *semplificazione* degli assetti relazionali. L'aspetto centrale da porre in rilievo è rappresentato dalla volontà di identificare, ai vari livelli istituzionali ed organizzativi, specifici ruoli e funzioni ma all'interno di una logica di evoluzione ed adattamento continui rispetto ad una realtà in costante cambiamento e trasformazione, in cui diventa sempre più necessario, in ragione dell'attuale congiuntura internazionale, procedere all'introduzione di concrete azioni di razionalizzazione nell'utilizzo di risorse disponibili sempre più limitate.

### III.2 IL GOVERNO REGIONALE

L'assetto istituzionale attraverso il quale la Regione organizza la funzione di governo del sistema pubblico di welfare regionale e locale si consolida attraverso il rafforzamento del ruolo della Regione nel governo dei servizi socio sanitari insieme al ruolo degli Enti locali, in una logica di collaborazione ed integrazione. La Regione adotta un modello di indirizzo strategico e di monitoraggio e controllo che accentui la sua capacità di governo complessivo,

finalizzato all'omogeneità ed al coordinamento dei comportamenti a livello aziendale e locale e potenziando altresì gli elementi di cooperazione e condivisione. Per poter esercitare al meglio tale ruolo, in una logica di semplificazione organizzativa, è indispensabile procedere ad una revisione delle funzioni esercitate dagli organi tecnici centrali regionali.

La riorganizzazione delle funzioni centrali regionali per il governo, il monitoraggio e l'indirizzo delle politiche sanitarie e sociali, avviene attraverso il potenziamento del livello centrale di governo con l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociali in *Dipartimento per la Salute*, che diventa il luogo per la concertazione della programmazione sociale e sanitaria, al fine di rendere più efficaci, coordinate e tempestive le azioni di governance.

Il Dipartimento ha competenze sanitarie, sociali e in materia di integrazione socio-sanitaria. Per l'espletamento delle sue funzioni, il Dipartimento utilizza professionalità di carattere tecnico, sociale, sanitario e amministrativo necessarie per garantire non solo coerenza ed allineamento ma anche immediatezza e tempestività nella definizione delle azioni di supporto tecnico e operativo indispensabili per le attività di programmazione sociale, sanitaria e di integrazione socio sanitaria.

Al Dipartimento, attraverso la sua struttura organizzativa articolata nelle Aree Sanità, Integrazione socio sanitaria e Sociale, afferiscono le funzioni e le attività relative a:

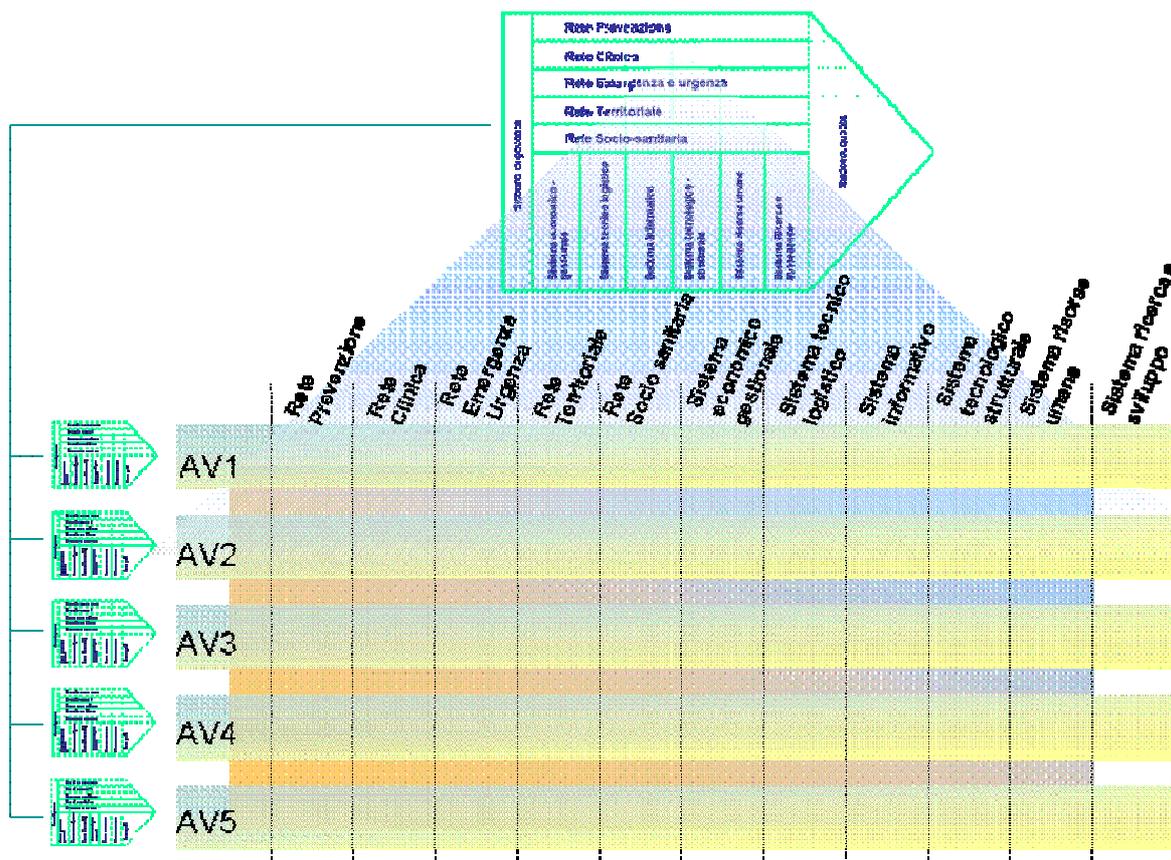
- promozione, coordinamento e regolazione di tutte le attività riguardanti la tutela della salute di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo che fanno capo al Servizio Sanitario Regionale;
- programmazione, controllo, coordinamento, supporto e organizzazione della rete sanitaria regionale, assicurando i livelli essenziali di assistenza previsti dalle direttive nazionali;
- programmazione e governo delle risorse destinate alle Aziende sanitarie e regolazione dei rapporti tra soggetti pubblici e privati operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale;
- programmazione, coordinamento e supporto del sistema sociale regionale, assicurando i livelli essenziali di assistenza sociale previsti dalle direttive nazionali, a tutela in via prioritaria dei soggetti fragili;
- programmazione e coordinamento delle politiche sociali e delle politiche familiari per l'infanzia e l'adolescenza e supporto alla gestione dei servizi di integrazione e di accoglienza, con particolare riferimento all'immigrazione e all'inclusione sociale;
- coordinamento e controllo dei servizi sociali a gestione pubblica o privata.

In particolare, nello svolgimento delle funzioni di indirizzo e controllo, la Regione, attraverso il *Dipartimento per la Salute*, predispone atti di indirizzo interpretativi e applicativi della normativa, e definisce obiettivi specifici per gli organi gestionali presenti a livello aziendale e sul territorio; contestualmente dispone dei sistemi informativi sanitario e sociale al fine di favorirne l'integrazione a livello regionale per facilitare la disponibilità e la circolazione di dati e informazioni necessari all'attività di programmazione, al funzionamento dei sistemi gestionali ed alla diffusione della conoscenza, agli operatori ed ai cittadini, a tutti i livelli regionali. Attraverso il Dipartimento, inoltre, viene effettuata l'attività di controllo e di vigilanza sullo svolgimento e sulla qualità di attività e servizi sanitari e sociali, anche mediante l'esercizio dell'attività ispettiva.

Il ruolo del governo regionale, attraverso il Dipartimento è quindi quello di elaborare linee di indirizzo e regole precise e definire standard qualitativi adeguati per consentire al sistema sanitario ed al sistema sociale di assicurare i migliori servizi e prestazioni al cittadino. In questo senso assumono un'incidenza sempre più rilevante e strategica la programmazione e la gestione della risorse: poter avere le risorse necessarie per ammodernare le strutture e le strumentazioni tecnologiche, poter affrontare in modo adeguato ed efficace una richiesta in costante crescita, motivata dall'aumento delle aspettative di vita, dall'aumento della complessità, dell'efficacia e quindi del costo delle cure e dei servizi, dall'aumento delle esigenze di benessere dei cittadini, costituisce il compito fondamentale da assolvere a livello centrale nel rispetto della compatibilità economica.

Lo strumento principale per l'esercizio delle prerogative istituzionali di governance della Regione è costituito dal Piano Socio Sanitario Regionale. Il Piano, predisposto dal Dipartimento, approvato dall'Assemblea legislativa regionale, su proposta della Giunta regionale, definisce gli obiettivi e le linee strategiche da perseguire a livello regionale per garantire a tutti i cittadini marchigiani i diritti fondamentale alla salute e della persona nel rispetto dei principi di universalità, equità e solidarietà. In coerenza con gli indirizzi strategici definiti nel PSSR, le Aziende predispongono i Piani Attuativi Aziendali, che traducono gli obiettivi strategici in interventi e azioni operative, sia sul piano economico amministrativo che sul piano clinico organizzativo. Nell'ambito dell'ASUR, la declinazione degli obiettivi operativi a livello territoriale avviene attraverso i Piani di Area Vasta.

Per esercitare al meglio le proprie attività di strategia, indirizzo e programmazione, il Dipartimento può costituire gruppi di lavoro di coordinamento composti anche da personale dei livelli periferici e locali del sistema sanitario e del sistema sociale, con i quali procedere alla individuazione dei bisogni emergenti, alla definizione degli obiettivi strategici di miglioramento e alla predisposizione di linee guida e di indirizzo con il contributo e la condivisione delle realtà professionali interne ai sistemi.



### III.2.1 Le Cabine di regia

Per quanto riguarda sia la prosecuzione delle attività progettuali previste dal precedente PSR sia l'avvio di nuove iniziative, il Dipartimento si potrà avvalere del lavoro delle *cabine di regia* e dei gruppi di progetto ad esse afferenti secondo le modalità operative e gli indirizzi previsti dalla normativa vigente.

In particolare, il lavoro fin qui svolto dalle Cabine di regia ha raccolto il contributo dei professionisti coinvolti sui diversi temi affrontati e, dopo un processo di analisi e di valutazione dello stato di fatto, ha prodotto importanti risultati che si sono tradotti in specifiche linee strategiche di indirizzo, proposte progettuali, studi di fattibilità, atti normativi di programmazione.

Le progettualità e le linee guida sono state riportate a livello delle Aree vaste per poter definire, in coerenza con le indicazioni centrali e con la pianificazione a livello locale, le modalità di sperimentazione in un contesto operativo reale, con l'obiettivo di allargare i risultati a tutto il contesto regionale, al conseguimento di riscontri positivi.

La metodologia di lavoro delle Cabine di regia può essere riassunta nei seguenti punti:

- **individuazione dei bisogni informativi** necessari per il governo del settore di competenza;
- **analisi congiunta dei dati e delle informazioni** per livelli di assistenza, acquisite da specifici *osservatori* laddove presenti;

- analisi della **normativa di riferimento**, nazionale e regionale;
- individuazione delle **criticità** e delle **azioni correttive** nel rispetto dei **vincoli economici** (Criticità, Obiettivi / priorità, Standard di riferimento e benchmark, Risultati attesi, Azioni, Indicatori, Vincoli economici);
- **proposta di progetti operativi e sperimentazioni gestionali** per l'attuazione delle indicazioni del PSR in ottica di **Area Vasta**;
- **predisposizione dei documenti** a supporto degli atti necessari ad implementare la programmazione regionale sanitaria e l'armonizzazione delle normative in materia;
- **supporto ai territori** nella applicazione delle normative e delle strategie per il conseguimento degli obiettivi condivisi e **pianificazione** a breve, medio e lungo termine.

L'impostazione metodologica parte dalla necessità di avere flussi informativi, attraverso Osservatori di settore già in essere (Rete Epidemiologica Marchigiana, osservatorio delle politiche sociali, Osservatorio disuguaglianze, ecc.) e quelli in fase di avvio (Osservatorio regionale comportamenti di abuso, ecc.) che saranno ricondotti in unico punto di raccordo, allo scopo di dare coerenza all'intero sistema.

Gli Osservatori consentiranno di avviare il monitoraggio delle azioni risultanti dalle indicazioni dei gruppi di lavoro delle Cabine di Regia, inoltre realizzeranno e implementeranno qualitativamente i flussi informativi che costituiscono i debiti informativi ministeriali e garantiranno non solo la manutenzione del sistema ma il pieno monitoraggio e controllo dello stesso.

Le Cabine di regia, attraverso i gruppi di lavoro, hanno stilato documenti con proposte progettuali che, partendo dagli standard ministeriali e dalle indicazioni delle principali Società scientifiche di settore, hanno proposto standard applicativi e parametri di riferimento per la Regione Marche che quindi sono stati contestualizzati e declinati per Area Vasta.

Di fatto, sono state prodotte linee guida, studi di fattibilità, proposte di sperimentazioni gestionali e di atti di programmazione molti dei quali, poiché urgenti e non più differibili, si sono tradotti in atti amministrativi e normativi.

Per alcune proposte emerse dal lavoro delle Cabine di regia, si è proceduto all'attivazione di sperimentazioni gestionali, necessarie per validare le indicazioni operative al fine di verificarne la fattibilità, evidenziando eventuali criticità per rendere successivamente attuativo sul piano regionale il risultato raggiunto, attraverso i passaggi istituzionali previsti.

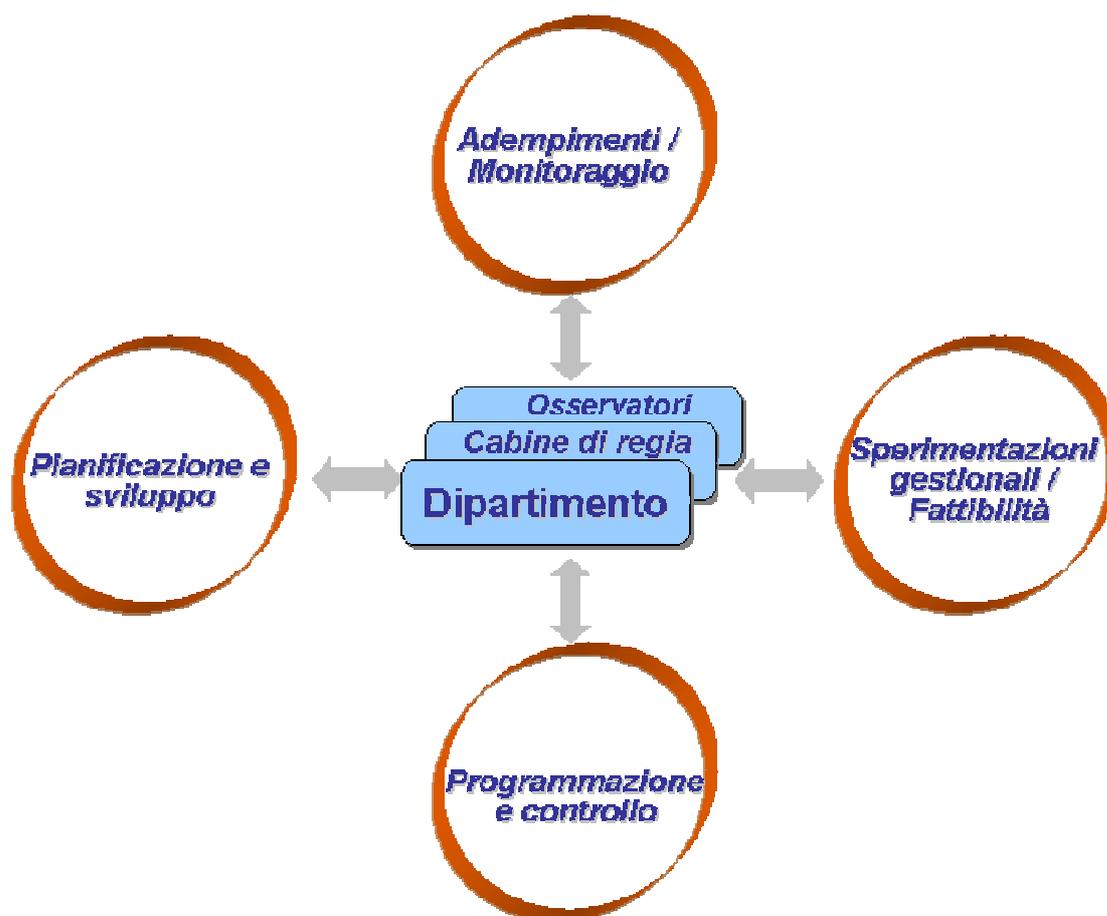
In particolare, gli studi per singola AV hanno prodotto una serie di studi e sperimentazioni come di seguito indicato:

- Area Vasta 1** → {
  - Integrazione H Fano - Pesaro
  - Sperimentazione di Area Vasta Urbino, Fano e Pesaro
  - Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta
  
- Area Vasta 2** → {
  - Area metropolitana Ancona
  - Nuovo INRCA / Ospedale di rete
  - Agenzia nazionale per le problematiche per l'invecchiamento
  - Nuovo Salesi
  - Ospedale per intensità di cura – Jesi
  - Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta
  
- Area Vasta 3** → {
  - Sperimentazione di Area Vasta Macerata, Civitanova, Camerino
  - Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta
  
- Area Vasta 4** → {
  - Nuovo ospedale di Fermo
  - Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta
  
- Area Vasta 5** → {
  - Integrazione Ascoli San Benedetto
  - Cure primarie
  - Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta
  
- Area Montana** → {
  - Studio integrazione reti: clinica, territoriale, urgenza-emergenza, prevenzione

Molti dei documenti prodotti, che hanno ispirato le linee di intervento del presente Piano, sono in fase di analisi da parte delle direzioni aziendali e dei coordinamenti di Area Vasta per verificarne la fattibilità e consentire di stabilire per i singoli settori gli standard applicativi più idonei.

Inoltre, per quanto attiene i lavori già in fase attuativa, è prevista una azione di monitoraggio e controllo attraverso opportuni indicatori che consentiranno la verifica e la manutenzione del sistema nonché l'evoluzione programmatica mediante la prosecuzione delle attività dei Gruppi di lavoro delle Cabine di regia.

Questa metodologia di lavoro, impostata su una logica di coerenza tra la definizione di atti di indirizzo strategico del governo regionale e la pianificazione attuativa a livello aziendale e di Area Vasta, nonché costruita attraverso il contributo di operatori con diverse competenze e appartenenti a tutti i livelli istituzionali, costituisce un importante valore aggiunto che si vuole mantenere e consolidare nel perseguimento degli obiettivi previsti dal presente Piano.



### III.3 IL LIVELLO GESTIONALE: LE AZIENDE E LE AREE VASTE

#### III.3.1 Le Aziende

Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale assicurano servizi e prestazioni di qualità per garantire una adeguata ed efficace risposta ai bisogni di salute espressi dalla popolazione marchigiana.

Le Aziende del SSR sono: l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord e l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona; è inoltre presente l'INRCA di Ancona, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, ente di carattere nazionale. Le Aziende e l'INRCA operano in coerenza con gli indirizzi regionali e nel rispetto degli obiettivi specifici fissati dalla Giunta regionale.

Le Aziende costituiscono una articolazione funzionale e territoriale del Servizio sanitario regionale e operano a salvaguardia della salute dei cittadini al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza in modo uniforme su tutto il territorio regionale.

Le Aziende ospedaliere costituiscono i centri di riferimento regionali per la diagnosi e la cura dei pazienti in fase acuta che necessitano di trattamenti di alta specialità. La loro attività è

rivolta ad assicurare qualità e competenza nella cura dei pazienti con situazioni di particolare complessità e gravità, per i quali è necessario disporre di strutture, dotazioni, personale e organizzazione specializzati nell'affrontare la specifica casistica. Esse operano in rete con le altre strutture ospedaliere presenti sul territorio secondo la logica dell'integrazione dei percorsi diagnostico terapeutici e della differenziazione in termini di specialità e di intensità di cura. Operano inoltre in integrazione con le strutture dei servizi territoriali per dare continuità ai percorsi dei pazienti che richiedono il passaggio attraverso diverse funzioni e servizi ospedalieri e territoriali. Queste attività si sviluppano all'interno di una logica di committenza esercitata dall'ASUR nei confronti delle Aziende Ospedaliere, nel quadro della programmazione regionale.

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale deve assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per garantire in modo costante ed uniforme la tutela della salute dei cittadini. Garantisce inoltre il coordinamento e l'integrazione dell'attività dei servizi territoriali con quella dei presidi ospedalieri e degli altri soggetti erogatori pubblici e privati presenti sul territorio. L'ASUR può operare come centrale acquisti per conto delle Aziende ospedaliere e dell'INRCA, ai sensi della normativa vigente.

L'ASUR si articola in Aree Vaste per assicurare la programmazione integrata ed il coordinamento delle attività tra le Zone confinanti.

L'ASUR esercita le funzioni di coordinamento e controllo delle attività gestionali delle sue articolazioni territoriali, promuovendone il lavoro in rete e facilitando l'integrazione dei servizi per eliminare le diseconomie ed aumentare competenza e qualità nell'erogazione ai cittadini. In particolare esercita a livello centralizzato le funzioni dell'area amministrativa, tecnica e logistica potendo avvalersi di centri servizi specializzati costituiti presso le sue articolazioni territoriali.

### **III.3.2 Le Aree Vaste**

Il precedente Piano Sanitario Regionale 2007-2009 ha indicato nell'Area Vasta (AV) la dimensione territoriale ottimale perché le reti di servizi, costruite su obiettivi di salute e benessere per il cittadino, nascano dalla ricognizione dei bisogni e della domanda espressa e si attuino riprogettando l'offerta rispetto sia ai punti e alle modalità di erogazione sia alla qualità delle prestazioni.

L'implementazione dell'AV è rivolta a superare la frammentazione sul territorio (13 Zone) del governo gestionale aziendale, e consentire una più efficace ed efficiente azione di coordinamento nelle attività gestionali ed operative.

L'organizzazione per Area Vasta è rivolta quindi a consolidare, rendere organiche e sistematiche le relazioni di collaborazione tra le Zone, specificatamente nell'organizzazione di funzioni e servizi il cui bacino di utenza ottimale necessita di dimensioni superiori a quelle zonali, allo scopo di evitare ridondanze ingiustificate nel sistema di produzione con il rischio di sottrarre risorse al livello di assistenza e senza, per altro, migliorare l'accessibilità a prestazioni di qualità.

L'implementazione dell'AV come livello di riferimento ottimale in rapporto all'epidemiologia e quindi ai bisogni, capace di garantire effettivamente la dimensione territoriale della programmazione per azioni gestionali, collaborazioni e integrazione di funzioni tra le strutture

sanitarie presenti nelle Zone interessate, costituisce una delle più importanti azioni di consolidamento e sviluppo del SSR.

L'Area Vasta come dimensione territoriale della programmazione sanitaria esprime quindi il livello di riferimento organizzativo e territoriale ottimale per l'articolazione della sanità marchigiana nell'ottica di un sistema a rete ed a garanzia di uguali condizioni di trattamento per i pazienti indipendentemente dalla fascia territoriale (costiera, collinare, montana) di appartenenza. Per assicurare il coordinamento delle attività viene predisposto il Piano di AV in coerenza con la programmazione regionale.

Sono esercitate a livello di area vasta le funzioni di assistenza sanitaria concernenti la realizzazione del sistema dipartimentale dell'assistenza ospedaliera, l'emergenza urgenza, la riorganizzazione dipartimentale delle attività di integrazione socio sanitaria e il sistema di prevenzione.

Il livello di Area Vasta risulta dunque ottimale per conseguire le economie di scala necessarie a garantire la realizzazione delle attività programmate nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario. In altre parole l'Area Vasta è l'articolazione aziendale cui viene assegnato il budget dalla Direzione Generale.

### **III.3.3 I Centri Servizi e il network dei servizi ATL**

Il consolidamento di funzioni centralizzate per la gestione dei servizi di supporto generali, sia per la parte diagnostico terapeutica, sia nell'area amministrativo-tecnico-logistica, attraverso la realizzazione di piattaforme tecnico-organizzative comuni, costituisce un obiettivo indispensabile al fine di evitare diseconomie e duplicazioni e per conseguire l'ottimizzazione e l'omogeneizzazione dei percorsi e dei processi gestionali.

L'attribuzione all'ASUR delle caratteristiche di Centro di riferimento per le attività di carattere amministrativo-tecnico-logistico, con articolazioni a livello di Area Vasta, costituisce una essenziale azione di riorganizzazione della rete di servizi di supporto informativo, tecnologico e gestionale per l'intera sanità regionale e per l'omogeneizzazione dei processi di acquisizione e gestione di beni e servizi.

Attraverso i centri servizi, specializzati a livello di Area Vasta, secondo la programmazione aziendale, sono esercitate le seguenti funzioni:

- l'acquisto di beni e servizi;
- la gestione dei magazzini e della logistica;
- l'esecuzione di lavori, compresa la gestione delle relative procedure di appalto;
- la gestione del patrimonio immobiliare;
- il supporto alla gestione del sistema informativo;
- il supporto al controllo di gestione aziendale;
- l'amministrazione del personale, comprese le procedure di reclutamento, la mobilità tra le zone, la valutazione del personale, la contrattazione decentrata.

Obiettivo dei Centri Servizi è quindi quello di realizzare un network per la gestione dei servizi per l'area amministrativa, tecnica e logistica, che consenta la razionalizzazione delle risorse impiegate e la valorizzazione delle sinergie interzonali, evitando duplicazioni e diseconomie.

Altre attività che l'Azienda ritenga necessario affidare all'Area Vasta potranno essere decise sulla base di quanto previsto dall'atto aziendale.

### **III.4 IL SOCIALE, L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E L'ASSETTO ORGANIZZATIVO TERRITORIALE**

In continuità con i Piani regionali - Sanitario 2007-2009 e Sociale 2008-2010 - questo piano strategico indica le modalità di consolidamento e innovazione del sistema integrato dei sanitari e sociali alla persona, alla famiglia e alla comunità.

Il completamento del percorso di implementazione dell'integrazione tra il sistema dei servizi sanitari e il sistema dei servizi sociali si compie confermando la valorizzazione e la gestione unitaria di un'area comune dove vengono gestiti congiuntamente il sociale e il sanitario.

In questa prospettiva si conferma che il luogo privilegiato dell'integrazione sociale e sanitaria è costituito dal Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale, sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale che come interfaccia istituzionale principale tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali.

#### **III.4.1 Asimmetrie e criticità: percorsi di riequilibrio e risoluzione**

A livello nazionale, per motivazioni storiche e di diversa evoluzione legislativa e organizzativa (di cui il d.p.c.m. dell' 8 agosto 1985 rappresenta una sorta di spartiacque), l'integrazione tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali è condizionata da diverse asimmetrie e criticità che vanno progressivamente riequilibrate e risolte per rendere effettiva la pari dignità dei due "sistemi" e, soprattutto, per garantire una risposta unitaria ai bisogni dei cittadini che non possono essere scissi tra sociali e sanitari, o anche socio-sanitari.

Anche il "modello" marchigiano di integrazione sociale e sanitaria risente di questi squilibri che assumono aspetti specifici, anche se, negli ultimi anni, l'organizzazione normativa si è andata, progressivamente, orientando in una prospettiva unitaria.

Infatti i due piani regionali di programmazione sanitaria e sociale, seppure approvati a distanza di un anno, nel 2007 e nel 2008, hanno mantenuto la caratteristica di avere ognuno un ampio capitolo dedicato all'integrazione sociale e sanitaria, strutturati in modo analogo e speculare e concepiti in modo unitario. Rimangono incongruità e resistenze che possono essere superate solo con una "manutenzione" ordinaria e straordinaria fatta con continuità e coerenza; l'obiettivo prioritario di questo Piano è proprio quello di risolvere le criticità e ridurre/eliminare le disarmonie.

L'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale risente di una forte "asimmetria" che si può cogliere su diversi piani.

L'asimmetria sul piano **istituzionale** riguarda, a livello nazionale, in parte il non aggiornamento dei LEA sanitari (presentati nell'aprile scorso e non ancora pubblicati), ma soprattutto la mancanza dei Livelli essenziali e uniformi delle prestazioni sociali (LIVEAS) previsti dalla legge 328/2000. A livello regionale lo squilibrio è reso evidente dalla

ponderosità e dal progressivo aggiornamento della normativa sanitaria cui corrisponde una sempre più inadeguata Legge che riguarda i servizi sociali che risale al 1988.

L'asimmetria **amministrativa**, discende dalle scelte istituzionali forti, di livello nazionale, che mantengono a livello dei Comuni le competenze sociali e assegnano alle Aziende Sanitarie Locali quelle sanitarie. La scelta, di per se accettabile, pone seri problemi in tutte le regioni italiane (pur nelle diverse modalità di integrazione adottate) per la diversa natura di Comuni e Aziende. I problemi che derivano da questa opzione si pongono a due livelli: nel coordinamento e nella gestione delle politiche regionali nei settori sanitario e sociale in considerazione dell'asimmetrico rapporto che ha la Regione con i Comuni (che hanno responsabilità autonoma per il sociale) e le ASL che hanno invece una "dipendenza" strutturale dalla Regione; nell'operatività dei territori dove la centralità dei Comuni (seppure in forma sempre più associata nella gestione dei servizi sociali) si scontra con l'autonomia "vincolata" delle Zone territoriali dell'ASUR.

L'asimmetria **finanziaria**, storicamente consolidata, è testimoniata dalla differente modalità di sostegno finanziario del sistema sociale e sanitario, assieme alla differente disponibilità finanziaria dei due sistemi e al processo di taglio dei trasferimenti nazionali da parte del governo alle regioni e ai comuni che colpirà in maniera particolare la componente sociale del sistema. Ad aggravare la situazione c'è l'evidenza di una struttura della spesa sanitaria molto più rigida e stabile di quella sociale. Altra differenza che ostacola l'integrazione finanziaria è l'utilizzo di un sistema, tendenzialmente, di contabilità analitica in sanità rispetto ad uno, sostanzialmente, economico finanziario nel sociale. La progressiva definizione di strumenti di "corresponsabilità" in questo campo permetterà di diminuire questo squilibrio; la prospettiva è quella di: favorire il coordinamento dei bilanci dei singoli Comuni - utilizzando lo strumento della "spesa sociale" dell'Istat -, raccordare il bilancio "complessivo" di Ambito Territoriale Sociale con quello del Distretto Sanitario, perseguire la "tappa" dei bilanci integrati per arrivare al bilancio "unico" per le prestazioni socio-sanitarie).

Un'articolata asimmetria è quella **organizzativa** e riguarda da un lato i percorsi di programmazione e dall'altro la strutturazione dei servizi:

- sul versante della programmazione il disallineamento temporale e, soprattutto, la differente metodologia di costruzione delle programmazioni ai diversi livelli territoriali ha creato problemi anche di identificazione e appropriatezza nella "giungla" degli strumenti di programmazione (PCS, PAZ, PAD, PdZ...). Questo Piano può dare indicazioni chiare di percorso partecipativo integrato nel livello di programmazione (che comprenda anche le linee per il monitoraggio e la valutazione, per avere un unico strumento programmatico socio-sanitario territoriale, costruito sulla base di linee guide uniche regionali che, tra l'altro, indichi il profilo unico di comunità e di salute quale presupposto per la individuazione dei bisogni di salute del territorio utilizzando dati del sistema informativo regionale da implementare nella sua componente integrata socio-sanitaria;

- sul versante dei servizi molto più strutturata, stabile e dedicata è l'organizzazione della sanità e molto più leggera, flessibile, polifunzionale e precaria quella del sociale. Ci sono i pro e i contro di ogni modello organizzativo, ma risulta evidente che la generale fragilità del sistema dei servizi sociali viene spesso "stritolata" nei rapporti con la diffusa rigidità del sistema dei servizi sanitari. Questo Piano ha l'obiettivo di indicare, tra l'altro: il percorso di costruzione di un punto di accesso che integri quelli già esistenti e dotati di propria articolazione organizzativa differente passando dagli UPS e dagli SDS al PUA; le modalità di integrazione tra le diverse unità operative che svolgono funzioni di valutazione (da UVD,

Umee, Umea, Equipe integrate di ambito... a UVI); i processi e le procedure di presa in carico e di progettazione individualizzata degli interventi.

L'asimmetria **oro-geografica** si manifesta per la presenza di un territorio, ricompreso fra il mare e l'Appennino, grossolanamente suddivisibile in tre fasce: costiera, collinare intermedia e appenninica. Presenta caratteristiche sufficientemente disomogenee sotto svariati aspetti: geografia, demografia, modello di sviluppo, viabilità, assetto abitativo e distribuzione di servizi socio-sanitari.

In questo sistema, dalla configurazione a pettine, sono riconoscibili numerosi sub-sistemi segmentari trasversali, che presentano tipicamente uno squilibrio, più o meno accentuato, tra la consistenza demografica degli insediamenti costieri e paracostieri e quella dell'entroterra:

- una rilevante concentrazione della popolazione nella fascia costiera e para-costiera;
- una ampia fascia intermedia collinare, costellata da una miriade di comuni di dimensioni piccole e medio-piccole, con una densità abitativa abbastanza bassa;
- una area montana, poco densamente abitata.

L'asimmetria **informativa** tra sociale e sanitario si evidenzia a partire dalla progressiva diminuzione di informazioni se ci si sposta dai servizi più strutturati (come i presidi ospedalieri) all'area territoriale, sanitaria e socio-sanitaria, fino ai servizi e agli interventi sociali. Il consolidamento del sistema informativo sanitario deve prevedere la costruzione di un luogo unitario di organizzazione e gestione dei flussi, sanitari, socio-sanitari e sociali, anche a partire dalle linee per il sistema informativo gestionale descritto nella DGR 1143/09 sul modello della sperimentazione avviata con il Sistema informativo per la non autosufficienza (SINA) che prevede un collegamento strutturale tra la parte sociale, basata sul sistema degli enti locali/ambiti territoriali e la parte sanitaria basata sulle Zone territoriali e, in collegamento con il NSIS.

Un'ultima, non meno importante, è l'asimmetria **professionale** che fa riferimento sia allo squilibrio tra la presenza dei profili delle professioni sanitarie e la mancanza dei profili delle professioni sociali (anch'essi previsti dalla legge 328/2000), sia alla carente sensibilità e capacità di collaborazione tra le professionalità all'interno e tra i due sistemi di servizi, sia alla diversa tutela e garanzia contrattuale che spesso caratterizza (ancora a vantaggio della sanità) le due aree di servizio alla persona. Vanno trovate le forme di collegamento tra le figure professionali sociali e quelle sanitarie e risolti i problemi legati alla validità di titoli di studio (come nel caso dell'educatore professionale); questo Piano può dare indicazioni su come qualificare ulteriormente la collaborazione tra "Sanità" e "Sociale" con la "Formazione professionale" per rivedere il repertorio delle professioni sociali e il confronto aperto con le Università marchigiane sui processi formativi necessari per dare garanzie di qualità al sistema.

#### **III.4.2 La semplificazione del livello territoriale**

La riforma regionale attuata dalla l.r. 13/2003, con la costituzione della Azienda Sanitaria Unica Regionale e delle 13 Zone, ha semplificato anche l'assetto territoriale con la riduzione del numero dei Distretti da 36 a 24 (attualmente 23 con il passaggio di quello di Novafeltria all'Emilia-Romagna).

L'evoluzione, anche in senso semplificativo, di tutti i livelli organizzativi nel tendere all' "unitarietà" dovrà tenere presente che ad ogni livello corrisponderà una sola funzione, con relativa tipologia organizzativa, ma il numero di servizi e strutture presenti sui territori dovrà essere riqualificato legandolo alla complessità espressa dal territorio servito.

Non è quindi proponibile imporre uno standard che prescindendo dalla complessità rappresentata, né pensare ad un percorso decisionale che non sia condiviso e partecipato dagli assetti istituzionali periferici.

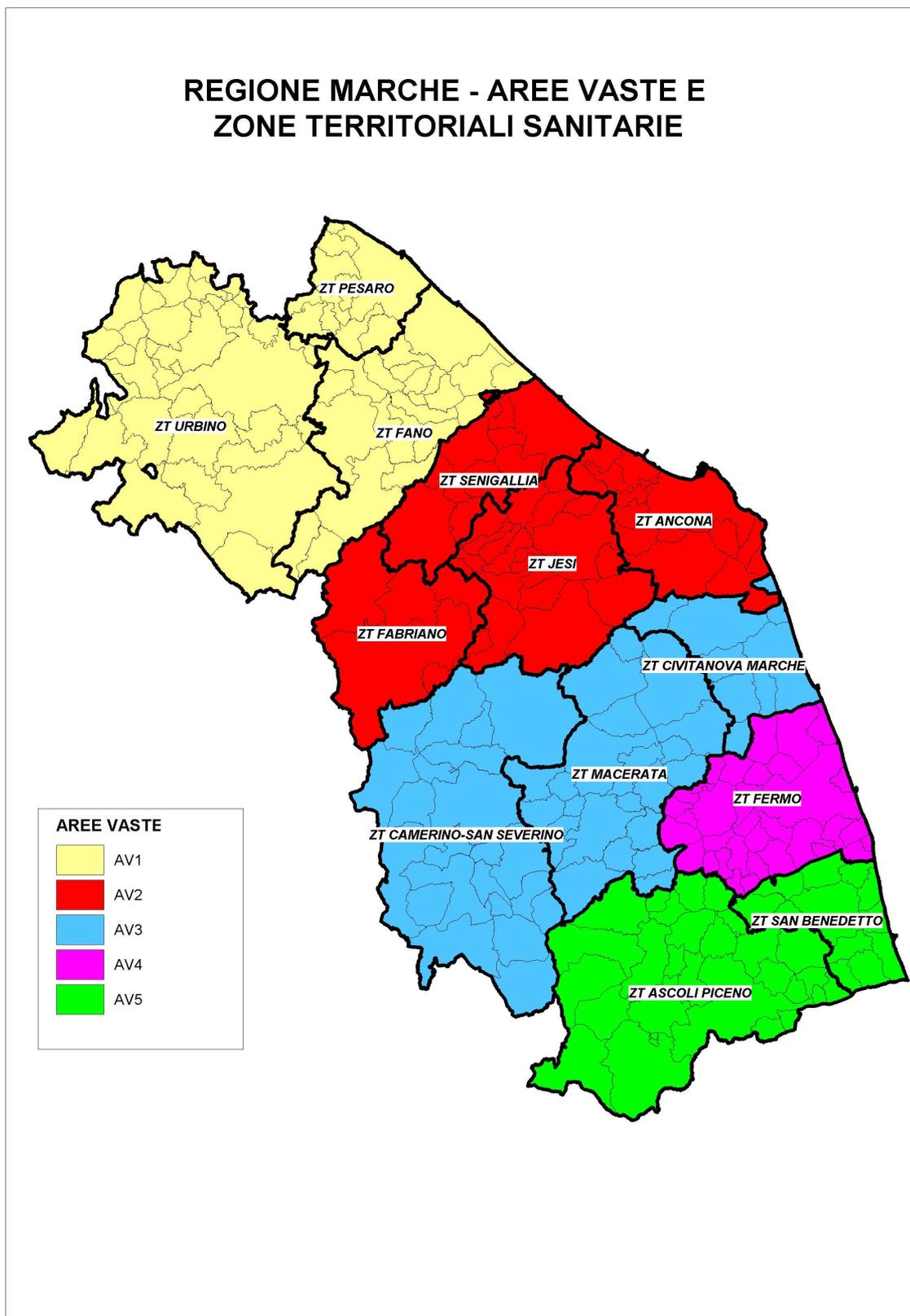
Rispetto all'integrazione sociale e sanitaria la prospettiva di semplificazione che si intende adottare non va colta nella logica "riduttiva", ma nella corretta prospettiva della razionalizzazione delle risorse e nella "congiunzione" della responsabilità (a livello regionale e territoriale) tra il sociale ed il sanitario assumendo le differenze territoriali come valore e la complessità come sfida.

La diminuzione del numero dei Distretti Sanitari/Ambiti Territoriali Sociali sarà calibrata, nel tempo, con riferimento ad una serie di variabili che rispettano la pluralità del territorio marchigiano rispetto (almeno) a: estensione territoriale, densità della popolazione, tipologia territoriale per altitudine, livello di urbanizzazione, rete di viabilità e trasporti...

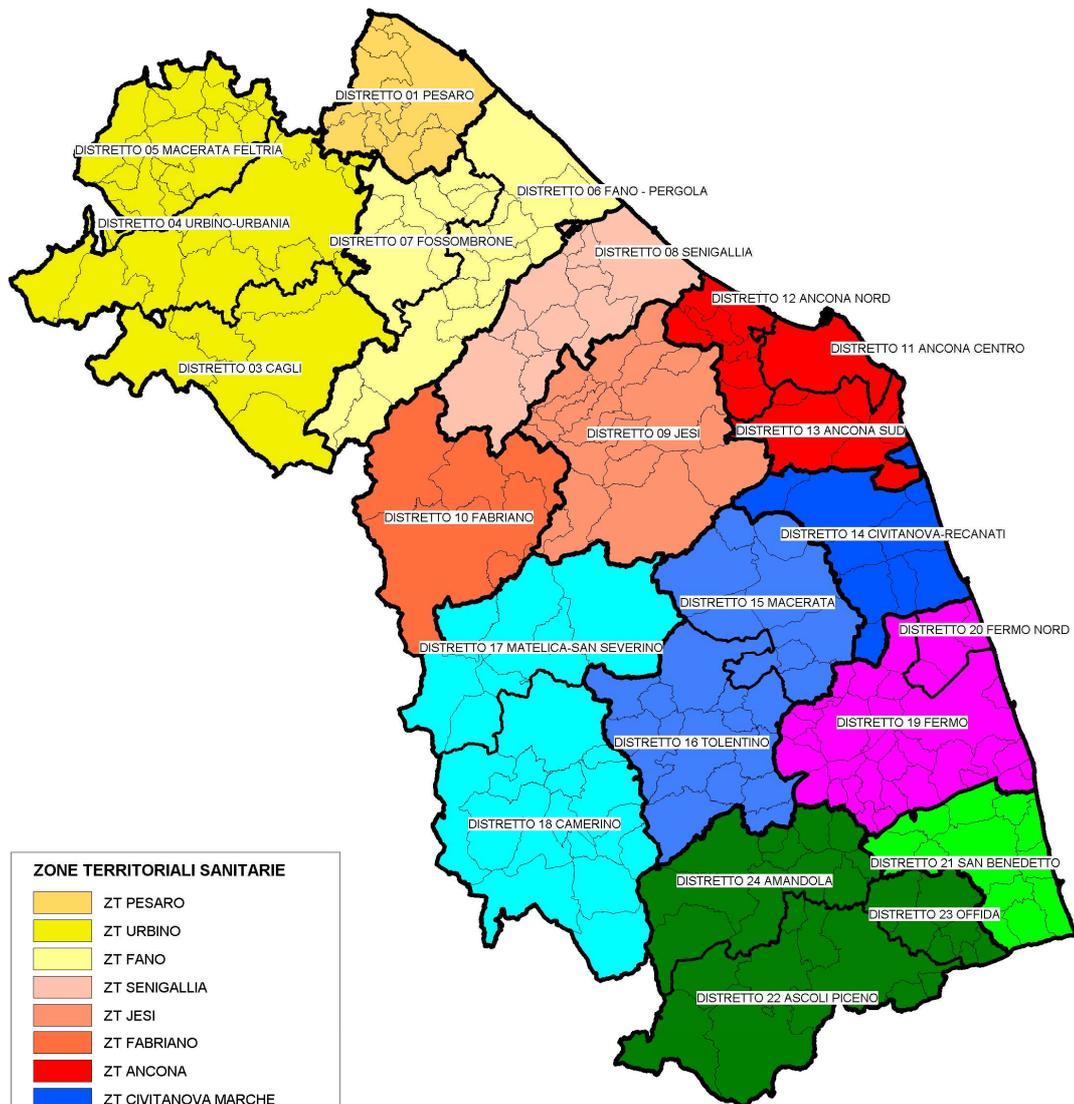
L'applicazione di una "griglia" (cfr. Figura 1) che tenga conto di queste variabili porterà al mantenimento della linearità gerarchica unitaria: ASUR, Area Vasta, Zona Territoriale, Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale, con assetti geografici variabili e, quindi, articolazioni quantitative diverse, nei territori. Si avranno Aree Vaste con un numero diverso di Zone Territoriali e, a loro volta, Zone Territoriali con un numero diverso di Distretti Sanitari/Ambiti Territoriali Sociali, nel rispetto della necessità di dare risposte diversificate a bisogni diversificati, ma che rispondono ad un modello organizzativo unitario e condiviso.

La normativa nazionale va in questo senso: l'articolo 3-quater, comma 1 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i. "(...) Il distretto è individuato... garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente"; la normativa regionale ha cominciato ad affrontare la "grande disomogeneità per quanto attiene popolazione residente e superficie" con il Piano Sanitario Regionale 2007/09, per cui sono maturi i tempi di una ridefinizione dei confini degli Distretti Sanitari/Ambiti Territoriali Sociali, con una loro riduzione, ma attraverso la concertazione, cioè come esito di un processo che porterà alla decisione della Amministrazione Regionale dopo un percorso di confronto con i portatori di interessi qualificati.

## Unitarietà e articolazione dei territori marchigiani

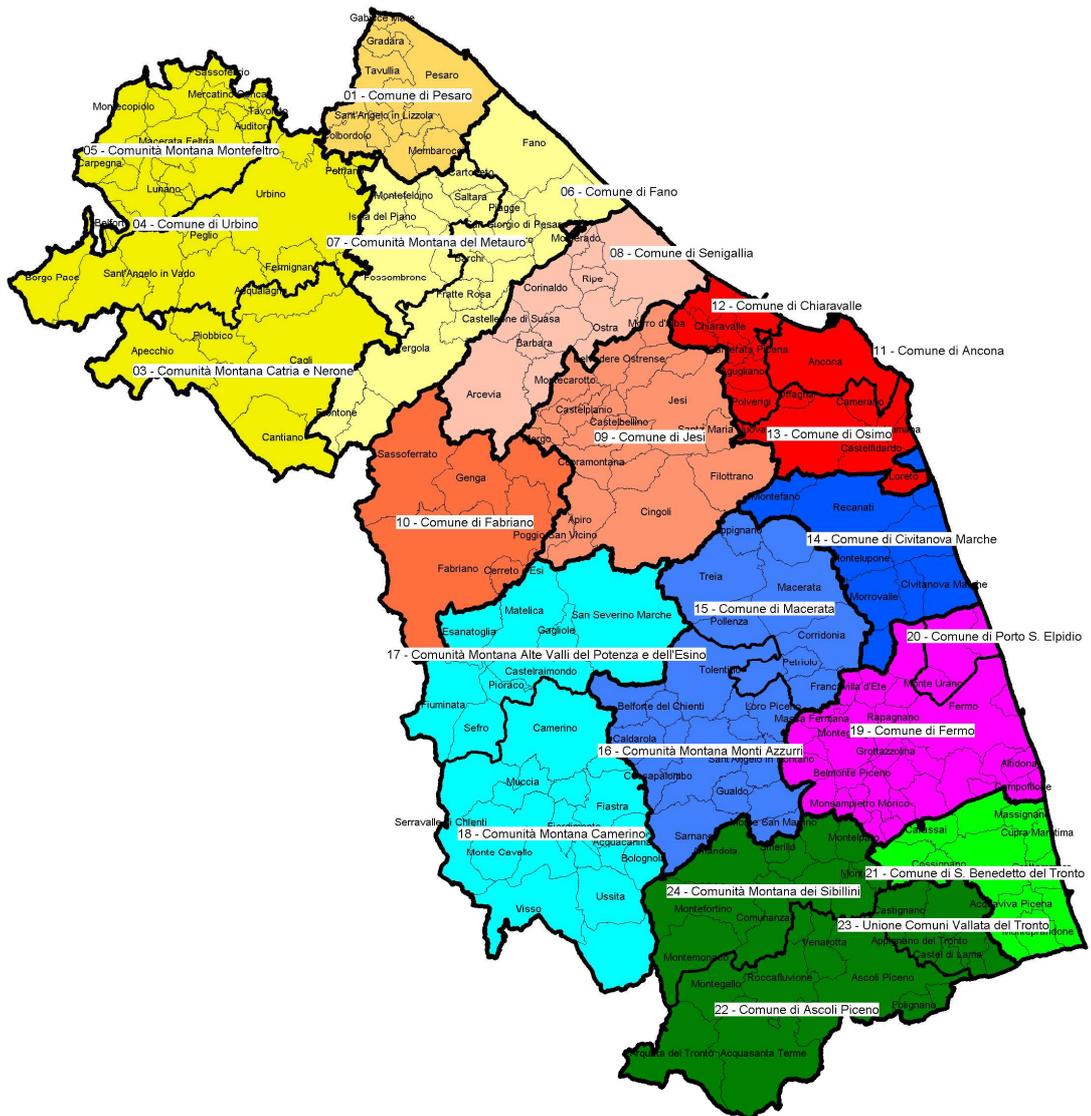


## REGIONE MARCHE - ZONE TERRITORIALI E DISTRETTI SANITARI

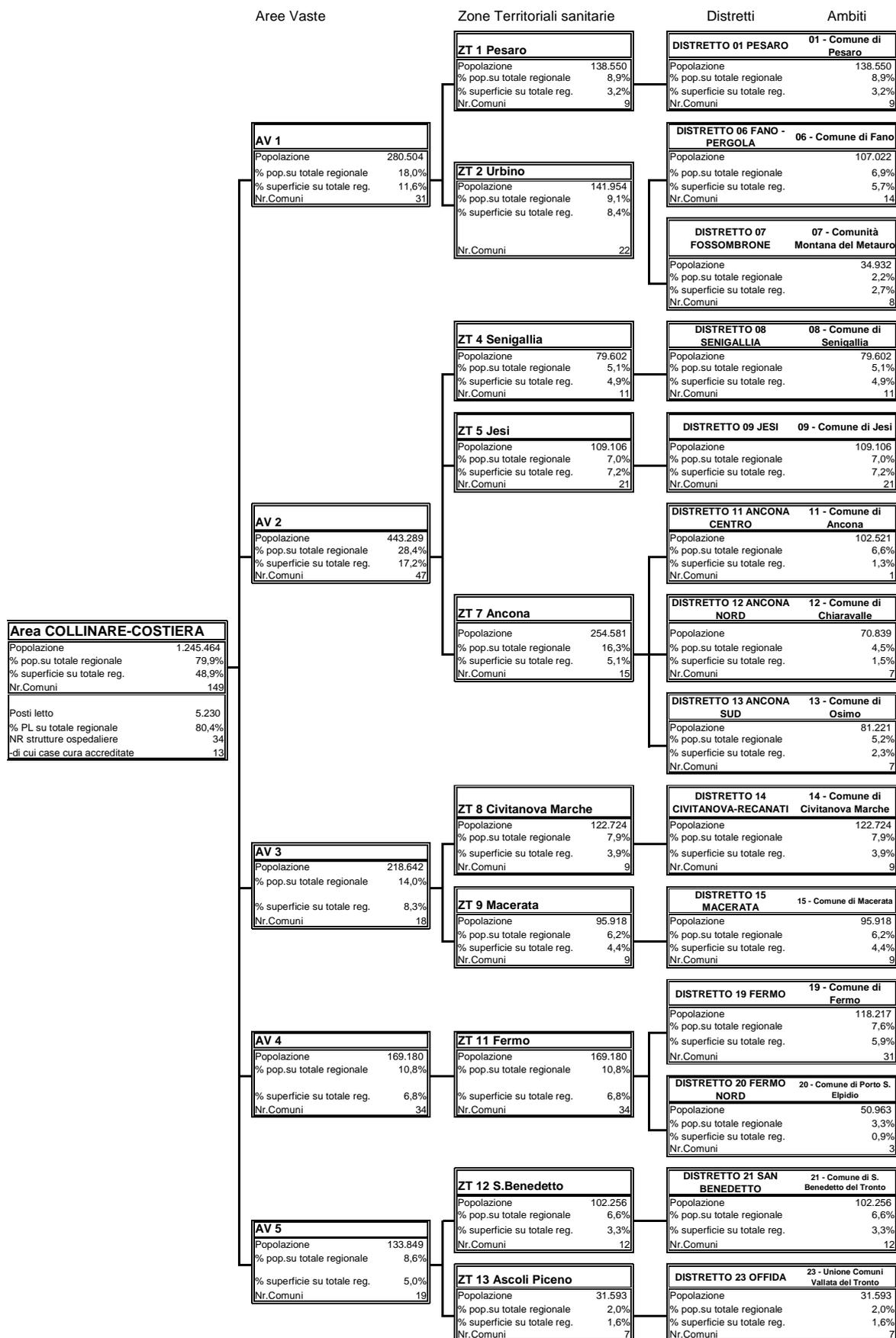


ZONE TERRITORIALI SANITARIE	
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #f4b084; border: 1px solid black;"></span>	ZT PESARO
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #ffff00; border: 1px solid black;"></span>	ZT URBINO
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #ffff99; border: 1px solid black;"></span>	ZT FANO
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #f4b084; border: 1px solid black;"></span>	ZT SENIGALLIA
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #e67e22; border: 1px solid black;"></span>	ZT JESI
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #e67e22; border: 1px solid black;"></span>	ZT FABRIANO
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #e74c3c; border: 1px solid black;"></span>	ZT ANCONA
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #2980b9; border: 1px solid black;"></span>	ZT CIVITANOVA MARCHE
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #2980b9; border: 1px solid black;"></span>	ZT MACERATA
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #00bfff; border: 1px solid black;"></span>	ZT CAMERINO-SAN SEVERINO
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #e91e63; border: 1px solid black;"></span>	ZT FERMO
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #00ff00; border: 1px solid black;"></span>	ZT SAN BENEDETTO
<span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #006400; border: 1px solid black;"></span>	ZT ASCOLI PICENO

# REGIONE MARCHE - AMBITI TERRITORIALI



# Area Collinare – Costiera



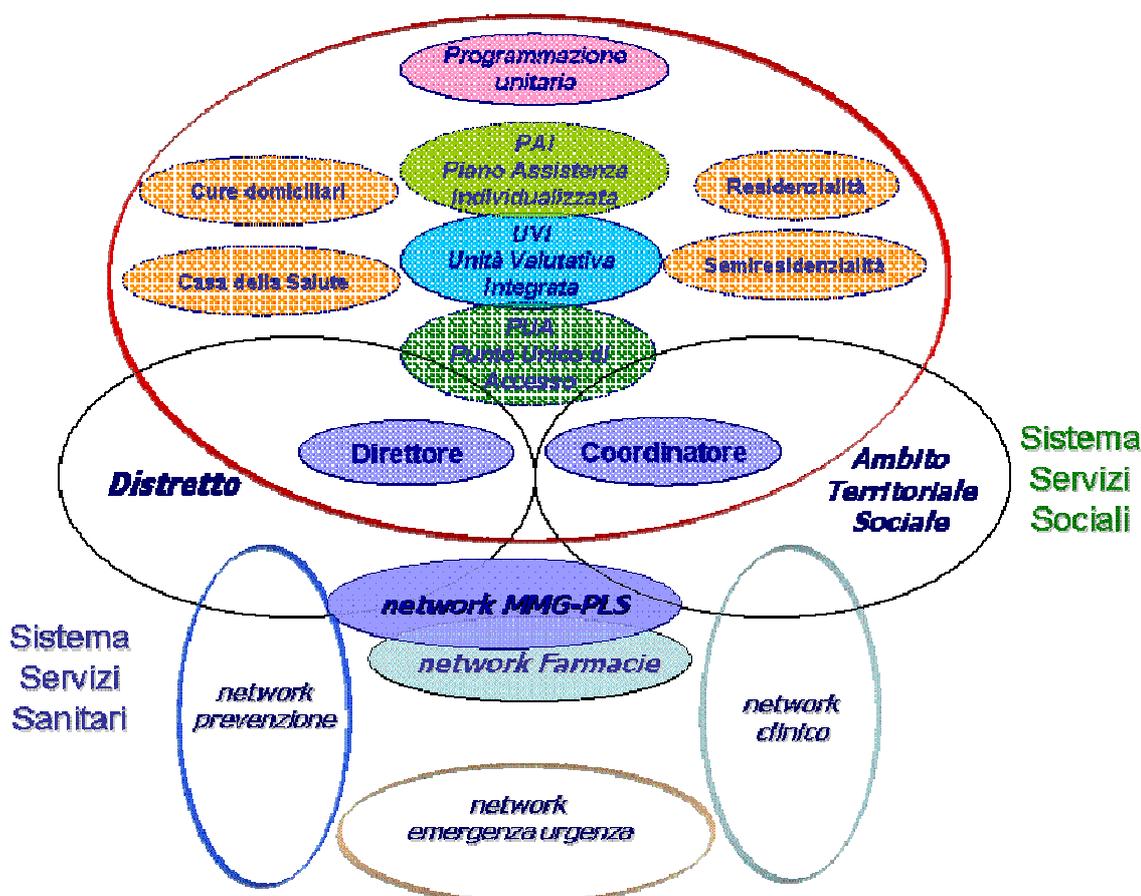
## Area Montana

Aree Vaste	Zone Territoriali sanitarie	Distretti	Ambiti
		<b>DISTRETTO 03 CAGLI</b> 03 - Comunità Montana Catria e Nerone	Popolazione 20.169 % pop.su totale regionale 1,3% % superficie su totale reg. 5,5% Nr.Comuni 5
<b>AV 1</b>	<b>ZT 2 Urbino</b>	<b>DISTRETTO 04 URBINO- URBANIA</b> 04 - Comune di Urbino	Popolazione 44.107 % pop.su totale regionale 2,8% % superficie su totale reg. 6,3% Nr.Comuni 9
Popolazione 85.284 % pop.su totale regionale 5,5% % superficie su totale reg. 15,7% Nr.Comuni 29	Popolazione 85.284 % pop.su totale regionale 5,5% % superficie su totale reg. 15,7% Nr.Comuni 29	<b>DISTRETTO 05 MACERATA FELTRIA</b> 05 - Comunità Montana Montefeltro	Popolazione 21.008 % pop.su totale regionale 1,3% % superficie su totale reg. 4,0% Nr.Comuni 15
<b>AV 2</b>	<b>ZT 6 Fabriano</b>	<b>DISTRETTO 10 FABRIANO</b> 10 - Comune di Fabriano	Popolazione 48.537 % pop.su totale regionale 3,1% % superficie su totale reg. 5,8% Nr.Comuni 5
Popolazione 48.537 % pop.su totale regionale 3,1% % superficie su totale reg. 5,8% Nr.Comuni 5	Popolazione 48.537 % pop.su totale regionale 3,1% % superficie su totale reg. 5,8% Nr.Comuni 5	<b>DISTRETTO 16 TOLENTINO</b> 16 - Comunità Montana Monti Azzurri	Popolazione 42.802 % pop.su totale regionale 2,7% % superficie su totale reg. 5,4% Nr.Comuni 15
<b>Area MONTANA</b>	<b>ZT 9 Macerata</b>	<b>DISTRETTO 17 MATELICA-SAN SEVERINO</b> 17 - Comunità Montana Alte Valli del Potenza e dell'Esino	Popolazione 34.588 % pop.su totale regionale 2,2% % superficie su totale reg. 5,7% Nr.Comuni 8
Popolazione 314.078 % pop.su totale regionale 20,1% % superficie su totale reg. 51,1% Nr.Comuni 90 Posti letto 1.278  % PL su totale regionale 19,6% NR strutture ospedaliere 11 -di cui case cura accreditate 0	Popolazione 42.802 % pop.su totale regionale 2,7% % superficie su totale reg. 5,4% Nr.Comuni 15	<b>DISTRETTO 18 CAMERINO</b> 18 - Comunità Montana Camerino	Popolazione 14.830 % pop.su totale regionale 1,0% % superficie su totale reg. 8,0% Nr.Comuni 13
<b>AV 3</b>	<b>ZT 10 Camerino</b>	<b>DISTRETTO 22 ASCOLI PICENO</b> 22 - Comune di Ascoli Piceno	Popolazione 72.864 % pop.su totale regionale 4,7% % su totale regionale 6,0% Nr.Comuni 9
Popolazione 92.220 % pop.su totale regionale 5,9% % superficie su totale reg. 19,0% Nr.Comuni 36	Popolazione 49.418 % pop.su totale regionale 3,2% % superficie su totale reg. 13,7% Nr.Comuni 21	<b>DISTRETTO 24 AMANDOLA</b> 24 - Comunità Montana dei Sibillini	Popolazione 15.173 % pop.su totale regionale 1,0% % superficie su totale reg. 4,5% Nr.Comuni 11
<b>AV 5</b>	<b>ZT 13 Ascoli Piceno</b>		
Popolazione 88.037 % pop.su totale regionale 5,6% % superficie su totale reg. 10,5% Nr.Comuni 20	Popolazione 88.037 % pop.su totale regionale 5,6% % superficie su totale reg. 10,5% Nr.Comuni 20		

### III.4.3 L'organizzazione del livello territoriale

Mantenere la coincidenza tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale è il prerequisito fondamentale per la corretta gestione integrata e unitaria delle competenze sociali e sanitarie. Il centro della relazione tra sociale e sanitario è il rapporto tra Ambito Territoriale Sociale, con il suo Coordinatore d'Ambito, ed il Distretto Sanitario, con il Direttore di Distretto: due entità distinte, ma fortemente legate. Come già esemplificato dalla DGR 720/07, il Distretto Sanitario è l'intermediario di tutta l'organizzazione della Sanità che si confronta con il Sociale e all'Ambito Territoriale sono collegati i vari Comuni con i propri servizi sociali. Il quadro dell'assetto territoriale è completato da un lato dal livello politico, anch'esso da riportare ad unità rispetto ai ruoli di Conferenza dei Sindaci (di livello Zonale) e di Comitato dei Sindaci unitario (a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale); dall'altro dal livello della partecipazione della cittadinanza: i tre "pilastri" del terzo settore (organismi del volontariato, la cooperazione sociale e l'associazionismo di promozione sociale), le altre formazioni sociali (sindacati, fondazioni...) e i cittadini in forma più o meno organizzata.

#### Network territoriale socio-sanitario



Nella ricerca di una modularità rispettosa della diversità dei territori e della esigenza di semplificazione, il percorso di riorganizzazione del livello territoriale rispetto alle reti sanitarie, alle reti socio-sanitarie e alle reti sociali deve tenere presente:

- il ruolo della connessione tra domanda di salute e reti di cura - sanitarie, socio-sanitarie e sociali - sul territorio unitario di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale;
- il nuovo ruolo del Distretto Sanitario nell'ambito dell'organizzazione "a rete" della sanità marchigiana, con il mantenimento di alcune delle funzioni di erogazione delle prestazioni e la crescita della sua funzione di governo della domanda e dei servizi sanitari territoriali e di coordinamento dei servizi transmurali;
- il rapporto tra i due soggetti - Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale - nella organizzazione e nella gestione unitaria/congiunta dei servizi sanitari e sociali integrati.

Il processo di consolidamento del network territoriale socio-sanitario secondo questo modello comporterà, necessariamente, una rimodulazione e una riallocazione delle risorse finanziarie e professionali verso le fasce delle fragilità e alle cronicità, così da riuscire a dare risposte adeguate ed appropriate ai bisogni socio-sanitari.

#### **III.4.4 I macroprocessi del livello territoriale**

Rispetto alle due dimensioni di “semplificazione” e “organizzazione” del livello territoriale il modello di riferimento per l’integrazione socio-sanitaria nelle Marche, che viene confermato nella sostanza e riorientato per rafforzarne l’operatività, va collocato in una prospettiva organica, evidenziando le interconnessioni e le necessarie coerenze di sistema, su cui si innesteranno le questioni collegate all’organizzazione e alla gestione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali (cfr. successiva Parte II sui Sistemi integrati sociali e sanitari per la salute).

Vanno affrontate congiuntamente, con particolare riferimento all’area dell’integrazione sociale e sanitaria, le criticità presenti in cinque aree di “conoscenza” che si configurano come elementi costitutivi di un sistema compiuto di governo dei servizi integrati socio-sanitari e, per questo, devono essere gestite in modo unitario, sia sul versante istituzionale (a livello regionale e locale) che su quello professionale (in una logica multidisciplinare):

- *governo della domanda*: la ridefinizione e la riorganizzazione dei servizi per la gestione integrata sociale e sanitaria delle aree logiche dell’accesso, della valutazione e della presa in carico (Figura 3);
- *sistema tariffario*: un sistema tariffario, calibrato sui diversi fattori di produzione e organizzazione dei servizi, all’interno di una cornice unitaria che permette una comparazione tra settori e tipologie di servizi;
- *autorizzazione/accreditamento*: un percorso di autorizzazione e accreditamento dei servizi adeguato e rispondente all’articolazione delle risposte prevista dalle normative generali e di settore;
- *fabbisogno*: la definizione dell’atto di fabbisogno che quantifica le necessità per i diversi livelli dell’intervento e le diverse tipologie di servizi dei settori dell’integrazione socio-sanitaria;

- *sistema informativo*: un sistema informativo appropriato per l'integrazione socio-sanitaria e integrato con i diversi sistemi, in grado di garantire il monitoraggio dei servizi e delle attività realizzate e di supportare la programmazione.

Nella corretta prospettiva di governo dell'integrazione sociale e sanitaria le cinque dimensioni citate vanno "tenute insieme" tanto più se si riflette su difficoltà, tipiche dell'assistenza territoriale in relazione a quella ospedaliera, che diventano ancora più incisive per l'area socio-sanitaria, quali: determinare le dimensioni oggettive dei regimi assistenziali distinti per tipologie di destinatari, identificare le prestazioni, valutare quantitativamente le attività e gli interventi, validare in modo unitario e comparabile i criteri di rilevamento.

I "passi" per riequilibrare le asimmetrie evidenziate sono indicati da specifiche "prassi" che vengono sviluppate dagli capitoli del presente Piano dedicati ai processi: sanitari, socio-sanitari e sociali.

In coerenza con l'impostazione logica che approccia i problemi in una prospettiva di sistema, le fasi logiche che si svilupperanno sono le seguenti:

- assetto istituzionale;
- programmazione integrata sociale e sanitaria;
- organizzazione e gestione;
- processi, percorsi, procedure.

Un aspetto importante, per evitare che le indicazioni date rimangano solo affermazioni di principio, è la scelta di far seguire la descrizione delle scelte che si intende fare con l'elencazione delle azioni e degli atti necessari per l'implementazione e la stabilizzazione dell'integrazione sociale e sanitaria.

**Schema logico dei processi di governo della domanda**



### III.5 L'ORGANIZZAZIONE IN RETE

Le reti sanitarie vanno intese come “una trama connettiva” che, pur prestandosi a classificazioni diversificate sono caratterizzate da un insieme di entità materiali e immateriali, formali e informali, con carattere dinamico e evolutivo, necessario per rispondere alla esigenza della flessibilità richiesta da una società complessa e articolata.

L'organizzazione a rete consente di riqualificare l'offerta assistenziale con la messa in rete degli ospedali e dei poliambulatori e permette l'integrazione e la collaborazione tra servizi interni ed esterni alle risorse presenti nel territorio producendo sinergie in grado di offrire ai pazienti servizi di qualità a costi sostenibili.

Ma ciò che, più di ogni altra cosa, connota i servizi in rete è lo spirito di cooperazione che si sostituisce a quello competitivo e mette al centro dell'organizzazione reticolare il cittadino e non il sistema organizzativo stesso. Tale connotazione si realizza a patto che si affermi una evoluzione conoscitiva e di competenze per cui pensare ed agire secondo una ottica di rete significa dare corso alle diverse dinamiche relazionali esistenti non solo nel rapporto professionale con il paziente ma anche tra professionisti e come professionisti sanitari inseriti nella organizzazione a rete.

Attraverso il lavoro in rete si realizza una nuova dimensione psicologica della cura, che supera l'approccio tecnicistico/biomedico, e si arricchisce di un approccio psico-sociale di presa in carico dove il punto di vista relazionale precede la cura e ne facilita il successo. Nella rete si inserisce non solo la dimensione di rete professionale tecnica (ad es. la rete oncologica) ma, attraverso la creazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA), anche la dimensione delle reti integrate multi professionali (interne a sistemi aziendali), che nel continuum del percorso diagnostico terapeutico si estrinsecano attraverso punti di contiguità e nodi di interscambio tra reti differenti.

Ai fini della realizzazione di una rete efficiente ed efficace acquisisce un ruolo basilare anche la formazione che supera la tradizionale dimensione di competenza disciplinare e diviene multidisciplinare e multi professionale per cui ciascun attore impara attraverso una fertilizzazione crociata i contenuti propri e altrui realizzando quindi un nuovo sapere di chi si pensa parte di una organizzazione e che in prima persona sostiene e cura.

Sul piano strategico il modello a rete consente comunque di ottenere benefici in termini di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse, attraverso la realizzazione di economie di scala e di scopo, sia in relazione alle maggiori opportunità di apprendimento offerte dall'accresciuta interazione con altre strutture e/o soggetti coinvolti. Inoltre, aumenta la qualità e l'appropriatezza di servizi e prestazioni, garantendo inoltre la continuità assistenziale.

L'introduzione di modelli a rete diventa quindi la condizione per affrontare un contesto di sempre maggiore complessità, attraverso strumenti che ne consentano una più efficace gestione e che siano dotati di una elevata flessibilità e quindi più adatti a convivere con i cambiamenti e le innovazioni tipiche di una società in continua evoluzione.

La strategia generale della Regione, secondo quanto già previsto nel precedente PSR, si orienta verso la riorganizzazione in rete, sia in ambito sanitario che sociale, in particolare con la realizzazione di reti integrate, sociali, socio sanitarie e sanitarie, queste ultime nella logica dell'intensità di cura. L'organizzazione in rete dei sistemi sanitario e sociale della Regione Marche richiede quindi che si prosegua nell'azione di consolidamento dei seguenti network:

- Il network della prevenzione / predizione
- Il network territoriale
- Il network dell'emergenza - urgenza
- Il network ospedaliero
- Il network di integrazione socio-sanitaria
- Il network sociale

In ambito sanitario, un elemento di fondamentale importanza è costituito dalla realizzazione di *reti cliniche* che si pongono ad un livello sovrapponibile ai network indicati operando trasversalmente ad essi e sono connotate da una forte collaborazione/condivisione di metodi, linguaggi e procedure tra strutture e operatori appartenenti a diverse aree professionali e assistenziali al fine di consentire il coordinamento complessivo sull'intero percorso di cura del paziente.

All'interno del network territoriale, particolare attenzione deve essere dedicata alle reti professionali dei MMG-PLS e delle farmacie.

### **III.5.1 La rete nella medicina generale**

In applicazione della DGR 751/07 che costituisce il recepimento dell'accordo integrativo regionale per la medicina generale ed in continuità con quanto riportato nel precedente piano sanitario regionale, è stata attivata l'esperienza della Equipe Territoriale, riportata nel dettaglio anche in altra parte del presente piano. Costituisce una aggregazione funzionale costruita sull'esperienza sinora maturata e si pone in continuità con la realtà dell'associazionismo medico. L'aspetto caratterizzante dell'equipe è la sua strutturazione sulla base della copertura assistenziale dei medici aderenti in uno specifico territorio sub distrettuale. La suddivisione del territorio nelle Equipe Territoriale è stato promosso sulla base di indicazioni presenti nell'accordo, ma la definizione è stata concordata nella periferia tra le parti interessate all'interno dell'UCAD. Pertanto, sulla base delle scelte compiute, i territori distrettuali sono suddivisi in sub aree territoriali. Su tali subaree sono definite le Equipe territoriali di Medici di Medicina generale, con uno specifico coordinatore scelto tra i medici partecipanti. L'insieme di tali strutture costituisce una "semplificazione" nella gestione complessiva del distretto in quanto rende accessibile all'utente una serie di servizi erogati all'interno dello studio del medico di medicina generale, anche in stretto rapporto con le strutture territoriali competenti. L'attivazione di tale istituto ha avviato un percorso di condivisione di modalità operative, organizzative e professionali tra i medici aderenti e i corrispondenti direttori distrettuali che, pur nella fase ancora iniziale, ha generato un processo di lettura condivisa della domanda e un processo concordato di offerta sanitaria. Gli strumenti principali da attivare sono quelli del governo clinico al quale i Medici di medicina generale e gli altri medici convenzionati devono attivamente partecipare, sia nella fase di progettazione, sia nella fase dello svolgimento delle specifiche attività. Anche l'accordo con la Pediatria di libera scelta prevede la partecipazione alle equipe e si è già concordato di inserire in tale istituto anche gli specialisti ambulatoriali.

Questa scelta delle Equipe territoriali, rappresenta la individuazione di uno strumento aggregativo funzionale di tutti i professionisti del territorio secondo un "bacino di utenza" e

una specifica area geografica, che definisce nel territorio il nodo della rete della medicina generale. In tal modo, nella sua funzione di nodo di rete, si costituisce come articolazione funzionale territoriale del Distretto, a cui partecipano tutti i medici convenzionati (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali) ed in prospettiva più ampia, i professionisti che a vario titolo contribuiscono con specifiche competenze alla tutela e promozione della salute dei cittadini.

L'equipe territoriale attraverso la funzione di elaborazione condivisa del piano di lavoro annuale, parte integrante e sostanziale del piano delle attività distrettuali, contribuisce alla definizione delle priorità assistenziale territoriali all'interno di un percorso di integrazione funzionale con il Distretto.

Attraverso tale funzione l'equipe territoriale individua i contenuti operativo-professionali del governo clinico sul bacino d'utenza ad esso afferente, riconducendo ad esso le risorse già poste a disposizione dall'Accordo Nazionale. In tal modo l'azione professionale è posta in capo ai titolari del rapporto fiduciario, che progettano e gestiscono i percorsi di salute del loro bacino di utenza. Il Distretto, attraverso un processo di facilitazione e di sempre maggiore collaborazione e integrazione, sarà in grado di governare in maniera condivisa le esigenze assistenziali del territorio anche attraverso il sistema di relazioni definito da UCAD, Pool di monitoraggio e Coordinatori delle Equipe.

A supporto di tali scelte il Centro di Riferimento della Medicina Generale e delle Cure primarie favorisce lo sviluppo di competenze innovative per Medici di Medicina Generale Coordinatori delle Equipe e Direttori di Distretto per il rafforzamento di tale rete, che deve garantire anche le relazioni tra i nodi territoriali della rete e la implementazione degli strumenti del governo clinico. Per tale motivo dal mese di maggio 2010 è stato attivato un Corso di Formazione Avanzata in Medicina Generale che rappresenta un percorso teorico – pratico rivolto ai medici di medicina generale coordinatori delle Equipe Territoriali e ai Direttori di Distretto.

Parimenti, l'Osservatorio dell'appropriatezza rinforza i relativi percorsi sul territorio al fine di garantire una migliore "Governance Clinica" da parte dei professionisti, anche mediante azioni di supporto nei confronti dei nodi periferici, attraverso i membri UCAD inseriti nelle strutture distrettuali. La Regione dovrà garantire anche attraverso tali organismi l'omogeneo sviluppo di una specifica prospettiva di crescita delle Cure Primarie

Pertanto con il vigente accordo integrativo regionale e sulla base delle indicazioni del precedente piano la Regione Marche ha inteso muoversi su una presenza di nodi di rete organizzati nelle aggregazioni funzionali Equipe Territoriali, ha avviato un innovativo percorso di formazione ad hoc sugli strumenti e le modalità operative dell'equipe, si impegna ad impostare la contrattazione del prossimo accordo integrativo sul medesimo istituto e al potenziamento degli strumenti operativi ad esso necessari ( collaboratori per gli studi, infrastrutture per le Equipe), anche attraverso la formazione

L'ipotesi sottoscritta di Accordo Collettivo Nazionale prevede la possibilità di strutturare aggregazioni funzionali o strutturali per la gestione del territorio: in sostanza, anche dal livello nazionale giunge una ulteriore conferma della correttezza del percorso intrapreso dalla Regione Marche. L'organizzazione di Rete, diffusa, strutturata per bacini di utenza, incardinata nel Distretto, e condivisa con tutti i medici di fiducia dei cittadini così come proposta nell'Equipe Territoriale è riconducibile al dettato dell'ACN sia dal punto di vista progettuale, sia dal punto di vista gestionale.

### **III.5.2 La rete delle farmacie**

Il processo di ri-localizzazione omogenea dell'offerta dei servizi sociali e sanitari nel territorio regionale affida ruoli sempre più centrali alla rete territoriale, permettendo di individuare e realizzare sistemi di Welfare territoriale, integrato con percorsi di governo della domanda e dell'offerta di servizi sia a livello degli Ambiti Territoriali che dei Distretti Sanitari, in questo ambito si collocano a pieno titolo le farmacie.

Il modello a rete dell'organizzazione delle farmacie mira a incrementare e qualificare le risorse, le funzioni ed i ruoli della offerta ai cittadini in un quadro di principi quali la flessibilità e la modulabilità organizzativa, l'efficienza prestazionale, la prossimità e l'integrazione.

Tali obiettivi non possono essere conseguiti senza il concorso delle risorse tecniche-professionali e della cittadinanza, che lo sviluppo del sistema regionale dei servizi e degli interventi sociali prefigura, né fare a meno del ruolo che è stato affidato a tutti gli "erogatori" degli stessi servizi.

In questa prospettiva la Rete delle farmacie dovrà provvedere a:

- integrare il Servizio Sanitario Regionale nell'offerta dei servizi assistenziali meglio qualificati, innanzitutto a favore della popolazione anziana;
- definire i percorsi di collaborazione integrata a programmi di educazione sanitaria predisposti dalla Regione Marche o dal livello Nazionale, nonché il sostegno a campagne di prevenzione delle principali patologie;
- definire le attività di partecipazione a campagne di educazione sanitaria per il corretto uso dei medicinali.

Inoltre, le Farmacie convenzionate che erogano i loro servizi nella Regione Marche, dovranno concorrere alla attivazione :

- della Posta Elettronica Certificata (PEC) e utilizzare i nuovi strumenti messi a disposizione dalle recenti tecnologie per garantire lo scambio di comunicazioni della Rete delle Farmacie con la Regione Marche e il SSR;
- di sistemi di prenotazione, in farmacia, di visite specialistiche ed esami strumentali e di laboratorio presso strutture pubbliche o del privato convenzionato, nonché l'eventuale riscossione diretta della quota di partecipazione alla spesa a carico del cittadino;
- della gestione dell'assistenza integrativa per le forniture di presidi per le stomie, per i diabetici, per i neuropatici, per le incontinenze urinarie e fecali e per i prodotti dietetici per i celiaci, con spesa non superiore a quella attualmente sostenuta dal SSR applicata agli stessi servizi;
- delle prestazioni accessorie quali esami di laboratorio di prima istanza con analizzatore e presenza in farmacia di defibrillatore.

### **III.5.3 La rete dell'ICT**

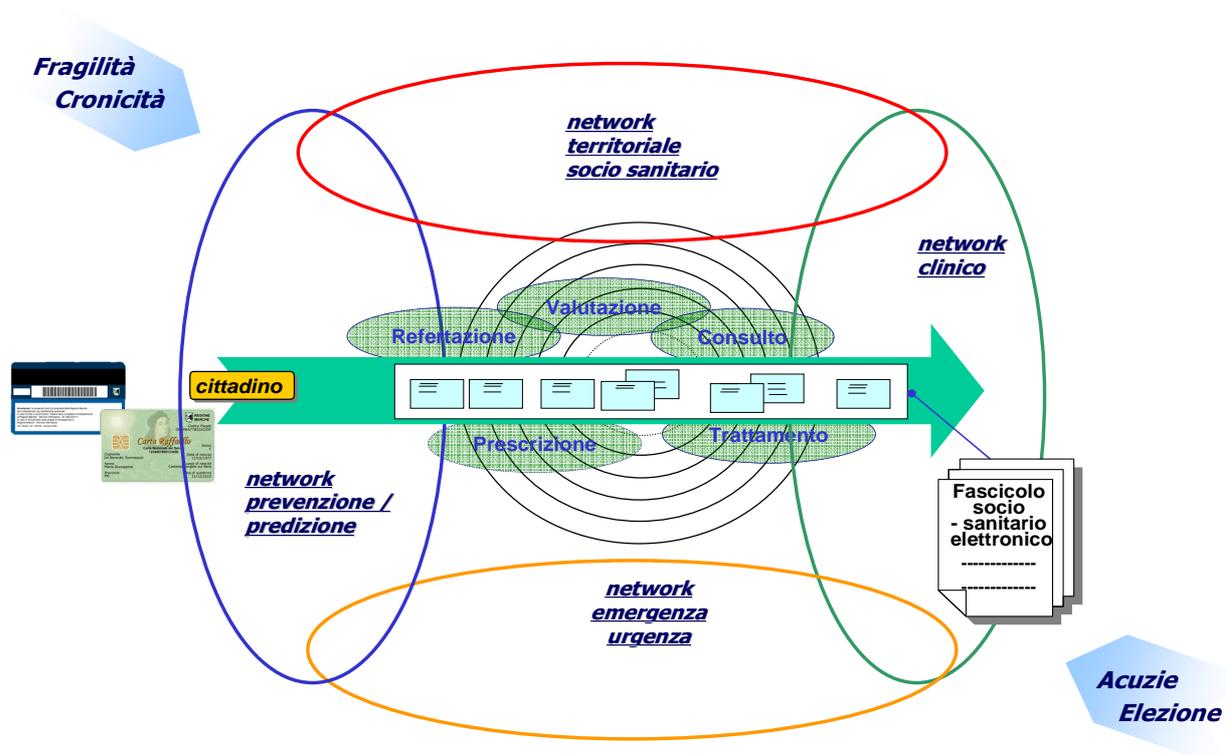
La costituzione di un modello a rete per l'assistenza sociale e sanitaria trova nell'ICT (*Information Communication Technology*) la dotazione naturale per il supporto ai nuovi processi che si vengono a istituire in un contesto di crescita e sviluppo.

La rete guida lo sviluppo del modello assistenziale attraverso eventi che si snodano su percorsi costituiti da connessioni e da nodi. La numerosità dei nodi, dei tratti congiungenti, le loro differenti intersezioni e le configurazioni risultanti possono essere gestiti solo attraverso un sistema informativo in grado di integrare gli innumerevoli percorsi che interessano sia la salute del cittadino che l'efficienza dell'intero sistema.

L'integrazione di questi percorsi è possibile solo con una adozione energica di tecnologie informatiche e di comunicazione; queste tecnologie permettono di gestire gli eventi al loro insorgere per costruire i relativi percorsi informativi, convogliando le informazioni in due punti nodali. Questi punti sono diretti uno a garantire le informazioni sulla salute del cittadino, l'altro a facilitare il governo del sistema.

Il primo di questi è il *fascicolo socio-sanitario elettronico*, che interseca gli esiti degli eventi assistenziali e costituisce un fascicolo unitario che è di fatto il patrimonio informativo della salute del cittadino, messo a disposizione con regole di riservatezza al cittadino stesso ed ai professionisti chiamati a intervenire.

Il secondo è il *DW - datawarehouse regionale*; il DW è il punto di raccolta delle informazioni prodotte dal sistema nella sua attività assistenziale. Qui convergono in modo anonimo le informazioni relative alla produzione assistenziale e relative all'impiego da parte dei sistemi sociale e sanitario delle risorse umane ed economiche, permettendo l'applicazione delle tecniche di monitoraggio, controllo e simulazione necessarie alle attività di governance regionale.

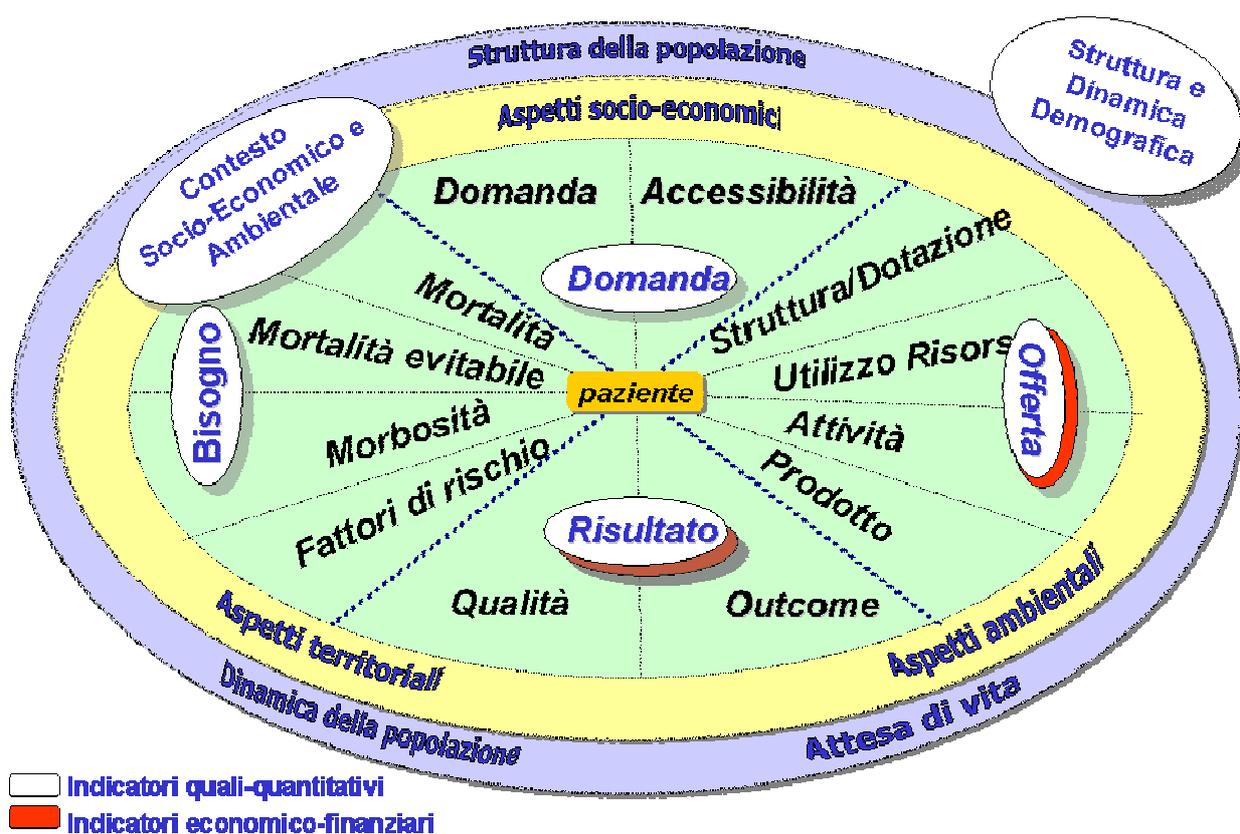


## PARTE II – I PROCESSI SANITARI

### IV SISTEMA EPIDEMIOLOGICO

Il Profilo di Salute delle Marche rappresenta un elemento fondamentale per la conoscenza globale del sistema salute e dei determinanti socio-sanitari della popolazione marchigiana. Le trasformazioni determinate dal rapido mutamento delle condizioni sociali, i nuovi orizzonti della globalizzazione e le patologie emergenti/riemergenti, la crescente attenzione verso le problematiche ambientali, rendono necessario un monitoraggio attento e costante dei macrofenomeni inerenti la salute.

Il modello interpretativo adottato dal presente Piano considera i determinanti della salute attraverso una rilettura delle principali dimensioni di analisi del contesto che si riflettono sui fenomeni del bisogno e della domanda di salute in rapporto all'offerta e all'accessibilità dei servizi.



## **IV.1 IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE**

La Regione Marche si estende su un territorio di 9.694 Km<sup>2</sup> (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica molto variata. Gli abitanti sono 1.569.578 (al 1/1/2009) e la speranza di vita alla nascita risulta per gli uomini di 79,6 anni e per le donne di 84,9 (stime Istat per il 2008), rispettivamente al primo ed al secondo posto delle graduatorie regionali (dato medio nazionale stimato: 78,7 uomini, 84,0 donne). La popolazione marchigiana sta progressivamente invecchiando e di conseguenza aumenta il carico sociale e sanitario connesso alla disabilità ed alla non autosufficienza. La popolazione straniera residente risulta di 131.033 persone (8,3% dei residenti) con un incremento dall'anno 2007 del 13,6%. Il crescente fenomeno dell'immigrazione rende necessario lo sviluppo di politiche che possano assicurare equità di accesso ai servizi per la popolazione immigrata. L'età media della madre al parto è in aumento (31,3 anni). La riduzione dei tassi di IVG (nell'anno 2007 7,4/1000 donne età 15-49 anni; dato italiano 9,1) testimonia l'efficacia delle numerose iniziative e delle campagne di sensibilizzazione promosse a sostegno della salute materno-infantile. Restano tuttavia alti i valori registrati relativamente alla proporzione di parti cesarei (circa 30%), lontana dai valori di riferimento dell'OMS (15%).

Il tasso di disoccupazione nel 2009 risulta 6,6%, in lieve incremento rispetto al 2008 (4,7%) e comunque sempre inferiore a quello registrato a livello nazionale (7,8%); i livelli di istruzione sono sostanzialmente in linea con il dato italiano.

## **IV.2 LO STATO DI SALUTE**

La percezione del proprio stato di salute appare buona tra i cittadini marchigiani. Le donne lamentano più giorni in cattiva salute sia per motivi fisici che per motivi psicologici, e sono più limitate nelle loro abituali attività. Questo sarebbe confermato anche dai dati relativi alla disabilità. Sebbene i tassi standardizzati siano pressoché in linea con il dato nazionale, i tassi specifici per sesso individuano nelle donne ultrasessantacinquenni, i soggetti più fragili e bisognosi di sostegno da parte delle reti sociali e dei servizi sanitari.

Come già rilevato, le stime relative alla speranza di vita pongono le Marche tra le Regioni più longeve e prevedono, un progressivo aumento in entrambi i sessi. La mortalità infantile, indicatore correlato alla speranza di vita alla nascita e connesso alla situazione sanitaria, ambientale e sociale della popolazione, nell'ultimo decennio si è dimezzata. Nelle Marche ogni anno muoiono circa 15.000 persone (1% dei residenti); nel quinquennio 2001-2005 i tassi di mortalità risultano sostanzialmente stabili, ma nell'anno 2003 si è manifestato un picco di mortalità attribuibile in gran parte alle eccezionali condizioni climatiche del periodo estivo dell'anno. Da notare che nelle Marche si registrano, per entrambi i sessi, i tassi standardizzati più bassi di tutto il territorio nazionale. La causa di morte più rilevante nella popolazione marchigiana è quella per malattie cardiovascolari seguita dai tumori. Tra i tumori il maggior numero di decessi è rilevato per le patologie neoplastiche a carico del polmone nei maschi e della mammella nelle donne. Tuttavia, ad un riconosciuto aumento dell'incidenza dei tumori corrisponde attualmente una minore mortalità per diagnosi più precoci e terapie più efficaci.

Per quanto riguarda le malattie infettive, nella Regione Marche continua ad essere rilevato un elevato numero di casi di Epatite B (23 casi nel 2009), sebbene l'andamento dei casi manifesti una lenta ma costante diminuzione negli ultimi anni. L'andamento della Tuberculosis

è pressochè costante, con una maggiore frequenza nei soggetti di sesso maschile e negli stranieri residenti. L'influenza manifesta un andamento regionale sovrapponibile a quello nazionale; nel periodo 2009-2010 il sistema sanitario si è trovato ad affrontare un problema "eccezionale" quale la pandemia influenzale, che ha provocato un notevole numero di casi ma è risultato un fenomeno contenuto in termini di ospedalizzazione e mortalità. L'andamento dei nuovi casi di AIDS si è dimostrato costante negli ultimi anni, sebbene si evidenzia una crescita costante dei casi contagiati per rapporti sessuali a rischio.

Nel 2008 gli incidenti stradali sono risultati inferiori di quelli registrati negli anni precedenti (6.919 nel 2008, 7.149 nel 2007 e 7.577 nel 2006), con trend in diminuzione sia per i deceduti (132) che per i feriti (9.996). Si osserva una diminuzione della mortalità dovuta agli incidenti, a fronte di un aumento della lesività.

La problematica dell'infortunistica sul lavoro fa registrare i tassi di incidenza più elevati e la più alta mortalità nel settore delle costruzioni. Sono maggiori le vittime tra i maschi 30-40 anni.

### **IV.3 I DETERMINANTI DI SALUTE**

Nelle Marche i fumatori risultano circa il 29% dei soggetti di età compresa tra 18/69 anni (Passi, 2009); l'abitudine al fumo è significativamente più diffusa negli uomini, nelle classi di età minori di 35 anni, nelle persone con livello di istruzione medio-basso e in quelle con difficoltà economiche.

Il 60 % degli intervistati nella stessa fascia d'età (Passi,2009) dichiara di aver consumato nell'ultimo mese almeno un'unità di bevanda alcolica. Il consumo di alcol è più diffuso tra gli uomini, nelle fasce di età più giovani e nelle persone con alto livello di istruzione e nessuna difficoltà economica.

Circa un quinto degli intervistati (21%) può essere classificabile come consumatore di alcol a rischio. In particolare il consumo di alcol in maniera smodata (binge drinking), riguarda l' 8% degli intervistati e si associa in maniera statisticamente significativa con la giovane età (18-24 anni) e il sesso maschile, senza un particolare gradiente socio-economico.

Riguardo al consumo di droghe, cannabis e soprattutto cocaina evidenziano dei trend in crescita, molto spiccato per quest'ultima sostanza. Il dato regionale è in linea con quello nazionale.

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale della popolazione regionale, il 33% dei soggetti 18/69 anni risulta in sovrappeso e il 9% obesa. Il 24% della popolazione risulta completamente sedentaria.

Anche l'obesità infantile è un fenomeno rilevante. La Regione Marche, sensibile a tale problema, ha aderito allo studio OKKio alla Salute e dai risultati relativi all'indagine condotta nell'anno 2008, che ha coinvolto 208 classi in totale, emerge che il 33% dei bambini di 8-9 anni, presenta un eccesso ponderale che comprende sovrappeso e obesità.

Ambiente: il vincolo di 40 µg/m<sup>3</sup> imposto dalla direttiva europea sul particolato sospeso (PM10) è stato superato in diverse rilevazioni. In nessun caso viene rispettato il limite auspicabile di 20 µg/m<sup>3</sup>, da raggiungere entro il 2010.

#### **IV.4 INTERVENTI SULLA SALUTE E SERVIZI SANITARI**

Le coperture vaccinali a 24 mesi risultano buone per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie. La copertura contro morbillo, parotite epidemica e rosolia è notevolmente migliorata, anche rispetto ai dati del rilevamento 2006, sebbene il valore ottenuto non raggiunga lo standard stabilito a livello mondiale. La campagna vaccinale stagionale contro l'influenza, orientata principalmente alla protezione dei soggetti anziani, ha prodotto risultati ancora lontani dagli standard ministeriali.

Per quanto riguarda gli screening, gli inviti per lo screening dei tumori del collo dell'utero presentano un valore superiore a quello nazionale. Pur non essendo presenti a livello nazionale degli standard rispetto all'adesione a questo screening, le Marche sono poco al di sotto della soglia considerata "accettabile" ( $\geq 40\%$ ) secondo gli standard piemontesi. Per lo screening mammografico, complessivamente a livello regionale, viene rispettato lo standard di accettabilità di adesione grezza stabilito dal GISMa. E' stato avviato sul territorio regionale lo screening per il cancro del colon-retto.

In quasi tutte le zone territoriali delle Marche è presente un trend in calo dei posti letto ospedalieri, in osservanza delle direttive nazionali e regionali di razionalizzazione della spesa sanitaria. Il maggior numero di dimissioni relative ai ricoveri ordinari riguardano i ricoveri per malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, dell'apparato osteomuscolare, e dell'apparato digerente. Per quanto riguarda le procedure più eseguite, analizzando separatamente i ricoveri ordinari da quelli in day-hospital, troviamo al primo posto il taglio cesareo cervicale basso, seguito dalla colecistectomia per via laparoscopica e dalla protesica totale al ginocchio. Tra i ricoveri in day-hospital prevalgono gli interventi di rimozione della cataratta attraverso la tecnica di facoemulsificazione. Interessante e meritevole di approfondimento la diversa distribuzione delle cause di ricovero nella popolazione immigrata, in cui prevalgono i traumatismi e gli avvelenamenti nel sesso maschile e le complicazioni della gravidanza, parto e puerperio tra le donne.

La medicina generale nelle Marche è strutturata per la quasi totalità nella forma organizzativa dell'equipe territoriale e tra le forme di associazionismo, quella prevalente è l'associazione.

Cresce, (confronto con i dati 2004 del precedente Profilo di salute) a fronte di una domanda dovuta all'invecchiamento il numero di strutture dedicate all'assistenza residenziale e semiresidenziale. L'asse dell'assistenza si sposta sempre più verso il territorio, come testimonia l'esponenziale crescita dei casi trattati in ADI.

## **V RETE DELLA PREVENZIONE E DELLA ASSISTENZA COLLETTIVA**

### **V.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO**

Come si evidenzia dai dati riportati nel quadro epidemiologico generale, la Regione Marche continua a caratterizzarsi per una serie di elementi oggettivi quali:

- l'indice di vecchiaia maggiore in Italia e ciò comporta la necessità di una particolare attenzione alla prevenzione delle patologie cronico-degenerative tipiche dell'anziano, così come una attenzione particolare alla prevenzione in età neonatale e della primissima infanzia, con particolare riferimento all'arrivo di popolazioni migranti che compensano gli indici di natalità negativi della popolazione autoctona;
- il tessuto produttivo regionale tipicamente caratterizzato dalla microimpresa diffusa in tutti i comparti produttivi, con rare eccezioni in alcuni territori e ciò è verosimile concausa di indici infortunistici superiori alle medie nazionali, seppur in miglioramento costante nel tempo;
- la presenza di un elevato numero di attività lavorative collegate con la filiera agro – alimentare che necessitano del controllo sulla sicurezza alimentare, anche esse distribuite in modo spesso aggregato per tipologie produttive e filiere.

Accanto ai bisogni derivanti da questi elementi oggettivi, in questi ultimi anni si sono progressivamente evidenziate richieste di risposta a bisogni percepiti dalla popolazione come forti, per una maggior sensibilità dei cittadini, ma anche a seguito della comunicazione di massa che da strumento di informazione è ormai anche strumento di orientamento delle opinioni degli stessi. Alcuni esempi rilevanti di tale fenomeno dell'ultimo periodo storico possono essere considerati:

- la tutela della popolazione rispetto alle emergenze in sanità pubblica di cui si è avuta prova tangibile in occasione della recente pandemia da virus A/H1N1;
- la tutela mediante vaccino profilassi con un dibattito molto aperto tra la richiesta di revisione della obbligatorietà da un lato, e la richiesta di estensione dell'offerta a nuove tipologie e categorie di vaccini, orientate anche – come nel caso del vaccino contro l'HPV - alla prevenzione di neoplasie;
- la tutela della popolazione da rischi ambientali, spostata sulle tematiche di rapporto tra salute ed ambiente in condizioni di rischi in aree locali con maggiori difficoltà di definizione della presenza e della quantificazione degli stessi;
- la tutela del benessere animale che negli ultimi anni ha visto una rapida evoluzione legata alla richiesta di nuove e più approfondite risposte a bisogni emergenti di una società che vuole un diverso rapporto tra l'animale e l'uomo;
- la tutela della popolazione lavorativa anche rispetto a rischi più difficilmente valutabili nella entità e nelle conseguenze, come lo stress lavoro correlato;
- la promozione di corretti "stili di vita" (alimentazione, attività motoria, non abitudine al fumo ed all'uso di alcol) tendenti alla prevenzione delle patologie cronico degenerative e della incidentalità, soprattutto nelle fasce di età giovanile, che necessita, per

afferinarsi di alleanze interistituzionali trasversali, in primo luogo con il mondo della Scuola, al fine di integrare le azioni secondo il concetto di “Salute in tutte le politiche” .

### **L'evoluzione delle aree della prevenzione collettiva**

Il quadro sopra delineato evidenzia in modo ancora più netto di tre anni fa la inadeguatezza della organizzazione e dei contenuti del primo livello assistenziale previsto nel tutt'ora vigente d.p.c.m. 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) che individua contenitori organizzativi della attività da svolgere da parte del servizio sanitario regionale come risposta prevalente a normative piuttosto che ai bisogni di salute. Ad oggi è infatti ancora in fase di discussione la revisione nazionale dei LEA che, riprendendo l'elaborato del “Progetto Mattoni”, tende ad orientare maggiormente i livelli essenziali di assistenza, nel campo della prevenzione collettiva e promozione della salute, verso l'organizzazione e lo svolgimento di programmi di intervento monitorati piuttosto che verso la sommatoria di azioni puntuali, seppur indicate dalla normativa specifica.

La Regione Marche dal 2004 è costantemente impegnata per il riorientamento della mission e del metodo di lavoro della rete per la prevenzione collettiva, sia attraverso indirizzi regionali, quali la DGR 54/04, sia attraverso il contributo costante al lavoro svolto a livello nazionale in sinergia con il sistema delle Regioni. In questi ultimi anni infatti sono state realizzate, o sono in corso di realizzazione, esperienze nazionali rilevanti che, pur con i limiti sopra detti relativi ai LEA, hanno teso nei fatti al loro superamento. Per il loro valore, anche rispetto alla evoluzione futura delle aree della prevenzione si richiamano in particolare:

L'esperienza del Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007 prorogato poi sino al 31.12.09 che ha fatto promosso un grande salto di qualità nella gestione della prevenzione basata sulla conoscenza. Questo salto si è concretizzato, in particolare, con il trasferimento a livello gestionale di evidenze o di nuove conoscenze scientifiche piuttosto che con la formazione, con la definizione, diffusione e promozione dell'utilizzo delle informazioni anche ai fini della valutazione quantitativa dei risultati raggiunti nonché con la revisione della normativa e delle prassi, come nel caso della evidence-based-prevention. Il complesso di questi elementi individua per la prevenzione una prospettiva di “organizzazione che impara” e dimostra la praticabilità di un vero e proprio knowledge management, al quale non dovrebbe rimanere estraneo il modello organizzativo.

L'esperienza del patto per la salute nei luoghi di lavoro (d.p.c.m. 21 dicembre 2007), che ha determinato in questa area di attività, la prima reale programmazione nazionale concertata tra livelli istituzionali centrali e territoriali, seguita da concrete realizzazioni e da un sistema nazionale di monitoraggio dei programmi e dei risultati di questi in accordo con la logica che ha contemporaneamente guidato la stesura del d.lgs. 81/2008.

L'esperienza del programma “Guadagnare Salute” (d.p.c.m. 4 maggio 2007) che, nella sua implementazione a livello regionale ha :

- rappresentato una importante occasione di coordinamento regionale al fine di inquadrare il contrasto ai fattori di rischio in un'ottica di sistema;
- innescato un forte processo di condivisione con tutte le componenti, non solo del mondo sanitario, a vario titolo coinvolte;
- sviluppato la cultura condivisa della necessità di valutazione di efficacia degli interventi, dell'individuazione delle priorità e della scelta di strumenti che abbiano fornito prova di maggior successo;

- attivato un processo di integrazione tra i Servizi Sanitari al loro interno e le altre realtà attive nei territori (Enti Locali, Associazionismo, OOSS ecc.).

L'esperienza del recepimento dei regolamenti europei in tema di veterinaria e sicurezza alimentare, che ha determinato un cambiamento culturale sia degli operatori del settore alimentare che delle "autorità competenti" ed ha sviluppato un sistema basato più su un tipo di attività tecnico-preventiva piuttosto che repressiva, sostenuto da una fattiva attività regionale di comunicazione del rischio, e del Regolamento e del Regolamento denominato REACH (Registrazione, Valutazione, Autorizzazione sostanze chimiche) che ha iniziato a modificare l'approccio al tema dei rischi per la salute determinati dai rischi chimici negli ambienti di vita e di lavoro con ricadute diretta sulla metodologia operativa dei servizi di prevenzione coinvolti nell'argomento.

Va infine richiamata la recente approvazione del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione con accordo Stato Regioni del 29 aprile 2010, che nella sua parte metodologica richiama alcuni fondamentali elementi coerenti con il percorso sopra indicato.

Un primo elemento riguarda il contesto storico-sociale nel quale ci si sta muovendo ove la richiesta di semplificazione delle procedure burocratiche (nelle quali i servizi di prevenzione sono spesso coinvolti), l'esigenza di sostenere la libertà di scelta del cittadino e di empowerment a fronte di un accesso a informazioni qualificate e l'approccio delle direttive europee basate sulla responsabilizzazione delle imprese necessitano di trovare una risposta che l'attuale sistema può dare solo a fronte di una profonda trasformazione. In tal senso la sfida dei servizi di sanità pubblica del SSN è quella di essere capaci di:

- cogliere gli elementi di cambiamento e dotarsi di strumenti per analizzare i contesti territoriali, nella loro peculiarità e dinamicità, programmando di conseguenza risposte adeguate al territorio in cui operano;
- responsabilizzare e coinvolgere il cittadino per favorire scelte e stili di vita salutari;
- tradurre lo spirito delle direttive europee in materia di controlli che vede nella responsabilità del datore di lavoro e nell'autocontrollo dell'impresa i cardini di una prevenzione universale "diffusa", di cui sono partecipi non solo gli operatori sanitari;
- produrre un'evoluzione dei servizi di prevenzione, che passino dall'autoreferenzialità e dalla perpetuazione di prassi consolidate, alla trasparenza delle scelte che determinano la programmazione della attività, con un approccio integrato, che ottimizzi le risorse disponibili e aumenti l'efficacia delle azioni di tutela delle singole persone, dei lavoratori e della comunità intera.

Un secondo elemento rimanda direttamente al tema dell'EBP (Evidence based prevention) in quanto il nuovo PNP assume la necessità che le linee operative individuate debbano da una parte essere fondate, per quanto possibile, su evidenze scientifiche già acquisite e riportate in letteratura, dall'altra sottoporsi al vaglio della valutazione di efficacia, non solo di processo ma anche di risultato. La sfida è dunque quella di una programmazione delle attività ben motivata in funzione dell'efficacia misurabile con risultati, sia nelle attività di vigilanza ed ispezione, che in quella dei servizi alla persona, in modo da pervenire al risultato che le attività non supportate da evidenza di efficacia siano sostituite da altre che, invece, ne hanno quantomeno i presupposti.

Collegata con il precedente punto, risulta infine la necessità di un rafforzamento della capacità di analisi dei dati epidemiologici disponibili e della loro "restituzione" in un'ottica integrata; si tratta cioè di costruire sistemi di lettura dei dati di mortalità, dei registri di

patologia (tumori in primis, patologie infettive), delle prestazioni sanitarie (SDO, prestazioni ambulatoriali e consumo di farmaci), dell'incidentalità stradale (ACI-ISTAT) e lavorativa (INAIL-ISPEL-IPSEMA- Regioni), dei comportamenti e stili di vita (ISTAT, PASSI, Passi d'Argento, OKkio alla Salute, HBSC, GYTS...), dei rischi alimentari e ambientali, che consentano, in modo integrato, di definire e adeguare nel tempo le priorità sulla base dei trend di popolazione.

### **L'evoluzione della organizzazione**

In questi anni le linee di indirizzo regionali (la DGR 54/04 e la DGR 866/04 prima, il PSR 2007 – 2009 poi) hanno garantito un percorso di sviluppo organizzativo coerente con quello della normativa nazionale e della legislazione regionale caratterizzata dai contenuti della l.r. 13/2003.

In particolare:

- è stato ottenuto un adeguamento strutturale nel territorio con la creazione di una rete regionale dei Dipartimenti di Prevenzione ed una sostanziale applicazione del D.Lgs 229/99. In conformità con quanto indicato nella L.13/03 la rete organizzata è stata centrata sui territori zionali mentre è risultata difficoltosa la realizzazione dei previsti punti di eccellenza in area vasta ipotizzati per rispondere alle esigenze di qualità della risposta in relazione a nuovi bisogni emergenti ed a un utilizzo del personale più razionale ed al contempo valorizzato nelle professionalità;
- sono state mantenute funzioni di un forte coordinamento tecnico regionale soprattutto tramite le strutture regionali;
- sono state mantenute e migliorate le sinergie del sistema con altre istituzioni quali l'INAIL per la prevenzione nei luoghi di lavoro, l'Istituto Zooprofilattico sperimentale Marche – Umbria per l'area della veterinaria e alimenti, l' Ufficio Scolastico Regionale per l'area trasversale della promozione della salute, l'ARPA per le tematiche di prevenzione dei rischi sanitari di origine ambientale.

## **V.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO**

Il percorso effettuato dalle strutture territoriali per la prevenzione finalizzato al riorientamento della mission e delle metodologie di lavoro appare in linea con l'evoluzione del quadro nazionale, presentando in alcuni casi anche elementi di eccellenza. Tale percorso va con coerenza mantenuto, e ciò sarà reso più facile da una partecipazione attiva del sistema regionale ai processi evolutivi nazionali, anche attraverso i professionisti del territorio, permettendo ciò un confronto in tempo reale con le migliori esperienze in atto.

Tale percorso per rendersi visibile attraverso i risultati verso la popolazione necessita però di un completamento e aggiornamento del percorso organizzativo del sistema regionale iniziato con la l.r. 13/03 che renda efficace quanto in larga parte previsto ma non ancora completamente realizzato.

Questo percorso può, tra l'altro, aiutare la sostenibilità del sistema in un contesto storico generale caratterizzato da generale e persistente difficoltà economico finanziaria dell'intero paese agendo sostanzialmente attraverso una valorizzazione delle professionalità esistenti

in un efficace sistema di area vasta per le funzioni che necessitano, al fine di garantire una adeguata qualità, di bacini di utenza superiori a quelli attualmente definiti con le Zone Territoriali. Nell'attuale assetto legislativo ciò comporta la definizione di efficaci strumenti di raccordo funzionale tra le strutture zonali con modelli operativi che si è già cominciato a sperimentare (es.: gestione attività di prevenzione durante la realizzazione delle grandi opere infrastrutturali, riorganizzazione degli screening oncologici, centro epidemiologico per, veterinario e attività di comunicazione del rischio per l'area veterinaria e alimenti, organizzazione per la gestione del regolamento europeo REACH).

Tale modello, ad oggi ancora imperniato sulle zone territoriali, può essere reso maggiormente flessibile attraverso la determinazione di parametri, a partire quelli già presenti in allegato A della DGR 54/04, finalizzati ad identificare il livello di complessità delle strutture e dei possibili settori o moduli organizzativi interni ad esse così come, a seguito di eventuale modifica organizzativa del sistema che adegui gli attuali contenuti della l.r. 13/03, la creazione di dipartimenti sovrazonali, qualora gli indicatori dei bisogni, ne evidenzino la opportunità al fine di garantire la qualità delle azioni anche in rapporto alle risorse disponibili.

Associato a ciò, va realizzato il sistema delle "eccellenze" regionali o di area vasta, previsto dal PSR 2007 – 2009, ma che necessita di strumenti amministrativi per la concreta realizzazione. Restano validi, per la definizione delle eccellenze regionali o in area vasta, i criteri già definiti:

- collocazione strategica rispetto ai bisogni del territorio;
- evidenza di attività già organizzate e professionalmente adeguate;
- necessità di figure professionali, complessità organizzativa, attrezzature e strumentazioni che necessitano per ottenere efficacia ed efficienza adeguate di un bacino di utenza di area vasta.

Le eccellenze di sistema operanti in area vasta e funzionali ai bisogni possono essere, rispetto all'attuale assetto organizzativo della rete, tre tipologie:

- tipo 1: composte da riferimenti professionali di tipo tecnico scientifico (in alcuni casi già esistenti nei fatti, in altri da identificare);
- tipo 2: strutture già organizzate che possono svolgere attività specialistiche per aree sovrazonali, già esistenti nei fatti;
- tipo 3: U.O. specifiche per funzioni specialistiche da realizzare, che necessitano di integrazione di risorse umane (3-A) oppure di essere costituite ex novo per bisogni emergenti (3-B).

### **V.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI**

Lo sviluppo della prevenzione collettiva avvenuto negli ultimi anni va coerentemente implementato attraverso le seguenti linee di intervento:

- nei limiti del contesto legislativo in corso di definizione teso al contenimento delle spese, completare il percorso di stabilizzazione del personale a contratto,
- completare il sistema informativo unico per la prevenzione con l'aggiornamento e il consolidamento di quanto già presente per l'area della sicurezza alimentare e

veterinaria, e la messa a regime di quello per la sanità pubblica, la prevenzione nei luoghi di lavoro, gli screening oncologici, la medicina dello sport avviato recentemente dall'ASUR;

- rafforzare il ruolo del “nodo regionale” nell'ambito del sistema a rete nazionale, in particolare per l'area della sicurezza alimentare – veterinaria dando attuazione all'intesa approvata dal Governo, dalle Regioni e dalle Province autonome il 14 giugno 2007 “Piano Nazionale Integrato dei controlli 2007-2010 sulla sicurezza alimentare” (MANCP) ma più in generale per tutte le attività di prevenzione primaria collettiva;
- definire un sistema stabile per la rendicontazione dei fondi finalizzati Fondo Sanitario destinati ai programmi di prevenzione di valenza regionale e nazionale, anche alla luce di quanto previsto dal nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (accordo Stato Regioni del 29.4.10) che prevede, nel sistema di monitoraggio nazionale, anche il monitoraggio delle risorse destinate messa a regime dell'azione integrata tra la programmazione regionale, le Aziende del SSR e le ZT dell'ASUR ed il Dipartimento per la Sicurezza integrata dei cittadini e protezione civile, nel campo delle emergenze di Sanità pubblica e di Sanità pubblica veterinaria, alla luce della recente gestione della pandemia influenzale 2009 - 2010;
- emanare entro sei mesi dalla approvazione del presente piano un atto di indirizzo per la integrazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione e dell'ARPAM, con particolare riferimento al controllo delle Aziende a Rischio di incidente rilevante e delle analisi epidemiologiche per la valutazione del rischio sanitario connesso con il rischio ambientale anche in piccole aree, mettendo anche a regime l'osservatorio di epidemiologia ambientale, previsto dal precedente piano sanitario ed istituito con DGR 1500 del 28 settembre 2009;
- realizzare il sistema delle eccellenze operanti in aree vaste nel sistema a rete regionale individuandole con atti di indirizzo regionali sulla base delle indicazioni precedentemente descritte;
- ridefinire entro sei mesi dall'approvazione del presente atto, mediante atti deliberativi di giunta, in base alla concreta esperienza realizzata in questi anni:
  - le modalità di interazione tra gli uffici della programmazione regionale e la direzione tecnica per la prevenzione collettiva dell'ASUR;
  - le modalità di programmazione, coordinamento ed integrazione delle funzioni epidemiologiche attualmente svolte nella Regione Marche, adeguando i contenuti della DGR 866/2004 con la finalità di rendere il sistema delle “reti epidemiologiche” maggiormente efficace e rispondente ai bisogni di sorveglianza e monitoraggio che in questi anni si sono meglio appalesati;
- approvare entro sei mesi dalla approvazione del presente PSR un atto di indirizzo per le funzioni di educazione e promozione della salute al fine di consolidare un modello organizzativo a rete, centrato sulle aree vaste, che nei precedenti anni si è sperimentato in alcune aree del territorio, avendo determinato, l'assenza di tale specifico riferimento, un ritardo nello sviluppo di questa attività, indispensabile come service metodologico per tutte le aree del servizio sanitario, visto anche il riorientamento di mission delle attività di prevenzione nel frattempo avvenuto.

## **Aree tematiche di intervento**

In coerenza con le indicazioni contenute nei capitoli precedenti del piano e del paragrafo V.2 di questo capitolo, la pianificazione generale delle azioni sopra descritta sarà nel dettaglio declinata in termini di obiettivi sanitari, strumenti, risorse, modalità di monitoraggio dei risultati per ciascuna delle seguenti aree tematiche di intervento tenendo conto delle specifiche programmazioni nazionali definite prevalentemente attraverso accordi Stato – Regioni e attuazione di regolamenti europei, come già indicato sopra:

- la sanità pubblica ed i rapporti salute e ambiente;
- la prevenzione nei luoghi di lavoro;
- la sicurezza alimentare e la tutela della salute del consumatore;
- la salute animale e la tutela della salute del cittadino;
- la sorveglianza e la prevenzione nutrizionale;
- gli Screening:
  - o screening oncologici (mammella, cervice e colon retto);
  - o screening uditivo neonatale;
- le reti della prevenzione collettiva a servizio del sistema:
  - o le reti epidemiologiche;
  - o le per la comunicazione del rischio;
  - o le reti per la promozione della salute;
  - o le reti per la preparazione della risposta alle emergenze in sanità pubblica (organizzazione, rete laboratoristica, reti territoriali sanitarie, raccordo con le reti della protezione civile).

## VI RETE TERRITORIALE

### VI.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'assetto territoriale e distrettuale si è modificato attraverso una riduzione del numero dei Distretti da 36 a 24 mediante la riforma regionale attuata dalla l.r. 13/2003 e la costituzione della Azienda Unica Regionale e delle 13 Zone. Successivamente il passaggio di parte del territorio della Regione Marche alla Regione Emilia-Romagna ha ulteriormente ridotto il numero dei Distretti sanitari e degli Ambiti Sociali a 23.

Nel Piano sanitario Regionale 2007/09 veniva posta in evidenza la particolare situazione dei distretti marchigiani. Infatti così riportava: "Resta tuttavia una grande disomogeneità per quanto attiene popolazione residente e superficie: esistono distretti con scarsa popolazione, ma che hanno una superficie grandissima, e un gran numero di distretti sotto i 60.000 abitanti, previsti dalla Legge 229/99. I Distretti delle Marche coprono una popolazione che va da 14.000 a 125.000 unità. 11 Distretti sono compresi nella fascia che va dai 15.000 ai 50.000 abitanti, 12 Distretti in quella da 60.000 ad oltre 100.000. La Regione Marche è una delle 7 Regioni italiane in cui il Distretto sanitario coincide con l'Ambito territoriale sociale."

Come sopra riportato nella situazione sia dei distretti che degli ambiti, non si può prescindere dalla grande variabilità già rappresentata nel precedente Piano e che si è cercato di riassumere in un indicatore di accesso ai servizi, peraltro grossolano, quale quello della popolazione per Km<sup>2</sup>, come riportato nella allegata tabella

Zona Territoriale n.	Distretto Sanitario	Popol.ne	KMQ	Abitanti per Km <sup>2</sup>
Zona Territoriale n. 1 Pesaro	Distretto Pesaro	122.308	304,19	402,08
Zona Territoriale n. 2 Urbino	Distretto Cagli	19.984	511,42	39,08
Zona Territoriale n. 2 Urbino	Distretti Urbino e Urbania	40.870	590,87	69,17
Zona Territoriale n. 2 Urbino	Distretto Macerata Feltria	19.623	370,84	52,92
Zona Territoriale n. 3 Fano	Distretti di Fano e Pergola	97.238	529,58	183,61
Zona Territoriale n. 3 Fano	Distretto Fossombrone/Saltara	30.067	257,31	116,85
Zona Territoriale n. 4 Senigallia	Distretto Unico Zona 4	75.532	456,79	165,35
Zona Territoriale n. 5 Jesi	Distretto Unico Zona 5	102.042	673,22	151,57
Zona Territoriale n. 6 Fabriano	Distretto Unico Zona 6	45.154	542,89	83,17
Zona Territoriale n. 7 Ancona	Distretto Centro - Ancona	98.404	123,71	795,44
Zona Territoriale n. 7 Ancona	Distretto Nord - Falconara	65.778	144,52	455,15
Zona Territoriale n. 7 Ancona	Distretto sud - Osimo	72.541	213,57	339,66
Zona Territoriale n. 8 Civitanova Marche	Distretto Civitanova/Recanati	111.447	365,09	305,26
Zona Territoriale n. 9 Macerata	Distretto Macerata	90.743	410,67	220,96
Zona Territoriale n. 9 Macerata	Distretti di Tolentino	40.684	504,70	80,61
Zona Territoriale n. 10 Camerino	Distretti di Matelica e di San	33.620	530,07	63,43
Zona Territoriale n. 10 Camerino	Distretto di Camerino	14.938	749,13	19,94
Zona Territoriale n. 11 Fermo	Distretto 2	108.563	536,41	202,39
Zona Territoriale n. 11 Fermo	Distretto 1	45.856	85,52	536,20
Zona territoriale 12 San Benedetto del T.	Distretto Unico Zona 12	98.928	329,53	300,21
Zona Territoriale n. 13 Ascoli Piceno	Distretto Ascoli Piceno	73.575	563,33	130,61
Zona Territoriale n. 13 Ascoli Piceno	Distretto di Offida	28.358	154,46	183,59
Zona Territoriale n. 13 Ascoli Piceno	Distretto Amandola	15.623	417,51	37,42
	<b>TOT.DISTRETTI N.23</b>	<b>1.434.557</b>	<b>9.037,13</b>	<b>158,74</b>

Nel PSR 2007/2009 sotto un aspetto metodologico o meglio di processo venivano considerati alcuni “prerequisiti fondamentali”:

- l'accesso al sistema: la porta di accesso al sistema, contrariamente a quanto attualmente in essere, deve essere unica; il Distretto deve configurarsi come il contenitore logico della funzione di controllo dell'accesso. Oggi l'accesso è possibile per varie vie, la valutazione è spesso ripetuta, i benefici sono condizionati da accessi plurimi ed ancora da plurime valutazioni che frammentano l'individuo sottoponendolo spesso a peregrinazioni tra i servizi e a prestazioni ripetute;
- la valutazione: l'Unità Valutativa Integrata (UVI), è una categoria logica che può declinarsi come l'orientatore dei percorsi sanitari e socio sanitari complessi. L'UVI non configura soltanto un momento clinico, ma interpreta anche la responsabilità di allocare le risorse; è l'UVI che stabilisce l'ambito di cura in cui va posizionato il caso complesso, non garantendo solo l'accesso, ma anche e soprattutto la appropriatezza tra i vari ambiti di cura, garantendo anche la continuità dell'assistenza. Rappresenta inoltre l'unica via di accesso, per i casi complessi, alla residenzialità, all' Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), alla semiresidenzialità; (La valutazione multidisciplinare è peraltro esplicitata dal comma B dell'articolo 10 del Patto della salute 2010-2012 come unica modalità di accesso al sistema domiciliare e residenziale);
- l'offerta in Rete: il potere di connessione del Distretto configura una rete di offerta unica; l'insieme integrato Distretto – Ospedale – Ambito sociale diventa una struttura articolata, ma unica, di offerta.

### **La presa in carico e la continuità assistenziale**

La presa in carico rappresenta una opzione strategica attraverso cui il distretto “competente” esercita la funzione di governo della domanda riducendo le “vie di fuga”.

La continuità assistenziale è la funzione per indirizzare, aiutare ed assistere il paziente/utente nel percorso all'interno della rete di cura che insiste sul suo territorio e nell'intero sistema sanitario.

Nella definizione e nell'articolazione dei percorsi e dei processi di presa in carico e continuità dell'assistenza la dimensione dell'integrazione socio-sanitaria è essenziale.

Per perseguire una corretta integrazione nella presa in carico e continuità dell'assistenza è necessario superare da un lato gli ostacoli interni alla organizzazione spesso in balia di variabili di contesto che ne strumentalizzano e deviano le potenzialità, dall'altro da una consolidata autoreferenzialità dei gruppi professionali che tendono a riconoscersi nella loro identità professionale più che nel sistema integrato dei servizi sanitari e sociali.

È necessario quindi ritornare a modalità partecipate di programmazione strategica ove la funzione di direzione definisca linee entro cui la pianificazione venga portata a termine con la piena collaborazione e condivisione degli operatori che devono condividere e conoscere le strategie e gli obiettivi a questi sottesi, attraverso una lettura non solo economicistica ma anche prestazionale del setting assistenziale.

La valorizzazione economica dei percorsi consolidati, la loro comparazione e la loro reingegnerizzazione promuoverà l'adozione delle migliori pratiche e determinerà un trend verso cui assestare la produzione in una proiezione che coniughi qualità ed efficienza.

## **VI.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO**

### **Nuovi scenari**

Tale impostazione appare ancora di piena attualità, costituendo il presupposto metodologico su cui impostare l'implementazione di nuove linee di intervento. Fermo restando quanto contenuto nell'area dell'integrazione socio-sanitaria con le relative specificità, bisogna notare come nel frattempo siano intervenuti eventi e situazioni che non possono non essere prese in considerazione:

- la forte spinta complessiva del sistema, non solo sanitario, della Pubblica amministrazione verso un'informatizzazione "spinta";
- l'ulteriore indirizzo alla deospedalizzazione precoce e relativa riduzione dei posti letto con carico "aggiuntivo" verso la competenza territoriale, sia in forma residenziale che domiciliare;
- la ricodifica del ruolo della medicina generale e della pediatria di libera scelta verso ruoli di presa in carico dell'assistenza e dell'evoluzione verso la medicina di iniziativa è stata promossa nel livello regionale dagli accordi integrativi con i medici di medicina generale che hanno favorito ed implementato la migliore organizzazione degli studi medici attraverso l'incentivazione della presenza di personale di studio e infermieristico;
- l'avvio dell'esperienza delle Equipe Territoriali, sulla base dell'accordo integrativo sottoscritto, ha sottolineato, nell'ambito della scelta fiduciaria del medico di medicina generale/pls, la possibilità di una aggregazione su un definito territorio attraverso gli strumenti del governo clinico. Tale migliore organizzazione è derivata da un percorso di aggregazione di professionisti in forme associative di diversa tipologia (associazione, rete, gruppo), con l'obiettivo di superare gradualmente la figura del "medico singolo". Tale processo ha oggi raggiunto livelli interessanti: per quanto riguarda l'associazionismo medico, dai dati ASUR 2008, lo stesso copre il 78.3% dei medici e l'86.12% di assistiti; per i collaboratori di studio 34.56% di medici e corrispondenti 37.45% di assistiti;
- le competenze all'interno dei LEA sono sempre meglio definite e vincolanti con impossibilità alla compensazione dei nuovi bisogni derivanti dalla riduzione dei servizi erogati a carico del fondo sociale.

### **Definizione delle funzioni**

Il ruolo del distretto ambisce a definire un modello operativo peculiare, proprio della nostra Regione, che rifugga dalla dicotomia committenza / produzione, esaltando invece la coesistenza delle due funzioni. Il tema emergente della cronicità è il minimo comun denominatore di questa azione che si sviluppa sia con un intervento di gestione diretta nella rete domiciliare e residenziale del socio sanitario che con un intervento di committenza verso le reti cliniche ospedaliere, i cui dipartimenti dovranno in ragione appunto della progressiva cronicizzazione dei pazienti assumere un ruolo e una valenza trans murale definendo link specifici con il territorio garanzia appunto di una corretta presa in carico e di un ottimizzazione della continuità dell'assistenza.

Un distretto competente, capace di raccogliere gli input del territorio e di mediare la sostenibilità del sistema in ottica di co-programmazione, pianificazione strategica e controllo degli output che sono sintetizzabili negli indicatori del Patto della salute 2010-2012, alleg. 2.

### **Governo della domanda**

La spinta a strutture “leggere” che derivano dalla condivisione dell’informazione e dalla semplificazione della relativa gestione derivata dalla tecnologia ICT, sottolineano il ruolo di gestore della governance nell’ambito territoriale di competenza del Distretto, specificatamente in capo alla sua Direzione, riducendo sostanzialmente le competenze burocratico-amministrative e riposizionando la funzione di erogazione diretta delle prestazioni nelle strutture ad hoc dedicate. Pertanto questa funzione di erogazione diretta viene trattata in altra parte.

Inoltre, la possibilità di avere in breve periodo strumenti di informazione dell’andamento della domanda e dell’offerta, indicatori di processo e, per alcuni settori, indicatori di outcome, consentono alla Direzione di distretto di attuare un governo della gestione e non un semplice rendiconto della situazione nel momento in cui la stessa è giunta a compimento.

Il proseguire nell’implementazione delle forme associative e delle collaborazioni di studio costituisce l’unica risposta possibile alla implicita crescita di richiesta di funzioni e informazioni connesse con lo studio del MMG/PLS. Dall’altra parte, soprattutto con la forma delle Equipe Territoriali, viene sempre di più rappresentato dalle organizzazioni sindacali di categoria un ruolo di autonomia gestionale della medicina generale con la presenza di strumenti di facilitazione del percorso individuati sostanzialmente all’interno del distretto. Il rendere possibile la convivenza e la razionalizzazione di tali esigenze è perseguibile solo all’interno di un distretto con un forte ruolo di committenza e di condivisione all’interno di istituzioni già presenti (UCAD) del processo di individuazione dei percorsi e dei risultati condivisibili.

### **Dipartimenti sovra zonali e/o di area vasta**

Si debbono considerare in tale capitolo il dipartimento di salute mentale che comprende, oltre ai servizi territoriali, il servizio psichiatrico di diagnosi e cura ospedaliero, e il dipartimento delle dipendenze patologiche, che nelle Marche per sua natura costituisce una struttura sovra zonale in base alla DGR 747/2004. Si deve includere anche la riabilitazione in questo capitolo, non solo per la varietà e tipologie delle strutture erogative ma anche per alcune specifiche di gestione e di rapporti.

Queste strutture andranno nel tempo inserite nel modello di sviluppo che non può interessare solo l’area del distretto ma la organizzazione complessiva sia del livello zonale, che di quello di area vasta che, infine, di quello aziendale, nonché il livello di programmazione regionale.

### **Integrazione socio-sanitaria**

La funzione viene ampiamente definita all’interno dello specifico capitolo a cui si rimanda. Va comunque sottolineato come il presente capitolo e quello dell’integrazione socio-sanitaria presentino condivisioni di metodo, di percorsi e di obiettivi, costituendo con ciò il presupposto teorico per la reale e operativa condivisione nella gestione degli utenti in periferia.

## **Erogazione delle prestazioni**

Sulla base della definizione della funzione di governo della domanda si rende necessario con pari chiarezza definire il ruolo della “erogazione delle prestazioni”. Un primo livello di dettaglio costituisce la distinzione della erogazione diretta, da quella acquisita da altre strutture e servizi, pubblici o accreditati, e di quella condivisa o integrata .

La erogazione diretta è costituita da prestazioni esclusivamente sanitarie o socio-sanitarie all'interno dei LEA, non diversamente erogabili da altre strutture, sottoposte ad un controllo diretto. In questo capitolo, a titolo di esempio, rientrano le prestazioni domiciliari sanitarie e non integrate, la residenzialità sanitaria.

La erogazione acquisita è costituita da prestazioni erogabili dalle reti cliniche o da altri livelli di produzione sia pubblica che accreditata, che, separate da tali contesti, produrrebbero costi organizzativi e di produzione aggiuntivi. Ad esempio, rientra in questa categoria la specialistica ambulatoriale erogata nelle sedi poliambulatoriali.

La erogazione condivisa o integrata è costituita da tutte le prestazioni sociosanitarie erogate sulla base di una programmazione condivisa e/o concordata con l'ambito territoriale e sono soprattutto quelle legate alle aree della fragilità nonché della cronicità, ad esempio le residenze protette.

La funzione così definita diventa, all'interno della struttura distrettuale una area di relativa autonomia rispetto al governo della domanda, a cui risponde nella quantità, qualità e appropriatezza dei servizi, nonché nella compatibilità economica rispetto all'assegnato. Per alcuni aspetti le stesse Equipe Territoriali costituiscono unità erogativa, pur nel limite della aggregazione funzionale delle medesime, e costituisce un elemento di responsabilizzazione alla spesa e condivisione di obiettivi.

Per queste funzioni appare inoltre doveroso rilanciare il ruolo dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, inteso non solo come camera di composizione/ricomposizione delle fratture professionali di cui il Distretto, “abitato” da professioni varie e contrattualmente eterogenee può essere sede, ma anche e soprattutto luogo della condivisione e della conoscenza diffusa degli obiettivi e dei programmi che caratterizzano l'attività distrettuale.

## **Linee di intervento**

- Il governo della domanda;
- la erogazione dei servizi e prestazioni;
- le cure primarie;
- le cure domiciliari;
- i dati per i flussi informativi ed il controllo di gestione;
- le sperimentazioni.

### **VI.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI**

L'approccio operativo è costituito dalle seguenti linee di azione.

#### **La rete delle cure primarie**

Le mutate esigenze assistenziali della popolazione e la necessità di una riqualificazione delle rete ospedaliere marchigiana, pone una sfida sui sistemi di cura territoriali che devono assicurare la realizzazione di sistema assistenziale in grado di fornire livelli assistenziali di qualità, appropriati e sostenibili, secondo una logica di prossimità. Dunque la Medicina Generale marchigiana avvia con questo Piano una terza fase del suo sviluppo. In una logica di coerente sviluppo con il precedente piano, si sono realizzate le condizioni per rendere le prestazioni della medicina generale più accessibili da parte dei cittadini e delle amministrazioni sanitarie attraverso la dotazione di fattori produttivi (Collaboratori di Studio, informatica, ecc.) e dell'istituto, allora innovativo in Italia, della disponibilità telefonica. Successivamente si è lavorato per organizzare e diffondere le attività nel territorio con lo sviluppo delle forme di associazionismo. Ora serve un passaggio più profondo e complesso: quello della realizzazione di una medicina più pro-attiva, orientata verso modelli di iniziativa professionale in grado di realizzare una presa in carico complessiva dei cittadini, garantendo quella continuità della cura che è la vera sfida da vincere delle amministrazioni sanitarie. La costruzione della "rete territoriale della medicina generale" rappresenta un processo di trasformazione che è quello di una transizione verso modelli di pratica professionale con le caratteristiche della "medicina di iniziativa" ovvero l'applicazione di un pattern assistenziale orientato alla "promozione attiva" della salute e al rafforzamento delle risorse personali (auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da fragilità/cronicità. Tutto questo finalizzato a modificare gli attuali assetti di pratica professionale, troppo centrati sul modello di "attesa" e pertanto non più in grado di conferire all'area della medicina generale quel valore aggiunto rappresentato dalla applicazione dei suoi elementi costitutivi. Estensività ed equità nell'assistenza, accesso alle cure, prossimità dell'assistenza ai luoghi di vita dei cittadini, integrazione tra attività sanitaria e sociale, valorizzazione del capitale umano e sociale a disposizione dell'individuo e partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e valutazione delle attività e dei risultati di salute ne costituiscono gli elementi fondanti.

L'individuazione di un nodo periferico nella medicina generale pone un sostanziale problema di omogeneità di punti di riferimento nell'ambito dell'area territoriale. Difatti, in tale ambito il punto di riferimento assume sempre una connotazione geografica, un limite spaziale all'interno del quale insistono gli utenti/cittadini. Nella medicina generale e nella pediatria di libera scelta l'aggregazione avviene invece sul professionista, indipendentemente dall'area geografica, a meno che non si accetti il distretto come elemento ultimo di aggregazione. Ma in quest'ultimo caso si enterebbe nella rete distrettuale con le sue specifiche situazioni e vincoli e non verrebbe posta in essere una aggregazione di rete della medicina generale.

Attraverso il Centro della Medicina generale si sono già avviate iniziative a supporto delle prime difficoltà incontrate nella realizzazione delle Equipe Territoriali da parte dei Medici di Medicina Generale Coordinatori e da parte dei Direttori di Distretto. Anche l'Osservatorio regionale dell'appropriatezza, operando attraverso gli UCAD e i membri rappresentativi delle diverse categorie mediche convenzionate, potrà supportare in questo percorso volto a rendere più vicina la struttura sanitaria territoriale al singolo cittadino utilizzando il "tramite" organizzativo e relazionale del medico di assistenza primaria, opportunamente organizzato insieme ai suoi colleghi responsabili della medesima "area Geografica". Nell'ambito della "Continuità dell'assistenza" presentata nell'accordo integrativo regionale verrà posizionata

correttamente la continuità assistenziale, svincolandola dal rapporto con l'emergenza e collegandola, sulla base della continuità dell'informazione, sempre di più con la medicina generale all'interno dell'equipe territoriale

#### **Obiettivo dell'attuale piano:**

- ricontrattare, in sede di accordo integrativo regionale per recepimento del nuovo ACN, le funzioni delle Equipe Territoriali, definendo, sulla base dell'attività svolta, i ruoli e le funzioni del coordinatore di equipe, potenziando gli strumenti di governo clinico e la struttura di rete della medicina generale che l'esperienza condotta ha posto in essere;
- dotare, compatibilmente con le risorse disponibili, i medici di collaboratori di studio, ancor meglio se formati, in misura sempre maggiore;
- obiettivo congiunto è quello dell'allargamento di tale istituto a tutta l'area del convenzionamento presente nel distretto per ottenere una continuità metodologica, professionale ed organizzativa all'interno di ogni singola sub unità distrettuale.

#### **La rete delle cure domiciliari**

Si da come punto di partenza quanto previsto dal precedente PSR che così riportava: "Allineare il sistema della presa in carico territoriale e i principi della continuità dell'assistenza allo sviluppo di esigenze ed aspettative dei portatori di interesse, associando la programmazione alla pianificazione coerente che integri le risorse sistematiche dei profili sociale e sanitario e ponga le basi per la rivisitazione nella direzione di una maggiore appropriatezza della allocazione del paziente nella rete curante del Distretto".

Nel frattempo il prodotto del gruppo di lavoro della specifica Cabina di regia ha elaborato la rivisitazione del sistema delle cure domiciliari in un'ottica di rete che partendo dal Punto Unico di Accesso modula l'accesso ai servizi attraverso la Unità Valutativa Integrata sino al Piano di Assistenza Individualizzato. Integrato in tale linea guida è il debito informativo conforme ai vincoli scaturiti dalle indicazioni del Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Tale linea guida è stata sottoposta alla valutazione dei soggetti interessati in riunioni di Area Vasta ed è coerente con il modello di sviluppo presente in questo Piano.

#### **Obiettivo dell'attuale piano:**

- implementare su tutto il territorio regionale le suddette linee guida dopo averle sperimentate in almeno una area vasta;
- valutare l'andamento dell'assistenza domiciliare sulla base del debito informativo derivato dal flusso Sistema Informativo Assistenza Domiciliare.

#### **L'erogazione dei servizi e delle prestazioni**

Il **Fondo per la non autosufficienza**, soprattutto per quanto concerne la residenzialità socio-sanitaria è stato gestito in maniera condivisa sia a livello regionale che periferico all'interno di un programma d'azione che poneva precisi vincoli e percorsi obbligati. Al momento attuale, derivate dalla DGR 1493/2008 che costituisce l'ultimo atto di programmazione attuativa regionale, sono stati attivati gruppi di lavoro per la ridefinizione del

sistema tariffario e delle competenze all'interno delle strutture, con specifico atto del Dirigente del Servizio salute è stata promulgata la convenzione tipo per ottenere una omogeneità nel territorio regionale.

Il trattamento dei pazienti nella *cura di fine vita* prosegue grazie al completamento della rete degli **Hospice**; quelli già attivati sono stati uniformati tramite le Linee di indirizzo per il modello organizzativo degli Hospice della DGR 803/2009.

Nel frattempo, sulla base della DGR 273/08 sono stati attivati i percorsi per definire le competenze e la strutturazione della **Casa della salute**, tenendo presenti sia i vincoli di progettazione nazionali che la variabilità dei territori da servire e quindi la necessaria flessibilità del modello rispetto alla diversità della domanda. Su tale modello di rilevazione/strumento progettuale è stata attivata la Casa della salute di Urbania.

Contemporaneamente è stata attivata la sperimentazione del **Punto Unico di Accesso** nelle Zone territoriali di Fabriano e Jesi, incentrata sulla dimissione protetta. Tale esperienza punta a definire percorsi di continuità tra macroaree diverse sia nelle competenze che nelle modalità operative, si collega anche all'esperienza dell'ospedale modello di Jesi e costituisce una base di partenza per la verifica dei processi di transmuralità e di continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio.

#### **Obiettivo dell'attuale piano:**

- attivare un meccanismo di governo della erogazione delle prestazioni secondo meccanismi di programmazione condivisa con l'ambito o con gli altri soggetti interessati (macroaree e/o dipartimenti), di monitoraggio e valutazione di risultato;
- monitorare attraverso il Flusso Assistenza Residenziale integrato della valutazione secondo R.U.G. l'andamento del sistema residenziale.

#### **Il servizio amministrativo in staff alla direzione distrettuale**

Il precedente PSR così riportava:

“La funzione amministrativa rappresenta, in ambito territoriale, un supporto essenziale per la gestione del Distretto. Le attività del settore amministrativo sono fortemente correlate alle sanitarie e ne compendiano finalità e scopi. La Direzione di Distretto governa processi che devono inevitabilmente essere ricondotti alla definizione di determinazioni in cui la conoscenza del diritto amministrativo e la legittimazione stessa del documento è fondamentale. Ciò comporta la necessità che la Direzione Amm.va del Distretto (del territorio) sia funzionalmente posta in staff alla Direzione distrettuale e, se possibile, ne condivida la sede fisica. E' fondamentale giungere, avendo come unità di lettura l'area vasta ad una schematizzazione di un controllo direzionale e partendo dalla corretta implementazione dei dati, ad una lettura della produzione territoriale comparabile e sovrapponibile sui distretti in base all'enunciato principio per cui la mappatura del territorio, più che sulla organizzazione va effettuata sulla uniformità delle prestazioni erogate. Parimenti si attiveranno azioni di supporto alle attività regionali che coinvolgeranno i professionisti.

Nel periodo di vigenza del piano, alla luce della realizzazione dei punti di cui sopra appare ipotizzabile la sperimentazione di un budget di distretto che responsabilizzi le direzioni sull'utilizzo dei fattori produttivi e sulla qualità della produzione, tenendo conto della

necessità di coinvolgere sia le Istituzioni sia le parti del sistema che interagiscono con i Distretti (Dipendenze patologiche, DSM, Comuni per l'integrazione socio sanitaria, Servizi di riabilitazione ecc..) A tal proposito dovranno essere poste allo studio tutte le metodiche che possano condurre ad una adeguata attività di committenza verso il pubblico ed il privato”.

#### **Obiettivo dell'attuale piano:**

- Coerentemente con la semplificazione organizzativa e sulla base dei nuovi flussi sia sanitari, per la rendicontazione delle attività, che amministrativi, per la valorizzazione dei costi, sarà attivato un processo di contabilità analitica da sperimentare in almeno un'area vasta.

## **VI.4 LA RIABILITAZIONE**

### **VI.4.1 Il contesto di riferimento**

La situazione della riabilitazione nelle Marche, come peraltro rappresentata nel precedente piano sanitario, può essere riassunta nella maniera seguente:

- rete diffusa delle strutture che erogano prestazioni riabilitative complesse con alcune eccezioni soprattutto in zone di confine;
- forte disomogeneità tra le diverse aree vaste con prevalenza degli interventi a bassa tecnologia e notevoli risorse assorbite dalla riabilitazione ambulatoriale e domiciliare;
- forte presenza storica del settore privato;
- presenza di offerta di attività di ricovero dell'Unità di risveglio per stati comatosi prolungati, per stati comatosi persistenti e gravi insufficienze respiratorie in numero insufficiente per coprire complessivamente le necessità dei cittadini marchigiani e di quelli extraregionali che qui si rivolgono;
- inappropriato utilizzo di strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva (per problemi di natura socio-assistenziale piuttosto che sanitaria-riabilitativa);
- assenza di offerta dell'Unità spinale e conseguente funzione vicaria di ricoveri prolungati (in Rianimazioni o in strutture extraregionali o in riabilitazione intensiva o in unità speciali) che determinano inappropriata utilizzazione delle risorse medesime e minore efficacia dell'intervento;
- assenza della funzione di ricovero in sede extraospedaliera dedicata alle gravi cerebrolesioni dell'età evolutiva e funzione vicaria di ricoveri prolungati e inappropriati in neonatologie, pediatrie e rianimazioni o in strutture extraregionali;
- funzione di riabilitazione cardiologica concentrata a livello di ricovero ospedaliero in un'unica struttura privata convenzionata con insufficiente sviluppo e governo della attività ambulatoriale;
- assenza di funzione di ricovero riabilitazione respiratoria dedicata ed attività ambulatoriale di settore limitata a poche esperienze.

## VI.4.2 La definizione della strategia e delle linee di intervento

A fronte di tale situazione di partenza nella vigenza del precedente piano si è proceduto ad attivare il percorso per l'Unità Spinale, come riportato nello specifico capitolo.

Inoltre, si è provveduto con DGR 1299/2009 nell'ambito dell'accordo con le strutture di riabilitazione a definire il percorso per il recupero di alcune sacche di inappropriata, dando indicazioni alle strutture per la riabilitazione estensiva, anche tramite la riclassificazione di alcuni posti letto.

Si è provveduto, nell'ambito dell'atto di fabbisogno di cui alla DGR 1789/2009 alla riclassificazione delle strutture, suddividendole in strutture per disabili:

Area Utente	Area Organizzativa	Codice	Denominazione generale con riferimenti normativi
Disabilità	Semiresidenziale	PRF6	Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali (dgr 1579/01) – Semiresidenziali
Disabilità	Residenziale	PRF3	Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali - RSA per pazienti disabili gravi (dgr 1579/01 e dgr 1627/05)

e strutture per la riabilitazione, includendo la riabilitazione ospedaliera, le unità speciali ed estensività extraospedaliera:

Area Utente	Area Organizzativa	Codice	Denominazione generale con riferimenti normativi
Disabilità	Residenziale	PRF1	Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali (dgr 1579/01) - Riabilitazione Intensiva extra-ospedaliera (2° livello Linee Guida nazionali) (dgr 1627/05)
Disabilità	Residenziale	PRF2	Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali (dgr 1579/01) - Riabilitazione Estensiva (1° livello Linee Guida nazionali) (dgr 1627/05)
Disabilità	Residenziale	PRF4	Unità Speciali Residenziali (dgr 1627/05)

Con il medesimo atto si è provveduto ad un riequilibrio nella distribuzione dei posti letto all'interno delle varie aree vaste, con particolare attenzione alla Riabilitazione intensiva (PRF1) e all'Unità di risveglio per stati comatosi prolungati, per stati comatosi persistenti e gravi insufficienze respiratorie.(PRF4). Si sono inoltre attivati i gruppi di lavoro all'interno delle cabine di regia e si è partecipato alla stesura delle linee guida nazionali, che stanno per essere promulgate.

## VI.4.3 La pianificazione delle azioni

Le linee guida nazionali, in procinto di essere pubblicate, prevedono alcuni elementi di novità. Infatti, insieme ad indicazioni che provengono dal Piano Nazionale per la Prevenzione, prefigurano l'esercizio fisico, Attività Fisica Adattata (AFA) quale attività non riabilitativa, ma di mantenimento e prevenzione finalizzata a facilitare l'acquisizione di stili di vita utili a mantenere la migliore autonomia e qualità di vita possibile. Tale attività non rientra nelle competenze LEA, ma costituisce un utile supporto e attività di prevenzione alla ipomobilità e alla desocializzazione, trattandosi prevalentemente di attività di gruppo.

Inoltre, nell'ambito delle competenze strettamente LEA, le linee guida determinano una nuova definizione dei percorsi assistenziali sia in regime residenziale che ambulatoriale e momenti valutativi che renderanno più omogenea e percorribile l'assistenza riabilitativa.

**Obiettivo dell'attuale piano:**

- costruire un gruppo di lavoro multi professionale per implementare nella Regione Marche i contenuti delle linee guida nazionali;
- attivare l'AFA, nelle forme possibili, congiuntamente agli altri strumenti di prevenzione sugli stili di vita.

**Percorsi definiti per la disabilità e per la riabilitazione**

Negli strumenti di condivisione delle Cabine di Regia, uno specifico gruppo ha costruito un percorso per dividere concettualmente l'area della disabilità da quella della riabilitazione e la prima applicazione di tale percorso è stata la classificazione sopra riportata. In presenza di un controllo sempre più pressante sui livelli erogati all'interno dei LEA, tale classificazione non può essere attuata solo in senso riduttivo delle prestazioni, ma va affrontata in termini di riqualificazione complessiva dei percorsi, puntando non solo alla appropriatezza della degenza/residenza ma anche alla appropriata valutazione/presa in carico iniziale al fine di evitare ritardi diagnostico/terapeutici ed aspettative assistenziali inappropriate.

**Obiettivo dell'attuale piano:**

- costruire un gruppo di lavoro multi professionale che, sulla base delle linee guida nazionali sulla riabilitazione, determini criteri allocativi precisi per i soggetti disabili e per l'accesso alla riabilitazione.

**Continuità assistenziale dei percorsi riabilitativi tra ospedale e territorio**

Costituisce oramai da alcuni PSR della Regione Marche una caratteristica costante la sottolineatura verso la continuità assistenziale tra i vari livelli sanitari, socio-sanitari e sociali in un'ottica di presa in carico continua delle necessità del paziente. Nelle linee guida nazionali, la proposta di un percorso riabilitativo unico, che comprende il Piano Riabilitativo Individuale, si pone in maniera simmetrica a quanto già riportato in questo Piano come Piano Assistenziale Individuale (PAI), costituendo il presupposto di una omogeneità di modello all'interno dell'area territoriale. A tale prospettiva deve corrispondere la precocità della presa in carico dal momento in acuzie e un corretto passaggio dal reparto per acuti alla riabilitazione e da qui al domicilio o alla situazione di permanenza di lungo periodo necessari sulla base delle specifiche esigenze del paziente e dei relativi care giver.

**Obiettivo dell'attuale piano:**

- attivare una elaborazione di dati per la valutazione dei percorsi tra ospedale e territorio sulla base dei flussi informativi ordinari.

### **Necessità emergenti in ambito riabilitativo**

Il modificarsi dell'età media della popolazione e della morbilità, lo sviluppo tecnologico che permette il superamento di fasi critiche di patologie ad evoluzione cronica con disabilità acquisita determinano la crescita del numero delle criticità post-acute nelle gravi disabilità.

Tentare di affrontare tale problema con una risposta adeguata potrebbe prevedere l'istituzione di unità per gravi disabilità con dotazione di specifiche tecnologie avanzate. Rimandando per il centro spinale all'apposito capitolo, il percorso per le Unità per gravi patologie respiratorie disabilitanti, Unità per gravi patologie cardiologiche disabilitanti, Unità per la riabilitazione in ambito oncologico, nonché per le gravi cerebro-lesioni dell'età evolutiva necessitano di una attenta valutazione nell'allocazione delle risorse, la costruzione di precisi criteri di accesso e permanenza alla struttura, una valutazione dimensionale sia per il fabbisogno regionale sia per la mobilità sia attiva che passiva ad esse connesse. A fronte di tali problematiche, permane comunque la necessità di affrontare, come in precedenza fatto con gli stati comatosi persistenti, una domanda sicuramente complessa ed in continuo incremento.

#### **Obiettivo dell'attuale piano:**

- costruire un percorso di riqualificazione/riconversione di posti letto riabilitativi o di percorsi alternativi per soddisfare la domanda nell'ambito delle risorse disponibili.

### **Rideterminazione degli assetti organizzativi della riabilitazione pubblica**

Nell'ambito della nuova dimensione organizzativa che deriva dalla applicazione delle linee guida nazionali andranno rivisti gli assetti dei servizi di riabilitazione che costituiscono la struttura su cui impostare le nuove esigenze e che debbono confrontarsi con il modificarsi degli assetti organizzativi complessivi della Regione Marche. La valutazione di una struttura dipartimentale correttamente dimensionata non può essere ulteriormente dilazionata e vanno costruiti gli elementi di valutazione per dare una risposta certa al problema.

#### **Obiettivo dell'attuale piano:**

- definire, nell'ambito dell'applicazione delle linee guida nazionali, il modello organizzativo dei servizi di riabilitazione.

## VII RETE DELL'EMERGENZA URGENZA

### VII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'attuale Sistema di emergenza sanitario della Regione Marche si sviluppa negli anni '90 a partire da una realtà costituita da una rete capillare di ospedali, per lo più di piccole dimensioni, di impronta generalista. Il trasporto in emergenza-urgenza dei Pazienti veniva assicurato da una fitta rete di Associazioni di volontariato e di Croce Rossa strettamente legate al tessuto sociale del territorio. L'evoluzione del sistema seguiva le indicazioni della normativa nazionale che prende corpo in quegli anni a partire dal DPR 27 marzo 1992 e dalle successive linee guida n. 1/1996 così come recepite dalla normativa regionale di cui al DGR Marche 5183 del 23 dicembre 1992 ed in particolare dalla legge regionale n. 36 del 30 agosto 1998 e smi.

Sulla base di tale impianto normativo il soccorso preospedaliero è attualmente assicurato e coordinato da quattro Centrali operative 118 sovrazonali (Ancona, Piceno, Macerata e Pesaro Soccorso), da una Centrale operativa regionale localizzata presso la Centrale 118 "Ancona Soccorso" e da Sistemi territoriali di soccorso che si avvalgono di postazioni assicurate dalle Zone territoriali dell'ASUR con la partecipazione delle Associazioni di volontariato appartenenti all'ANPAS e della CRI. E' operativo in Regione anche un Servizio di elisoccorso gestito dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona che dispone di n. 2 mezzi che operano a partire dalle basi di Torrette di Ancona e Fabriano.

Il Sistema ospedaliero di accettazione in emergenza-urgenza articola la sua risposta su quattro livelli costituiti dai Punti di Primo Intervento e dai Pronto Soccorso situati, di norma, presso presidi ospedalieri sedi di Dipartimenti di emergenza ed accettazione di I e di II livello. Il Dipartimento di II livello, unitamente a quello pediatrico, anch'esso di II livello, sono ambedue costituiti presso l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona.

La recente istituzione della seconda base per l'Elisoccorso, individuata a Fabriano, al confine con la Regione Umbria e all'interno della "quadrilatero", sistema di viabilità destinata a facilitare i trasporti intra ed extra regionali, migliora la capacità di risposta alle emergenze su tutto il territorio regionale.

La rete di emergenza urgenza, intesa come insieme del Sistema 118, comprensivo delle Centrali e dei sistemi territoriali di soccorso, dei Punti di primo intervento ospedaliero e delle strutture di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza presso i DEA di I e di II livello, pur evoluta nel corso dell'ultimo triennio, anche sulla base di quanto previsto dal PSR 2007-2009, evidenzia ad oggi ancora importanti criticità legate fondamentalmente a:

- disomogeneità di appartenenza delle centrali 118, che dipendono da Zone territoriali dell'ASUR (Ascoli e Macerata) e da Aziende Ospedaliere (Ancona e Pesaro), e dei sistemi territoriali di soccorso che fanno riferimento alle 13 Zone territoriali con diversa dipendenza di personale e mezzi (SSR, associazioni di volontariato, Croce Rossa Italiana, enti privati). Tale disomogeneità porta ad una differente gestione da parte delle centrali delle attività di trasporto sanitario programmato, delle chiamate di Continuità Assistenziale;
- frammentazione dei Punti ospedalieri di primo intervento che risultano disomogenei per volumi di attività, case mix dei Pazienti trattati, formazione professionale e specialità di appartenenza del personale;

- dispersione delle strutture di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza tra presidi talvolta peraltro privi di sede di Dipartimento di Emergenza ed Accettazione con un progressivo aggravamento delle problematiche relative al progressivo incremento delle prestazioni erogate con contestuale riduzione dei posti letto soprattutto di medicina, all'incompleta copertura nell'arco delle 24 ore, presso alcune strutture, delle attività di guardia attiva di radiologia e laboratorio, alla carente disponibilità di posti letto nelle terapie intensive e nelle unità operative di alta specialità negli ospedali Hub;
- costi e finanziamenti frammentati tra almeno 30 centri regionali di costo tra centrali 118, sistemi territoriali di soccorso, sedi ospedaliere delle strutture di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza;
- mancanza di un unico Sistema informatico di rilevamento e registrazione dei dati. A fronte di un software unico regionale per le centrali 118, risalente peraltro all'anno 2002 e quindi obsoleto, esistono ad oggi differenti sistemi tra le diverse strutture ospedaliere di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza 118. Tale situazione non consente l'elaborazione dei flussi informativi così come previsti dalle attuali normative ministeriali e regionali e dai registri di patologia predisposti ed ostacola le attività di revisione e controllo della qualità delle attività del sistema.

L'attuale Sistema di emergenza urgenza, sviluppato a partire da realtà difformi e gestite con logiche locali disomogenee e da una realtà ospedaliera costituita da strutture non uniformi, con funzioni non omogenee ed al di fuori di una logica di rete, pur notevolmente evoluto dalle logiche originali, offre ancora ampi margini di miglioramento in relazione ai criteri di efficienza, efficacia, appropriatezza, equità e gradimento da parte dell'Utenza e del personale sanitario, in un contesto di appropriato utilizzo delle risorse, secondo i principi della Clinical Governance.

## **VII.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO**

### **La strategia**

Le criticità riscontrate derivano dalla mancanza di una visione unitaria del Sistema di emergenza urgenza in generale e di un sistema definito e razionale di relazioni, in ambito interzonale o regionale, all'interno della rete. Le azioni correttive vanno previste nell'ambito di una strategia che preveda, come obiettivi prioritari, il miglioramento dell'appropriatezza delle cure ed il consolidamento delle azioni utili all'integrazione della componente territoriale con quella ospedaliera dei DEA in un contesto di continuità tra territorio ed ospedale.

Presupposto indispensabile al suo buon funzionamento è l'esistenza di un sistema di offerta organizzato per far fronte ai bisogni di salute comuni, medio gravi e programmabili.

Costituiscono quindi obiettivi strategici del sistema:

- la gestione uniforme, su tutto l'ambito regionale, delle attività di risposta alla chiamata di emergenza e dell'organizzazione delle operazioni di soccorso e trasporto sanitario, a garanzia dell'equità di accesso al sistema ospedaliero di emergenza;
- la continuità delle cure dalla sede di insorgenza dell'evento, alle strutture di accettazione ed ai percorsi interni dei DEA di riferimento fino alla dimissione dallo stesso. In tali ambiti;

- il Sistema 118 garantisce la tempestività dei soccorsi, la gestione dell'intervento secondo linee guida, percorsi clinici e protocolli condivisi con la componente sanitaria dei DEA ospedalieri, il trasporto sanitario in emergenza urgenza ai DEA di riferimento e la centralizzazione dei pazienti al DEA di II livello;
- i DEA di riferimento si integrano e si organizzano in maniera sinergica con il sistema di soccorso territoriale per garantire tempi di intervento rapidi e continuità delle cure con la fase preospedaliera del soccorso.

Di importanza strategica nell'ottica descritta appare l'acquisizione di un Sistema informatico performante ed appropriato che consenta tempestività, continuità e completezza delle informazioni permettendo l'elaborazione, la registrazione e la trasmissione dei dati così come richiesto dalla normativa nazionale sui flussi informativi in emergenza, dai registri regionali di patologia e dalle base dati delle centrali ed ospedaliere.

Ai sensi dell'articolo 6 della l.r. 36/1998 e s.m.i. infine va perseguito il coordinamento da parte delle centrali 118 degli "interventi del personale operante ... omissis ... sui mezzi del servizio di continuità assistenziale", dei "i trasporti programmati" e delle "l'attività di trasporto urgente di sangue ed operazioni di trasporto connesse all'attività relativa ai trapianti e ai prelievi di organo".

La rete dell'emergenza, così come delineata, deve garantire l'armonizzazione dei percorsi clinici e assistenziali, l'ottimizzazione dell'uso delle risorse attraverso la diffusione delle buone pratiche cliniche, l'adozione di politiche destinate al miglioramento continuo della qualità degli interventi sanitari e dell'organizzazione ad essi sottesa, l'omogeneizzazione dell'assetto operativo e organizzativo, il conseguimento di risultati adeguati in termini di efficienza, efficacia, appropriatezza, equità di accesso, sicurezza, accettabilità nell'ambito di tutto il sistema pre ed ospedaliero dell'emergenza.

### **Le linee di intervento**

Il raggiungimento degli obiettivi descritti trova fondamento nell'applicazione delle seguenti linee di intervento secondo quanto elaborato dai gruppi di progetto della cabina di regia emergenza urgenza:

- determinazione del fabbisogno di personale delle Centrali Operative 118 e ridisegno delle postazioni del sistema territoriale di soccorso, in base a: normativa; storico delle chiamate pervenute nelle centrali dall'attivazione del sistema 118; dati disponibili nelle base dati delle centrali relativi agli interventi del sistema territoriale di soccorso; gestione dei sistemi informatici e di comunicazione; formazione e miglioramento della qualità; gestione amministrativa legata al sistema dei trasporti; gestione delle chiamate di Continuità Assistenziale;
- ridisegno della rete dei Punti di Primo Intervento (PPI). In funzione dei dati storici relativi a numeri totali di accesso, casistica dei codici di gravità, disponibilità di competenze specialistiche, funzione di filtro e supporto svolta da alcuni PPI nei confronti degli ospedali di riferimento, distanza dagli stessi e relativa viabilità di collegamento, presenza di postazioni sanitarie del Sistema territoriale di soccorso. La proposta elaborata mira a superare le attuali criticità citate riorganizzando e razionalizzando l'accesso alla rete dell'emergenza-urgenza sanitaria a partire dalle realtà più periferiche, ottimizzando i percorsi all'interno della stessa rete, riducendo il numero dei trasporti secondari tra le

strutture ospedaliere ed aumentando, in definitiva, la sicurezza degli Utenti primari (Pazienti) e secondari (personale sanitario) nei PPI della Regione;

- ridisegno della rete PS/DEA. Tenendo conto del disegno delle reti cliniche, del modello hub-spoke per patologie ad alto rischio, delle patologie di cui al “first hour quintet” (trauma grave, infarto miocardico, ictus, dispnea grave, arresto cardiaco rianimato) e dell'emergenza materno-infantile, delle strette correlazioni esistenti tra attività assistenziali di assistenza primaria ed ospedaliera e con l'obiettivo di uniformare funzione e dotazioni di personale ed attrezzature, ridurre gli intervalli di tempo all'interno dei DEA ospedalieri, ottimizzare la dotazione di posti letto di osservazione e degenza breve all'interno dei Pronto Soccorso, migliorare i percorsi del Paziente acuto implementandoli fino alla fase della post acuzie nelle strutture regionali di recupero di diverso livello. La proposta mira all'omogeneizzazione ed al consolidamento delle attività dei Pronto Soccorso, all'individuazione di alcuni DEA da potenziare con funzioni intermedie tra Pronto Soccorso (livello basale) e dei DEA di II livello (adulto e pediatrico) anche in funzione delle indicazioni del PSR 2007-2009 e delle sperimentazioni regionali in corso ed al potenziamento del ruolo regionale del DEA di II livello degli Ospedali Riuniti di Ancona;
- la recente istituzione della seconda base per l'Elisoccorso ha portato all'ampliamento delle attività del servizio, tanto negli interventi primari sul territorio, che in quelli secondari interospedalieri, a garanzia di un miglioramento della qualità dell'assistenza in emergenza urgenza lungo tutto il percorso del Paziente dal territorio al DEA degli ospedali di riferimento. L'attività del servizio si svolge secondo linee di intervento condivise tra i Direttori delle centrali 118 e dei DEA di I e II livello sotto il coordinamento del Servizio regionale Salute. L'ampliamento del sistema e l'adeguamento alla più recente normativa aeronautica ha ampliato l'esigenza di disporre nel territorio della Regione Marche di un adeguato numero di elisuperfici disposte in maniera strategica sul territorio ed al servizio degli ospedali di riferimento. Il gruppo di progetto della cabina di regia emergenza urgenza delegato alla pianificazione delle elisuperfici da realizzare ha elaborato il relativo piano di sviluppo delle attività;
- il coordinamento della gestione delle attività. Stante la molteplicità delle funzioni di un sistema preospedaliero di emergenza che, oltre a personale, materiali, attrezzature ed attività di formazione relative alla gestione sanitaria delle emergenze generate sul territorio ed al raccordo con la funzione ospedaliera, si trova anche a gestire i trasporti sanitari programmati e ad interfacciarsi con numerosi altri sistemi costituiti dai servizi di assistenza primaria e di Continuità Assistenziale, dalle Forze dell'Ordine e da quelle dell'emergenza tecnica non sanitaria, risulta irrinunciabile l'istituzione di una forte struttura di coordinamento regionale che assicuri le funzioni e sovrintenda ai processi di:
  - gestione integrata per la cura e lo sviluppo dei comportamenti clinico-assistenziali, la misurazione degli indicatori e la gestione del rischio clinico;
  - valutazione della funzionalità e delle esigenze di implementazione dei sistemi operativi e tecnologici delle centrali 118 e dei sistemi territoriali di emergenza ivi compresa la valutazione delle tecnologie emergenti e dei percorsi di acquisizione delle stesse secondo i principi dell'Health Technology Assessment e quella dell'efficienza e dei percorsi di nuova acquisizione di mezzi ed attrezzature del Sistema 118;

- formazione ed aggiornamento uniformi e paralleli di tutte le figure che operano nelle centrali e nel sistema territoriale di soccorso secondo linee guida, percorsi e protocolli unici e condivisi tra le diverse componenti del sistema;
- rapporti con le Associazioni di volontariato ivi compresi i percorsi formativi di certificazione per le attività di “volontariato”;
- rapporti con il Dipartimento per le Politiche Integrate di Sicurezza e per la Protezione Civile, con gli Uffici Territoriali di Governo anche ai fini della pianificazione dei programmi di difesa e protezione civile e con le Associazioni, Enti ed Ordini istituzionali o privati e, comunque, rappresentativi degli stakeholders;
- politiche della qualità ivi comprese tutte le attività relative alle raccolte dati inerenti le attività di sistema e la popolazione dei registri e dei flussi regionali e nazionali richiesti anche ai fini dell’elaborazione di propri dati epidemiologici e successive fasi di verifica, studio ed analisi degli stessi.

Tali funzioni presuppongono naturalmente una struttura dotata di un’ampia autonomia economica e gestionale, a stretto contatto con il sistema regionale di governo della salute.

### **VII.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI**

Il governo delle azioni da intraprendere secondo i contenuti del documento del gruppo di progetto della Cabina di regia sull’emergenza, ha sviluppato una serie di proposte di riorganizzazione complessiva della rete dell’emergenza – urgenza.

Per la realizzazione di tale sistema risulta indispensabile l’acquisizione di un nuovo sistema informatico regionale del Sistema 118, anche in attuazione delle esigenze di cui alla normativa nazionale sul debito informativo dell’emergenza urgenza, e come supporto delle attività di teleconsulto. Inoltre è necessaria la riorganizzazione della rete dei trasporti secondari urgenti e programmati con realizzazione dei Centri di Coordinamento dei Trasporti così come previsti dalla normativa regionale vigente.

#### **VII.3.1 Definizione Potes**

Il gruppo di progetto ha effettuato un’analisi della situazione esistente ed alla luce dei dati ha predisposto una ipotesi di riorganizzazione della rete delle Potes, con variazioni dell’attuale assetto e potenziamenti di alcune aree regionali. I principali obiettivi sono:

- aumentare la percentuale di servizi svolta dal mezzo di competenza della postazione;
- aumentare l’appropriatezza della tipologia degli equipaggi inviati in relazione alla tipologia dell’evento;
- uniformare la tipologia dei mezzi presenti sul territorio in relazione ai modelli di intervento individuati;
- migliorare il percorso assistenziale delle reti cliniche;
- ridurre i tempi di intervento nelle zone più disagiate del territorio.

### **VII.3.2 Definizione fabbisogno di organico Centrali Operative 118**

L'avvio dell'adeguamento della dotazione organica delle Centrali operative è in funzione del ruolo da svolgere in Area Vasta, con l'assegnazione alle Centrali Operative di tutte le attività connesse non solo al soccorso sanitario, ma anche al trasporto d'emergenza e secondario.

I principali obiettivi sono:

- uniformare la dotazione di personale delle centrali secondo quanto stabilito dalla normativa regionale e nazionale nell'ottica di un governo dell'emergenza sanitaria per Area vasta;
- accorpate nelle centrali tutte le funzioni implicate nel governo di area vasta relativo a soccorso territoriale, trasporti sanitari, maxiemergenze allo scopo di poter operare un utilizzo integrato di risorse attualmente distribuite in vari settori;
- razionalizzare l'utilizzo delle risorse;
- uniformare i modelli operativi di gestione dei servizi;
- esercitare un adeguato controllo sulla spesa, specie su quella relativa ai trasporti sanitari.

### **VII.3.3 Punti di Primo Intervento**

Individuazione delle dislocazioni (distanze e viabilità) e delle dotazioni, in termini di postazione medicalizzata e di disponibilità dell'attività specialistica rianimatoria per i Punti di Primo Intervento che andranno potenziati, riqualificati o riconvertiti. I principali obiettivi sono:

- potenziare le capacità di trasferimento dei Pazienti acuti che si sono autopresentati o dei Pazienti degenti presso la struttura e divenuti critici, per i PPI situati in zone disagiate, lontane dagli ospedali di riferimento o con difficile viabilità;
- avviare un percorso di riconversione della struttura in relazione alla permanenza di una funzione ospedaliera, o alla trasformazione della stessa in ospedale di comunità, casa della salute, struttura residenziali assistita, ecc., quando ci si trova di fronte a strutture non lontane dagli ospedali di riferimento, a basso afflusso di pazienti e prive della disponibilità di consulenza rianimatoria.

### **VII.3.4 Rete dei Pronto Soccorso e DEA**

La rete dei Pronto soccorso e dei DEA dovrà essere rivista nel rispetto dei seguenti obiettivi:

- riorganizzare le Cure Primarie garantendo accessibilità, appropriatezza e sicurezza dell'assistenza territoriale; questa azione diminuirebbe il sovraffollamento dei PS;
- ridurre i tempi della diagnostica all'interno dei PS-DEA;
- individuare dei DEA da potenziare (DEA intermedi) con funzioni di HUB nei confronti dei DEA di I livello e di SPOKE verso i DEA di II livello (adulto e pediatrico);

- uniformare sistemi informatici, attrezzature di PS e di radiologia, dotazioni di personale, accesso al teleconsulto;
- facilitare la mobilità dei Pazienti all'interno della rete dei PS-DEA anche tramite accesso al Servizio regionale di elisoccorso;
- migliorare i percorsi del Paziente acuto, secondo il disegno delle relative reti cliniche, implementandoli fino alla fase della post acuzie, nelle strutture regionali di recupero di diverso livello;
- riorganizzare la rete neurochirurgica con definizione dei criteri di centralizzazione/back-transport e delle relative risorse secondo il disegno della rete clinica;
- migliorare la definizione della rete dell'emergenza pediatrica potenziandone la fase di trasporto in urgenza/emergenza.

Ogni Unità Operativa di Pronto Soccorso deve possedere caratteristiche organizzative, logistiche e di dotazione di personale omogenee in base alle funzioni richieste.

### **VII.3.5 Elisuperfici**

Per quanto attiene le elisuperfici si dovrà realizzare una rete a supporto dell'emergenza-urgenza sanitaria e delle attività di protezione civile, in aderenza alla normativa aeronautica. Inoltre, sarà necessario dotare gli ospedali che costituiscono importanti nodi di rete di elisuperfici ubicate sul tetto, di "Rooftop Helipads". Ulteriori obiettivi sono:

- abbattere i tempi di intervento;
- aumentare la sicurezza durante le operazioni di volo nelle attività di soccorso sanitario in emergenza-urgenza e di protezione civile;
- garantire le attività di soccorso in aree a vocazione turistica, in particolare sul mare, industriali o in contesti di difficile viabilità;
- costituire una rete di elisuperfici capace di garantire una massa "critica" di servizi in caso di estensione notturna dell'attività.

## VIII RETE OSPEDALIERA

### VIII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

I ricoveri ospedalieri dei residenti marchigiani nel 2008 sono stati complessivamente 289.348, di cui 211.523 (73,1%) ricoveri ordinari. L'11,1% di tali ricoveri (32.226) sono stati erogati al di fuori della Regione Marche (mobilità passiva), con una presenza di ricoveri in day hospital pari al 26,5% (8.536 casi).

Le principali classi di ricovero ordinario per la popolazione marchigiana hanno riguardato "Malattie e disturbi del sistema cardiocircolatorio" (15,7%), "Malattie e disturbi dell'Apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo" (13,5%) e "Malattie e disturbi dell'apparato digerente" (10,3%).

In relazione a quanto emerso dall'analisi e dalla lettura delle indicazioni strategiche previste, alcune osservazioni, che riguardano aspetti di carattere sia strategico-organizzativo sia operativo-gestionale, sono degne di attenzione:

- è rilevante la presenza di mobilità passiva non giustificata da specifiche condizioni di carattere organizzativo, di urgenza o di complessità che non consentono una risposta adeguata da parte dei servizi regionali; in particolare, si riscontra mobilità passiva per casi a bassa complessità o a rischio di inappropriata;
- persistono situazioni di mancato contenimento dei tempi di attesa di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale all'interno dei massimali stabiliti dalla normativa nazionale e regionale;
- è da completare la riorganizzazione della rete ospedaliera, che presenta ancora situazioni di frammentazione, duplicazione e, a livello di singole strutture, di dimensioni non adeguate per rispondere efficacemente alle problematiche dei pazienti acuti e/o in urgenza-emergenza;
- risulta una non adeguata copertura di importanti aree di attività (ortopedia, cardiovascolare, radioterapia, ...), che determina la persistenza di fenomeni di mobilità passiva, di allungamento dei tempi di attesa, oltre che a situazioni di particolare squilibrio verso specifiche realtà private, in regione o fuori regione;
- emerge la necessità di potenziare la rete dei servizi territoriali, sia per alleggerire l'area dell'urgenza emergenza per pazienti classificati con codici bianchi e verdi, sia per meglio gestire pazienti in fase post-acuta, in riabilitazione o in condizioni di fragilità/cronicità che impropriamente sono trattati all'interno di reparti ospedalieri per acuti.

Questi elementi, per quanto a livello macro, forniscono gli spunti essenziali per inquadrare i criteri di formulazione dell'azione programmatoria regionale. La riorganizzazione della rete ospedaliera non può prescindere da quelle che sono le indicazioni nazionali in materia. In particolare si deve tenere conto di quanto previsto dal Patto per la Salute 2010-2012, relativamente alla dotazione di posti letto per mille abitanti, suddiviso per acuti da un lato, post-acuzie (lungodegenza) e riabilitazione dall'altro.

L'attuale situazione della Regione Marche, complessivamente, è prossima al valore previsto di 4 posti letto per mille abitanti (il dato attuale è 4,12 posti letto per mille abitanti), ma con necessità di riequilibrio per rispettare le indicazioni del 3,3 posti letto per acuti e 0,7 posti letto per post-acuzie e riabilitazione.

La necessità di adeguarsi nei tempi previsti induce ad adottare misure che debbono essere di tipo strutturale, in una logica di assistenza che ha come centralità l'Area Vasta, all'interno della quale devono essere trovate le risposte alla maggior parte dei bisogni dei cittadini residenti.

L'attuale distribuzione dei posti letto, con la dispersione in piccole strutture con duplicazione di discipline, non consente l'attivazione o il potenziamento di attività attualmente carenti nella Regione, incidendo tra l'altro anche sull'efficienza delle strutture che sono caratterizzate da pochi posti letto ai quali devono essere garantiti standard assistenziali per la sicurezza dei ricoverati e la tutela degli operatori.

L'aggregazione di tipo dipartimentale, così come attuata, non ha consentito quella aggregazione funzionale che avrebbe dovuto condurre a risultati apprezzabili sul piano della condivisione delle risorse, mentre l'attivazione delle aree di degenza, con assistenza per intensità di cure, è ancora in una fase preliminare.

## **VIII.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO**

La programmazione centrata sull'Area Vasta rappresenta il *core* per la definizione della rete ospedaliera.

La riduzione della frammentazione della rete ospedaliera rappresenta una priorità ed in tale logica si è provveduto a definire linee di intervento che conducessero:

- all'integrazione sperimentale tra l'Azienda Ospedaliera San Salvatore di Pesaro e l'Ospedale Santa Croce di Fano – ASUR zona territoriale 3 nel contesto dell'Area vasta 1, che ha portato alla legge regionale di istituzione degli Ospedali Riuniti Marche Nord, quale nodo provinciale di riferimento della rete ospedaliera;
- al Progetto di gestione integrata sperimentale tra l'Ospedale C.G. Mazzoni di Ascoli Piceno e l'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto – ASUR zone territoriali n. 12 e n. 13 nel contesto dell'Area vasta 5, propedeutica all'istituzione degli Ospedali Riuniti Marche Sud;
- al modello sperimentale di organizzazione delle reti clinica, socio-sanitaria, di emergenza-urgenza, di prevenzione e dei servizi di supporto nel contesto dell'Area vasta 3 di Macerata, Civitanova e Camerino;
- al progetto sperimentale del sistema delle cure primarie relativo all'Area vasta n. 5 di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto;
- alla sperimentazione secondo le Linee di indirizzo per la gestione integrata nel contesto dell'area metropolitana di Ancona tra l'Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, l'ASUR, la zona territoriale n. 7 e l'INRCA;
- alle Linee di indirizzo per la gestione integrata dei Servizi territoriali tra le Aree vaste 4 e 5, con il coinvolgimento delle Zone territoriali n. 11 di Fermo, n. 12 di San Benedetto del Tronto, n. 13 di Ascoli Piceno;
- alle Linee di indirizzo per lo sviluppo dell'ospedale di comunità – Casa della salute nell'ambito dell'Area vasta, per la sperimentazione di un modello gestionale extraospedaliero che garantisca i livelli più bassi dell'emergenza, i servizi di prevenzione e servizi territoriali quali il consultorio, il sert, i servizi psichiatrici;

- al modello sperimentale di organizzazione nell'Area montana delle reti clinica, socio-sanitaria, di emergenza urgenza, di prevenzione e dei servizi di supporto;
- allo studio di fattibilità sul nuovo Inrca/Ospedale di rete, a cui è seguito il Concorso di idee a livello europeo per la realizzazione della nuova struttura ospedaliera nell'Area metropolitana a sud di Ancona, insieme allo studio di fattibilità sul Presidio di alta specialità Salesi di Ancona, quale ridisegno dei servizi ospedalieri nell'area metropolitana di Ancona;
- al protocollo di intesa per la riorganizzazione delle funzioni di assistenza ospedaliera dell'area sud di Ancona – presidi di Osimo e di Loreto;
- allo studio di fattibilità per il nuovo Ospedale di Fermo e conseguente Concorso di idee a livello europeo per la realizzazione della nuova struttura ospedaliera, quale nodo di riferimento della rete ospedaliera per l'Area vasta 4.

Le suddette linee di intervento, semplificando la rete ospedaliera, agevolano i successivi processi di determinazione dei posti letto.

L'individuazione dei posti letto massimi per ciascuna Area Vasta, distribuiti negli Ospedali presenti per l'assistenza ai pazienti acuti e per l'assistenza post-acuzie (lungodegenza) e riabilitativa, dovrà essere coerente con l'analisi del fabbisogno secondo i criteri ed i parametri definiti dalla DGRM 1789 del 2 novembre 2009, al netto delle funzioni universitarie e di quelle a carattere regionale, e in rapporto con la riclassificazione delle strutture ospedaliere di polo attualmente in corso. Queste ultime verranno orientate in prevalenza verso i servizi territoriali (casa della salute, RSA, presidi diagnostici, ecc.).

La Regione provvederà ad individuare i posti letto per acuti, post-acuzie e riabilitazione in base alla popolazione marchigiana residente, con indicazione delle funzioni universitarie, da destinare all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona, e delle funzioni di carattere regionale, garantite prevalentemente, ma non esclusivamente dalle Aziende Ospedaliere.

Nell'ambito di ciascuna Area Vasta la distribuzione dei posti letto per acuti negli Ospedali di rete e nelle Aziende Ospedaliere ed INRCA dovrà tenere conto dei seguenti aspetti caratterizzanti:

- composizione per fasce di età;
- tasso standardizzato di ospedalizzazione per fasce di età;
- individuazione dei posti letto per intensità di cura;
- presenza di almeno il 20% di posti letto per attività a ciclo diurno (day hospital e day surgery);
- trasferibilità di prestazioni sanitarie dal regime di ricovero ordinario al ricovero in day hospital (medico, chirurgico, riabilitativo) e al regime ambulatoriale.

Un ulteriore punto di riferimento deriva dagli standard strutturali e di personale emanati dalla Conferenza Stato – Regioni in applicazione del Patto per la Salute 2010-2012.

Le discipline erogabili in Area Vasta di norma sono quelle già attive, con l'obiettivo di semplificare l'offerta, evitando pertanto duplicazioni di discipline anche al fine di assicurare standard assistenziali di qualità.

### **VIII.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI**

Il Patto per la Salute 2010-2012 finalizza la riduzione dei posti letto previsti nell'articolo 6 "a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare".

La previsione dell'ampliamento della potenziale inappropriatezza per specifici ricoveri in regime ordinario, in linea con gli orientamenti in atto a livello centrale, stabiliscono l'allargamento a 107 del numero di DRG a rischio di inappropriatezza, e con la conseguente necessità di rivedere la distribuzione dei posti letto per acuti tra ricoveri ordinari e day hospital.

Ne consegue la necessità di prevedere il progressivo trasferimento di attività dal regime di ricovero ordinario al day hospital ed all'attività ambulatoriale, con riduzione quindi sia di posti letto complessivi, sia di personale dedicato all'assistenza continuativa nelle 24 ore.

Ciò comporta un diverso modello distributivo all'interno degli ospedali in quanto si tende a ridurre lo spazio per la degenza per acuti in regime ordinario, incrementa lo spazio dedicato all'attività medica e chirurgica a ciclo diurno (entrambi contribuiscono alla determinazione dello standard del 3,3 posti letto per mille abitanti), modifica in modo radicale lo spazio ambulatoriale in quanto dovrà essere destinata un'area per l'erogazione in regime ambulatoriale di prestazioni più complesse per le quali sono necessari spazi differenziati di attesa pre e post prestazione, nonché l'individuazione di locali di lavoro per il personale di assistenza.

#### **L'assistenza specialistica ambulatoriale**

La riduzione delle attività in regime di ricovero ordinario indurrà una trasformazione dei modelli assistenziali con una diversa distribuzione dei carichi di lavoro, rivolti maggiormente ad attività a più rapido turn over (ciclo diurno medico o chirurgico, attività ambulatoriale, compresa quella chirurgica).

Il tradizionale modello ambulatoriale, basato sull'erogazione di singole prestazioni dovrà evolvere in un modello integrato, con pacchetti di prestazioni multidisciplinari da erogare in tempi ristretti, possibilmente nella stessa giornata.

Il modello è analogo al regime di ricovero a ciclo diurno e può essere definito come "ambulatorio integrato multidisciplinare e multi professionale" (day service).

L'attenzione dovrà pertanto essere posta alla definizione di percorsi diagnostici che, almeno nelle aree gravate da elevata morbilità o mortalità, possano fornire risposte esaustive, con tempi concordati, in rapporto con i MMG.

Il maggior impegno richiesto alle Unità operative, cui dovrebbe corrispondere una riduzione dell'impegno in regime di ricovero, va comunque ad incidere sulla tradizionale richiesta di prestazioni ambulatoriali, visite o diagnostica strumentale, con influenza sui tempi di attesa.

#### **Le liste di attesa**

Le liste di attesa, nonostante le iniziative intraprese, continuano a rappresentare una criticità anche nella nostra Regione come nel resto del Servizio Sanitario Nazionale.

Nonostante tutte le azioni intraprese nei precedenti anni, non si sono ottenuti i risultati attesi, dimostrando, qualora ce ne fosse bisogno, che le azioni orientate al solo versante dell'offerta non sono sufficienti a contenere il fenomeno. Ciò non significa che si debba spostare tutta l'attenzione sul versante della domanda, ed in particolare sull'appropriatezza clinica, ma agire su entrambi i versanti al fine di rispondere in tempi giusti alle esigenze cliniche reali, rispettando criteri di priorità clinica.

In particolare sarà necessario, con la collaborazione del Distretto e dei MMG, modificare l'approccio al paziente con patologie croniche, ovvero anziano, il quale rappresenta il maggior "consumatore" di prestazioni sanitarie. Un'azione "proattiva" potrà consentire di intervenire in modo programmato, incidendo sicuramente sull'attività specialistica, ma consentendo un miglior governo delle liste di attesa.

Tali presupposti non consentiranno il totale abbattimento delle liste di attesa e conseguentemente anche dei relativi tempi, ma le soluzioni cercate sono orientate a fornire una risposta equa ai bisogni di salute, creando di fatto una graduatoria sulla base delle esigenze cliniche.

Sono state cercate nuove vie, in aggiunta a quanto già in atto, per governare dal lato clinico i tempi di attesa:

- agende di ricovero programmato: sono state portate a regime, con ancora qualche lacuna in alcune realtà, le agende di ricovero programmato, basate sulle priorità cliniche così come definite negli accordi tra Stato e Regioni ed in linea con il Progetto Mattoni. L'obbligo di pubblicità, nel rispetto della tutela della riservatezza, consente una buona trasparenza al processo di prenotazione dei ricoveri ed ha consentito, in molti ospedali, una gestione facilitata con i cittadini;
- gestione delle urgenze: tutte le Zone territoriali ed Aziende hanno attivato percorsi per la gestione delle urgenze, almeno per quelle da effettuare nelle 72 ore successive; è in fase di predisposizione un percorso da condividere con i principali prescrittori (MMG e PLS) per codificare tutte le urgenze differibili, da eseguire nei dieci giorni;
- sperimentazioni gestionali: in alcune realtà sono stati avviati percorsi sperimentali in collaborazione tra prescrittori ed erogatori al fine di garantire i tempi per alcune tipologie di prestazione (in particolare di diagnostica per immagini e vascolare periferica). La collaborazione tra i soggetti prescrittori ed erogatori, oltre a creare un rapporto di collaborazione, che viene percepito anche dai cittadini, migliora il livello di appropriatezza delle richieste;
- avvio delle procedure per il CUP regionale: sono stati attivati gruppi di lavoro interaziendali per la predisposizione del CUP unico regionale che sta per essere attivato sperimentalmente in due Aree Vaste (sulle cinque esistenti);
- ottimizzazione delle liste: con questo termine si è voluto indicare un processo, sperimentale e provvisorio in attesa dell'entrata in funzione del CUP regionale, orientato a rendere complementare l'offerta di prestazioni sanitarie in Area Vasta. L'obiettivo dichiarato è stato di supportare alcune prestazioni, gravate da particolare criticità in alcune Zone/Ospedali, da strutture eroganti meno "intasate". I risultati ottenuti sono stati brillanti, in termini di reali tempi di attesa, per alcune prestazioni, mentre altre hanno presentato lo stesso livello di criticità in tutte le strutture della Regione (in particolare tutte le prestazioni di RMN, per le quali peraltro c'è ancora una carenza di offerta in termini di tempo di utilizzo delle tecnologie): ciò rafforza l'ipotesi

che l'azione prioritaria va svolta in termini di governo della domanda (appropriatezza e priorità clinica).

La completa attivazione del CUP regionale consentirà la piena osmosi tra Zone territoriali ed Aziende, con una scala di attivazione per Zona → Area Vasta → Regione.

Si incentiveranno le sperimentazioni gestionali, con l'obiettivo di costruire un modello regionale di governo della domanda, in particolar modo per le prestazioni gravate da attese troppo lunghe.

### **La mobilità sanitaria**

La mobilità sanitaria nel corso degli anni ha visto la riduzione del saldo negativo passando da 45 milioni nel 2007 a 31 milioni di euro del 2009. Tale dato tuttavia non deve far dimenticare di quanto ancora il sistema possa migliorare intervenendo su settori maggiormente in difficoltà per migliorare l'accessibilità ai cittadini.

Di fatto le Malattie e disturbi dell'apparato osteomuscolare rappresentano la prima classe di ricoveri fuori regione rappresentando oltre un quarto (28,1%) dei casi in mobilità passiva, che presenta inoltre un peso medio (1,263) maggiore rispetto a quanto riscontrato su tutti i ricoveri per i residenti della stessa classe. Altra area critica è rappresentata dalle "Malattie e disturbi del sistema cardiocircolatorio" attestandosi sui 12,6 % del totale dimessi in mobilità passiva.

Anche per quanto attiene la specialistica ambulatoriale molte delle fughe sono determinate da tali settori a livello principalmente diagnostico-strumentale.

Tuttavia è opportuno sottolineare che circa il 21% dei ricoveri dei residenti marchigiani in mobilità passiva è rappresentato da ricoveri a rischio di inappropriatezza, secondo quanto previsto dal d.p.c.m. 29 novembre 2001 sui Livelli essenziali di assistenza.

I ricoveri in mobilità attiva di residenti di altre regioni e di stranieri sono 28.785, e rappresentano complessivamente il 10,1% della produzione totale erogata dalle strutture di ricovero marchigiane.

### **Le priorità cliniche**

Fondamentale risulta dar corso in particolare allo sviluppo di:

- organizzazione ambulatoriale

Si dovrà orientare sempre più il modello di risposta sulle priorità cliniche che consentono di gestire su un versante clinico il problema dei tempi di attesa: l'erogazione della prestazione non sarà più basata su un mero criterio temporale di prenotazione, ma la prenotazione sarà in funzione della condizione clinica, certificata dal medico che ha in cura il paziente (MMG, PLS, specialista ospedaliero o ambulatoriale). L'erogazione della prestazione sarà regolata dal grado di priorità clinica certificata, rispondendo così in modo più equo al bisogno assistenziale.

- percorsi diagnostici

La definizione di percorsi diagnostici per alcune patologie, in particolare dell'area cardiovascolare e dell'area oncologica, rappresentano un'ulteriore modalità per rispondere alle reali esigenze cliniche, in modo più veloce ed integrando le differenti

discipline cui afferiscono le prestazioni inserite nel percorso diagnostico, che è integrato da attività terapeutiche, qualora necessarie.

– chirurgia ambulatoriale

Il trasferimento al regime ambulatoriale di attività chirurgica tradizionalmente erogata in regime di ricovero, ordinario o diurno, induce a ripensare l'area chirurgica in maniera diversa, con la distinzione di percorsi dedicati alla tradizionale chirurgia ospedaliera con i percorsi da dedicare alla chirurgia ambulatoriale.

– terapia del dolore

La regione ritiene necessario dare corso alla piena applicazione della Legge n. 38 del 14 marzo 2010 che detta le disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore con la finalità di tutelare il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore nel rispetto dei principi fondamentali:

- tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
- tutela e promozione della qualità di vita fino al suo termine;
- adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

Inoltre sottolinea che per "terapia del dolore" si intende "l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti ad individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico terapeutici per la soppressione ed il controllo del dolore". La legge ribadisce ed integra il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, del decreto presidenziale 209 /1990 e successive modifiche, e norma con l'articolo 10 la semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati per il controllo del dolore.

## **IX RETI CLINICHE**

La logica della competitività tra Aziende Sanitarie ha indotto un incremento di discipline con duplicazione di attività erogate con produzione in alcuni casi minima, fonte possibile di inefficienza e di inefficacia.

Tale processo ha trovato una collocazione nella definizione di un sistema reticolare, basato su un modello di integrazione tra strutture con differenziazione dell'assistenza in rapporto all'organizzazione interna dell'Ospedale.

In tale percorso devono trovare la giusta collocazione da un lato i privati accreditati, che essendo caratterizzati da un livello assistenziale medio basso per le dimensioni ridotte delle strutture, devono essere inseriti nella rete di discipline "di base", dall'altro lato le Aziende Ospedaliere che dovrebbero essere caratterizzate da modelli assistenziali di maggiore complessità.

Il sistema "a rete" deve essere il modello guida della programmazione sia di Area Vasta sia regionale, particolarmente per quelle attività che non possono trovare esautività nell'ambito delle singole Aree Vaste.

### **IX.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO**

Il modello previsto dal PSR 2007-2009 ha consentito il coinvolgimento di numerosi professionisti di diverse discipline per l'attivazione di reti cliniche orientate ad un miglioramento complessivo dell'assistenza erogata.

L'iniziale scelta di coinvolgere solo alcune discipline è stata dettata dall'esigenza di razionalizzare settori gravati da eccessiva frammentazione, con la presenza di Unità operative di piccole dimensioni, ovvero dalla necessità di ridurre la mobilità extraregionale in discipline diffuse sul territorio, ma in una condizione non cooperativa ma competitiva.

Alcune reti, in particolare la rete oncologica e la rete neonatologica, sono giunte ad un elevato livello con produzione di documenti condivisi ed in parte anche applicati, mentre altre situazioni sono in ritardo per la maggiore complessità organizzativa.

### **IX.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO**

L'esperienza positiva maturata nel corso del triennio di vigenza del PSR 2007-2009 e soprattutto la consapevolezza che il confronto non può essere effettuato senza l'apporto dei professionisti induce a continuare sul percorso avviato, nella consapevolezza che:

- il modello assistenziale considerato "vincente" è rappresentato dall'integrazione in ambito sia di Area Vasta sia regionale delle diverse discipline, eventualmente individuando livelli differenziati di complessità in relazione all'organizzazione del singolo Ospedale;
- il sistema si avvale del supporto del privato accreditato che è integrato nella programmazione regionale, ed in particolare in quella di Area Vasta, eliminando condizioni di competitività;

- modelli di integrazione sono da attivare anche per le attività di Medicina interna e di Chirurgia generale, al fine di evitare la duplicazione e la parcellizzazione dell'offerta, con indubbio riflesso anche sulle dotazioni organiche;
- le reti cliniche devono consentire la maggiore e migliore risposta ai bisogni dei cittadini residenti.

Il percorso avviato in applicazione del PSR 2007-2009, prevedendo un maggior coinvolgimento nella programmazione delle Aree Vaste, dovrà proseguire con un coordinamento regionale per predisporre i necessari atti di indirizzo.

Tutte le documentazioni già predisposte dovranno essere analizzate in Area Vasta con l'impegno di:

- eliminare le duplicazioni;
- garantire standard assistenziali che tutelino i pazienti e gli operatori;
- ridurre, o almeno non incrementare, le dotazioni organiche;
- ridurre o non aumentare le risorse assegnate.

### **IX.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI**

Le attività delle Cabine di Regia e dei Gruppi di Progetto hanno prodotto documenti condivisi dai professionisti coinvolti che saranno analizzati in Area Vasta e successivamente approvati con atti formali.

Le reti già attivate, ma che non hanno concluso ancora l'attività dovranno essere riavviate, previa indicazione degli obiettivi di Area Vasta.

In particolare sono da portare a termine:

- la rete Ostetrico-ginecologica, con l'obiettivo di garantire il percorso nascita, con la previsione di strutture con un numero di parti sufficiente a giustificare la presenza di una guardia attiva medico-ostetrica;
- la rete Pediatrica, coerente con la necessità della rete Ostetrico-ginecologica, in una logica di ottimale utilizzo delle risorse in rapporto ai posti letto;
- la rete Ortopedico-traumatologica, anche per la criticità legata alla mobilità extraregionale della popolazione marchigiana;
- la rete Urologica, per l'invecchiamento della popolazione che sta producendo un incremento della domanda, particolarmente per quanto concerne la patologia prostatica e l'incontinenza vescicale;
- la rete di Neuropsichiatria infantile;
- la rete delle Malattie rare;
- la rete della Nutrizione artificiale, che per l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della sopravvivenza in patologie cronico-degenerative sta producendo un incremento della spesa.

In una seconda fase si aggiungeranno la rete della Medicina interna, in una visione di assistenza per intensità di cure che possa condurre anche ad una differenziazione e specializzazione di attività mediche e la rete della Chirurgia generale, al fine di differenziare e specializzare l'offerta chirurgica in attività non sempre presidiate in Area Vasta.

Altre reti sono ad un livello più evoluto ed in alcuni casi non solo ha una documentazione conclusiva, ma il documento è stato oggetto di atto formale di approvazione (rete Oncologica). Sono di seguito illustrate, sinteticamente, le principali reti.

### **IX.3.1 La rete cardiologica**

Nel PSR 2007-2009 sono stati individuati punti critici ed azioni finalizzate alla implementazione della Rete Cardiologica. Come previsto dallo stesso Piano, all'interno della Cabina di Regia Rete Ospedaliera è stato attivato uno specifico Gruppo di progetto sulla Rete Cardiologica. Il Gruppo di progetto ha prodotto alcuni documenti:

- standard e linee guida per i laboratori di diagnostica e terapia cardiovascolare invasiva della Regione Marche;
- rete regionale per la patologia aritmica;
- organizzazione in rete della Cardiologia Riabilitativa;
- percorsi per l'organizzazione e la gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco.

Per il triennio 2010-2012 gli obiettivi da perseguire sono i seguenti:

- garantire, nei pazienti con Infarto Miocardico Acuto che ne presentano l'indicazione appropriata, l'effettuazione dell'angioplastica primaria entro 90 minuti dalla diagnosi;
- garantire, nei pazienti con Infarto Miocardico Acuto che ne presentano l'indicazione appropriata, l'effettuazione della trombolisi entro 30 minuti dalla diagnosi;
- garantire la continuità dei percorsi anche nella fase post-acuta in particolare per quanto riguarda la riabilitazione e la prevenzione secondaria;
- sviluppare la gestione integrata Ospedale-Territorio per i pazienti affetti da scompenso cardiaco;
- sviluppare ulteriormente le eccellenze all'interno della Rete Cardiologica;
- sviluppare una organizzazione di rete per la gestione della patologia aritmica;
- sviluppare un maggiore governo della domanda di prestazioni cardiologiche anche al fine di un miglioramento dei tempi di attesa;
- garantire l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse in particolare per quanto riguarda l'utilizzo di presidi e tecnologie innovative;
- garantire la qualità delle prestazioni, la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico;
- ridurre la mobilità passiva extra-regionale in particolare per quanto riguarda le prestazioni di maggiore complessità;

- implementare i sistemi di monitoraggio e valutazione dei processi e degli esiti in ambito cardiologico-cardiochirurgico.

Le principali azioni da realizzare coerentemente con gli obiettivi sopra indicati sono:

- mettere a regime la Rete regionale dei Laboratori di Emodinamica ed aggiornare la definizione dei percorsi in modo integrato con la Rete Regionale dell’Emergenza – Urgenza;
- implementare la trombolisi preospedaliera;
- definire e sviluppare in ottica di Area vasta la Rete per la Cardiologia Riabilitativa;
- definire ed implementare i percorsi assistenziali integrati per i pazienti con Scompenso cardiaco; realizzare ambulatori integrati polispecialistici per lo scompenso; implementare l’utilizzo della telemedicina/tele monitoraggio;
- definire e sviluppare in ottica di Area vasta la Rete per la patologia aritmica;
- definire linee guida sull’appropriatezza delle prestazioni cardiologiche; definire criteri di priorità per l’effettuazione delle prestazioni; integrare ospedale e territorio per le prestazioni cardiologiche di base;
- sviluppare attività di HTA in ambito cardiologico;
- definire indicatori e standard di qualità e sicurezza strutturale, tecnologica e professionale;
- implementare sistemi regionali di Audit per i principali percorsi assistenziali in ambito cardiologico; implementare la pratica dell’Audit clinico a livello aziendale.

### **IX.3.2 La rete per l’Ictus cerebrale**

Nel PSR 2007-2009 sono stati individuati punti critici ed azioni finalizzate alla implementazione della Rete Regionale per l’assistenza del paziente affetto da Ictus cerebrale. Come previsto dallo stesso Piano, all’interno della Cabina di Regia Rete Ospedaliera è stato attivato uno specifico Gruppo di progetto. Il Gruppo di progetto ha prodotto un documento:

- rete regionale per l’assistenza all’Ictus.

In questo documento viene definita una organizzazione di Rete basata su due modelli organizzativi integrati in una ottica di Area Vasta: Stroke Unit e Stroke team. Nel documento vengono inoltre definiti gli standard organizzativi, professionali e tecnologici di qualità per entrambi i due livelli.

Nel 2009 inoltre è stata aggiornata la Rete Regionale delle strutture abilitate ad eseguire la trombolisi nei pazienti che risultano essere attualmente le seguenti:

- Azienda Ospedali Riuniti di Ancona;
- INRCA Ancona;
- Ospedale di Jesi;
- Ospedale di San Benedetto del Tronto;

- Ospedale di Fermo;
- Ospedale di Fano.

Nonostante l'aggiornamento delle strutture autorizzate, l'implementazione dell'effettuazione della trombolisi nei pazienti con Ictus che ne presentino l'indicazione è attualmente uno dei maggiori punti critici della Rete regionale.

Per il triennio 2010-2012 gli obiettivi da perseguire sono i seguenti:

- garantire, nei pazienti con Ictus Cerebrale che ne presentano l'indicazione appropriata, l'effettuazione della trombolisi;
- garantire la continuità dei percorsi e l'integrazione Ospedale – Territorio anche nella fase post-acuta in particolare per quanto riguarda la riabilitazione e la prevenzione secondaria;
- garantire la qualità delle prestazioni, la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico;
- implementare i sistemi di monitoraggio e valutazione dei processi e degli esiti.

Le principali azioni da realizzare coerentemente con gli obiettivi sopra indicati sono:

- mettere a regime anche in un'ottica di Area Vasta la Rete regionale delle Stroke Unit e degli Stroke Team;
- aggiornare ed implementare i percorsi assistenziali integrati per i pazienti con Ictus cerebrale in particolare per quanto riguarda l'integrazione con la Rete dell'Emergenza e Urgenza per l'implementazione della trombolisi e l'integrazione con il Territorio per la fase post-acuta;
- definire e sviluppare in ottica di Area vasta la Rete per riabilitazione dei pazienti affetti da Ictus Cerebrale;
- definire indicatori e standard di qualità e sicurezza strutturale, tecnologica e professionale per l'assistenza ai pazienti affetti da Ictus ed in particolare per le Stroke Unit e gli Stroke Team.

Implementare il sistema regionale di Audit per l'Ictus cerebrale; implementare la pratica dell'Audit clinico a livello aziendale.

### **IX.3.3 La rete dell'unità spinale**

Le lesioni da midollo spinale rappresentano una delle più complesse ed invalidanti patologie con pesante impatto psico-biologico e sociale per l'individuo che lo subisce, per la sua famiglia e per l'intera comunità di appartenenza.

I dati epidemiologici sull'incidenza e sulla prevalenza delle lesioni midollari in Italia evidenziano una incidenza annua di paraplegia e tetraplegia da lesioni midollari di 18-22 nuovi casi per milione di abitanti (45% tetraplegia e 55% paraplegia). Di questi il 70% sono da ricondurre a cause traumatiche e le persone colpite hanno per il 70% un'età inferiore ai 60 anni con picchi di frequenza a 20 e 55 anni ed un rapporto maschio – femmina di 4 a 1.

La disponibilità di posti letto costituisce un obiettivo primario e pertanto bisogna porre estrema attenzione sia all'appropriatezza delle ammissioni sia alla possibilità di dimettere i

casi stabilizzati in modo tempestivo. La cura di pazienti con lesioni midollari acute provenienti dal territorio regionale avviene nell'Azienda Ospedali Riuniti, prioritariamente all'interno del Dipartimento delle Scienze Neurologiche Mediche e Chirurgiche.

Sono state avviate azioni per la gestione dei pazienti attraverso la creazione di un gruppo di lavoro multi professionale e multidisciplinare con la presenza delle competenze ospedaliere e territoriali e del mondo dell'associazionismo.

Partendo dalla analisi delle criticità presenti allo stato attuale le azioni strategiche da perseguire sono le seguenti:

- costruzione della rete di assistenza per pazienti mielolesi e messa in rete tra unità spinali, centri di riabilitazione e distretti socio-sanitari, mondo dell'associazionismo/volontariato e strutture sociali;
- incremento dei rapporti di collaborazione con l'associazione degli utenti rappresentata nella Regione Marche dall'Associazione Paraplegici delle Marche;
- messa a regime con un protocollo di intesa con la regione Umbria per il trattamento di stabilizzazione e le cure non presenti nella realtà regionale;
- creazione di un percorso formativo per gli operatori clinico-assistenziali che garantiscono la cura dei pazienti in fase di acuzie e formazione del personale medico, di assistenza infermieristica e riabilitativa in logica interdisciplinare e multi professionale per la fase della stabilizzazione;
- realizzazione un osservatorio regionale permanente sul fenomeno della mielolesione coerente con la nuova normativa sui flussi informativi richiesti dal ministero della Salute attraverso un registro mielolesi;

Per quanto attiene il territorio oltre alla valorizzazione delle abilità tecnico-professionali già presenti si ritiene di costruire uno specifico profilo assistenziale ed un contestuale protocollo diagnostico terapeutico allo scopo di integrare le risorse esistenti garantire continuità assistenziale e garantire le necessarie risposte riabilitative. La rete regionale deve inoltre integrare le strutture sociali e le sanitarie per il reinserimento socio-familiare del soggetto mieloleso.

#### **IX.3.4 La rete oncologica**

La costituzione della rete oncologica della Regione Marche attraverso la DGR 274/2010, comporta la messa in atto di una serie di azioni che nel tempo garantiranno la piena realizzazione della rete e saranno a garanzia della manutenzione della stessa.

La rete oncologica dovrà sviluppare:

- programmi di prevenzione primaria e secondaria: screening tumori femminili e del colon-retto;
- continuità assistenziale attraverso le UO di Oncologia del Presidio Ospedaliero-Assistenza domiciliare-Hospice;
- istituzione, nell'ambito dell'UO di Oncologia ospedaliera, di una funzione oncologica dedicata alla programmazione degli accertamenti di follow-up, degli esami di

- stadiazione di malattia e del percorso terapeutico, risparmiando ai pazienti inutili ed estenuanti peregrinazioni per l'accesso alle prestazioni;
- realizzazione di Dipartimenti Oncologici funzionali per mettere in rete l'offerta oncologica sia per la diagnostica che per la terapia nell'ambito delle diverse specialità attraverso il coinvolgimento di tutte le professionalità necessarie nel percorso diagnostico-terapeutico dal MMG al terapista della palliazione;
- sviluppo della Rete degli HOSPICE;
- valorizzazione delle risorse del volontariato in ottica integrata;
- sviluppo delle attività di laboratorio per lo svolgimento di indagini di biologia molecolare di qualità;
- facilitazione dell'accesso a tutti i pazienti a protocolli sperimentali di ricerca clinica;
- aggiornamento continuo di tutte le figure professionali operanti nella rete.

### **IX.3.5 La rete ematologica**

Nell'ambito della Cabina di Regia "Reti cliniche" il gruppo di progetto Ematologia ha prodotto un documento finale che necessita di una validazione in Area Vasta.

La necessità di stabilire regole alla base del funzionamento della rete suggerisce fortemente di suddividere singolarmente le attività ematologiche in step in base al livello assistenziale, più opportuno individuando:

- attività da svolgere in ambiti trapiantologici;
- attività da svolgere in ambienti dedicati.

Il sistema impone che pazienti richiedenti trattamenti di minor livello non vadano a saturare le possibilità di ricovero fornite dalle stesse.

Le modalità collaborative saranno quindi un modello a rete dove non sussistono ruoli gerarchici ma ove ci si differenzia in base alla complessità assistenziale che si gestisce in una logica di integrazione di professionisti che la nostra regione ha la fortuna di possedere su tutto il territorio. La rete di tipo Hub e spoke faciliterà la gestione di pazienti di particolare complessità (disordini mieloproliferativi acuti in età giovane-adulta, fase di induzione mediante la esecuzione di terapie di priming o di infusione di cellule staminali autologhe o da donatore) andrà eseguita presso le sedi Hub che posseggono i requisiti GITMO.

Inoltre le sedi Hub danno disponibilità per eventuali consulenze per emopatie complesse e patologie dell'emostasi. Le attività Spoke saranno garantite nelle Medicine Interne (M.I.) e da altri reparti, disseminati nella regione, ove grazie alla presenza di professionisti specialisti di settore o comunque con elevate competenze vengono svolte le attività di settore. Tali reparti portano il loro contributo ampliando il bacino di competenze ematologiche nella nostra Regione, permettendo la esecuzione di trattamenti chemioterapici o biologici a favore di pazienti provenienti dalle aree limitrofe, consentendo una maggiore disponibilità di osservazioni in regime di degenza, integrandosi con le sedi Hub nella gestione di fasi specifiche di trattamento o di complicanze internistiche di particolare frequenza in questi pazienti, obiettivo quest'ultimo ulteriormente raggiungibile mediante la creazione di ambienti adeguati che migliorerebbero il trattamento ad esempio di pazienti anziani.

L'obiettivo primario della costituenda rete di ematologia è pertanto una gestione differenziata ma integrata. Tale gestione dovrà riguardare in particolare i trattamenti chemioterapici e biologici o delle complicanze di malattia o iatrogene, secondo un'ottica di "interscambio" che tenga conto delle necessità assistenziali, delle fasi di malattia, dell'impiego delle risorse e, non ultimo, della qualità di vita del paziente e della propria famiglia.

Inoltre la rete assistenziale dovrà essere punto di contatto per la partecipazione comune a sperimentazioni sia di tipo terapeutico che assistenziale con particolare coinvolgimento delle rispettive componenti infermieristiche. La rete dovrà servire a facilitare i percorsi che sottendono nuove forme di collaborazione tra professionisti nell'ottica di una reale continuità assistenziale garantita dall'ospedale che si apre al territorio e dal territorio che entra in ospedale.

La realtà regionale consente di lavorare con la logica Hub e spoke grazie ad un comune interesse dei professionisti che hanno come finalità il miglioramento della fase assistenziale, formativo e culturale.

Per cui si riconosce:

- un coordinamento unitario della rete ad esempio attraverso la creazione/mantenimento di un coordinamento regionale capace di garantire una rete integrata;
- un ruolo coordinatore alle strutture che si caratterizzano per racchiudere in se le competenze specifiche Hub;
- un ruolo satellite di eccellenza alle M.I.;
- l'integrazione delle attività secondo linee operative in base alle potenzialità assistenziali delle singole strutture;
- l'impiego delle risorse necessarie in un'ottica di tipo regionale;
- l'opportunità di una interazione ospedale-università, per il reciproco arricchimento formativo e culturale e ad una gratificazione delle notevoli professionalità esistenti in periferia;
- la consapevolezza di poter svolgere una razionale limitazione del ricorso a strutture sanitarie extraregionali nei territori di confine;
- il pieno rispetto di alcune peculiarità territoriali, spesso caratterizzate da elevata vivacità imprenditoriale, attraverso l'opportunità di un potenziamento funzionale delle strutture sanitarie in zone periferiche forzosamente sfavorita dalle caratteristiche di viabilità;
- la possibilità nei poli periferici Spoke di favorire la gestione di patologie ematologiche in pazienti geriatrici.

### **IX.3.6 La rete nefrologica**

La Regione Marche è da anni particolarmente attenta alle problematiche dei pazienti nefropatici e dializzati. Nella Regione Marche è presente da anni una rete nefro-dialitica capillare, tale da evitare ai pazienti eccessivi spostamenti e disagi; segnatamente sono attivi 20 Centri Dialisi pubblici (15 Centri Dialisi ospedalieri e 5 CAL/CAD) ed 1 Centro privato

(Falconara) che garantiscono l'offerta dei vari trattamenti sostitutivi della funzione renale: la dialisi extracorporea e la dialisi domiciliare (peritoneale).

Risulta in costante aumento il numero di pazienti che ogni anno iniziano la dialisi anche se bisogna sottolineare i mutamenti del quadro del trattamento sostitutivo: nell'anno 1995 due pazienti uremici su tre erano emodializzati e circa uno su cinque trapiantato; nell'anno 2006 uno su due è in emodialisi e uno su tre è portatore di trapianto renale.

L'impegno è quello di perseguire gli obiettivi posti nel PSR, tra i quali ricordiamo:

- realizzazione di una rete assistenziale nefrologica integrata, capace di dare continuità dal Distretto al presidio ospedaliero, in grado di "demedicalizzare" l'assistenza al nefropatico cronico e migliorare la presa in carico complessiva;
- maggior coinvolgimento del territorio, degli MMG/PLS e del distretto per una tempestiva e puntuale presa in carico fin dalle prime fasi della malattia al fine anche di evitare trattamenti dialitici in urgenza, secondo gli obiettivi posti nel profilo di assistenza;
- incrementare i trattamenti dialitici domiciliari o nelle residenze con particolare attenzione ai pazienti uremici anziani e/o non autosufficienti;
- implementare, anche con appositi finanziamenti, le attività del Centro di riferimento regionale per gli accessi vascolari e contestualmente riorganizzare il Registro marchigiano accessi vascolari (RE.MA.VE.);
- monitoraggio continuo sia delle strutture che degli operatori con particolare attenzione al personale infermieristico.

### **IX.3.7 La rete dei trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti prelevati da cadavere rappresenta oggi giorno una efficace pratica terapeutica con validità clinica, sociale ed economica.

Il processo donazione-trapianto nella Regione Marche ha preso avvio quasi 20 anni fa con le prime donazioni di organi presso l'Ospedale Umberto I di Ancona: la Regione Marche aveva inteso comprendere tra le attività istituzionali delle proprie strutture ospedaliere anche quelle inerenti alle operazioni di prelievo di organi a scopo di trapianto.

Ma solo dal 2002 il problema donazioni ha avuto il suo sviluppo, tanto da portare nel 2004 la Regione Marche al primo posto assoluto in Italia per tasso di donazioni di organi da cadavere con il 36,2 p.m.p.

Questo ha determinato, in presenza di una Regione etichettata come Regione donatrice, la richiesta dell'attività trapiantologica.

Nel 2005 si è attivato presso l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona il nuovo Centro Trapianti di fegato, rene, pancreas: i pazienti marchigiani hanno avuto la possibilità di essere trapiantati nella propria Regione, determinando quindi una diminuzione della mobilità passiva.

Nel 2001 è stata altresì istituita la Banca degli Occhi presso l'Ospedale di Fabriano, Banca che, anche alla luce degli ultimi audit 2009 ha raggiunto eccellenti livelli di qualità, sicurezza ed efficienza.

Tuttavia il vero salto di qualità per il settore si è avuto con il Piano Sanitario Regionale 2007 – 2009 dove è stata riconosciuta con puntualità l'attività in parola e sono state poste le basi per uno sviluppo organico significativo.

Nell'anno 2009, alla luce anche dell'impegno regionale su esposto, la Regione ha ottenuto una elevata performance sia nell'ambito del procurement di organi, sia nell'ambito trapiantologico.

Per quanto attiene la donazione multiorgano, con il 57 p.m.p. di accertamenti di morte encefalica, la regione è seconda solo alla Toscana. I 56 donatori procurati hanno determinato in tasso di donazione del 36,1 p.m.p., del 33,5 p.m.p. di donatori effettivi e del 32,2 p.m.p. di donatori utilizzati, risultati che collocano le Marche sempre tra le prime tre/quattro regioni italiane.

Si è registrato altresì un significativo calo delle opposizioni passando dal 36,2% del 2008 al 25,8% del 2009.

Ottimi i risultati anche per il settore raccolta cornee: la Banca degli occhi di Fabriano ha infatti raccolto nel 2009 n. 451 cornee, con aumento del 23,9% rispetto al 2008.

Eccellenti performance poi per quanto attiene l'attività trapiantologica: nell'anno 2009 sono stati effettuati 89 trapianti (46 di fegato, 41 di rene e 2 rene + pancreas).

A fianco di questi dati quantitativi va sottolineato il dato qualitativo di detta attività dove le Marche, come dimostrato dai follow up sui pazienti trapiantati, ottengono risultati superiori alla media nazionale sia per la durata di vita dell'organo che del paziente.

### **IX.3.8 La rete trasfusionale**

Il Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale (DIRMT) è costituito dalle 12 Unità Operative di Medicina Trasfusionale e da una rete di 92 Centri di Raccolta sangue, distribuiti in tutto il territorio regionale.

Il suo compito è quello di assicurare il raggiungimento dell'autosufficienza regionale di emocomponenti e farmaci plasmaderivati, il conseguimento dei più alti livelli di sicurezza raggiungibili nell'ambito della donazione e della trasfusione del sangue, garantendo condizioni uniformi su tutto il territorio regionale.

I punti di forza sono rappresentati da:

- la completa integrazione con AVIS per i programmi di raccolta e la tutela del donatore;
- il sistema trasfusionale con struttura a rete;
- la centralizzazione dei laboratori con importanti risultati di economia di scala e di qualità dei risultati;
- il collegamento informatizzato di tutte le strutture trasfusionali;
- il budget dipartimentale;
- la gara unica centralizzata per acquisizione di beni e servizi;
- i programmi comuni con AVIS di informazione e promozione del dono del sangue.

Il DIRMT ha raggiunto tutti gli obiettivi fissati per il triennio 2006-2008 ed in particolare, per quanto attiene il piano di produzione sangue e plasma, condiviso con l'associazione dei donatori AVIS, l'incremento delle donazioni è stato sempre continuo e nel 2008 è stato pari al 6%, contro una media nazionale del 2% (dati del Centro Nazionale Sangue del marzo 2009). Il plasma inviato alla lavorazione è cresciuto del 7.4%.

Si conferma che le Marche, nello scenario nazionale, rappresentano un'eccellenza: sia nel rapporto donatori/popolazione, sia nel numero di donazioni per ciascun donatore.

Nel primo semestre 2009, confrontato con analogo periodo del 2008, il trend di crescita è di nuovo confermato pari al 6%.

Per consolidare questi eccellenti risultati e per garantire la massima qualità della donazione, sono state privilegiate alcune iniziative di cui alcune hanno avuto avvio da tempo, quali la informatizzazione diffusa a tutte le strutture, mentre altre si stanno concretizzando del tutto recentemente in campo di accreditamento secondo standard comunitari.

Il DIRMT sta seguendo anche l'accreditamento internazionale delle strutture deputate alla raccolta delle "cellule staminali di cordone" che, al termine dell'anno 2010, coprirà tutti i punti nascita della Regione.

### **IX.3.9 La rete gastroenterologica**

Nell'ambito della Cabina di Regia "Reti cliniche" il gruppo di progetto Gastroenterologia ed endoscopia digestiva ha prodotto un documento finale che necessita di una validazione in Area Vasta.

La rete regionale prevede un "hub", collocato a livello dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona, cui dovrebbero essere devoluti i casi a maggiore intensità assistenziale, e gli "spoke" individuati per Area Vasta.

Oltre ad attività programmate ed in urgenza, anche con creazione di profili assistenziali diagnostico-terapeutici, sono da potenziare le attività di screening in ambito di Area Vasta.

### **IX.3.10 La rete neonatologica**

È già stato prodotto un documento condiviso dai professionisti che necessita di una revisione in ambito di Area Vasta. Da tale documento è emerso che la centralizzazione delle gravidanze a rischio nel centro di III livello deve rimanere il punto fondamentale della rete.

Il criterio per centralizzare le gravidanze pretermine (trasporto in utero), rimane quello del peso stimato fetale inferiore a 1500g (fino a 1499) e una durata della gravidanza inferiore a 32 settimane (fino a 223 giorni o 31 settimane e 6 giorni).

La stretta aderenza a questi criteri sopra citati riguardanti la centralizzazione delle gravidanze a rischio sarà verificata annualmente come parte dell'Audit Clinico Neonatologico ed Ostetrico.

Le gravidanze a rischio per le quali non si è provveduto/potuto provvedere alla centralizzazione saranno valutate individualmente entro il 3° mese del nuovo anno per i dati dell'anno trascorso: l'obiettivo è che queste risultino inferiori al 5-10% delle gravidanze a rischio con le caratteristiche sopra dette.

Una variazione di questi criteri sarà collegialmente considerata dopo attenta valutazione dei risultati clinici di gravità dei pazienti in questione. I criteri per la centralizzazione delle gravidanze a rischio per le gravidanze superiori ed uguale alle 32 settimane rimane quella attualmente in uso.

In termini generali si può affermare che la neonatologia di secondo livello va erogata in un'unica struttura in Area Vasta nell'ambito dei criteri validati dai professionisti ed approvati dagli organi istituzionali regionali e di Area Vasta.

Il Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) è stato attivato dal 2005 dal Presidio Salesi il gruppo di lavoro ne ha rivisto i criteri:

- prematurità [età gestazionale < 32 settimane (fino a 31+6)e/o peso alla nascita < 1500 g (fino a 1499)];
- neonato che necessita di assistenza ventilatoria;
- neonato ossigeno-dipendente con insufficienza respiratoria ingravescente e comunque con FiO<sub>2</sub> >40%;
- sospetto di malformazioni congenite letali o gravi (es. ipoplasia polmonare, cardiopatie dotto dipendenti gravi, atresia esofagea, mielomeningocele, gastroschisi, ecc.);
- patologia chirurgica che necessita di cure intensive pre e post-chirurgiche;
- neonato con sindrome ipossico-ischemica di 2°-3° grado (classificazione di Sarnat);
- neonato con compromissione cardiocircolatoria e dei parametri vitali (stato di shock, stato di male).

Sono stati rivisti anche i criteri per il Trasporto di Ritorno<sup>1</sup> (Back Transfer) che sarà effettuato dalla Neonatologia del Salesi verso i centri di II o di I livello a seconda della provenienza e della tipologia dei pazienti.

Saranno trasferiti ai centri di II livello i pazienti che abbiano soddisfatte le seguenti condizioni:

- residenza del paziente vicino al centro di II o di I Livello;
- peso attuale > 1500 g<sup>2</sup>;
- EG corretta > 32 settimane;
- età post-natale > 72 ore;
- presenza di stabilità cardio-respiratoria ed assenza di problemi che necessitino di diagnosi immediata o di terapie che debbano essere effettuate in centro di III livello;

---

<sup>1</sup> Seppure il sistema dei DRG non sia mai effettivamente entrato in funzione nella Regione Marche come criterio remunerativo, ma sia tuttora usato come "indicatore di attività" si dovrà tener presente che l'attuazione del trasporto di ritorno ha delle conseguenze economiche non trascurabili. E' prevedibile che la Neonatologia del Salesi "perderà" numerosi pazienti a cui sarebbe stato assegnato il DRG 386 ma che a causa del trasporto di ritorno riceveranno il DRG 385

<sup>2</sup> In caso di pazienti particolarmente stabili il trasporto di ritorno potrà essere fatto anche a fronte di un peso corporeo inferiore a 1500 qualora però questo sia stabilmente "in crescita"

- basso rischio di Retinopatia della Prematurità<sup>3</sup>;
- FiO<sub>2</sub> < 30%;
- assenza di Cateteri Venosi Centrali in sede;
- terminata la Nutrizione Parenterale;
- tempo residuo pre-dimissione a domicilio stimabile superiore ai 3 giorni (back-transfer non futile).

Saranno trasferiti dalla Neonatologia del Salesi o anche dalle Neonatologie Sovrazionali ai centri di I livello i pazienti con età gestazionale corretta superiore alle 34 settimane (da 245 gg PMA) ed in condizioni fisiologicamente stabili.

### **IX.3.11 La rete diabetologica**

Una ampia documentazione a livello mondiale indica come il diabete, nella globalità delle sue implicazioni, sia ormai una epidemia che coinvolge una quota cospicua della popolazione e costringe i sistemi sanitari a considerevoli sforzi per far fronte alle problematiche cliniche del settore.

L'interazione del diabete e delle sue complicanze con tutta una serie di patologie collegate è ormai evidente e, perlomeno per quanto riguarda gli aspetti della prevenzione, possiamo ormai parlare di un unico "pacchetto" su cui intervenire: DIABETE – OBESITA' – NEFROLOGIA – CARDIOLOGIA – IPERTENSIONE ARTERIOSA.

Alla luce di quanto sopra esposto appare evidente che il Diabete mellito, per la sua elevata prevalenza ed incidenza, è considerato a tutti gli effetti una malattia sociale e negli ultimi anni, a causa soprattutto dell'aumento del benessere, dei modificati stili di vita e della significativa diffusione del diabete nei paesi in via di sviluppo, rappresenta una vera e propria "epidemia". Nella nostra Regione si stima che siano interessati circa 90.000 soggetti. Nei Centri Antidiabetici sono al momento seguiti oltre la metà dei potenziali soggetti interessati:

- nell'anno 2007 hanno fatto riferimento ai 14 Centri Antidiabetici n. 44.602 soggetti con un incremento del 5,71% rispetto al 2006 (n. 42.192); incremento particolarmente significativo in quanto i Centri delle Marche hanno già una capacità di attrattiva superiore alla media nazionale;
- costante negli ultimi anni è invece il rapporto maschi/femmine 51,5% i maschi e 48,5% le femmine;
- l'11,3% è rappresentato da nuovi soggetti;
- dei 44.602 pz dell'anno 2007 il 6,7% ha un diabete di tipo1, il 91% di tipo 2, il restante 2,3% è seguito per altri motivi.

Accanto a questi dati dei Centri occorre altresì sottolineare l'importante e significativo contributo dato in questi anni dalla Clinica Endocrinologia della Università degli Studi di

---

<sup>3</sup> Età Gestazionale (EG) alla nascita > 28 settimane ed esame oculistico negativo o con Retinopatia della Prematurità (ROP) < stadio 2 a 32 settimane di età corretta. A questi pazienti verrà tuttavia consigliato un ulteriore controllo del Foo a 34 settimane di età corretta

Ancona, la cui attività è cresciuta in maniera esponenziale sia sotto il profilo della ricerca che quello della assistenza e cura.

Complessivamente possiamo dire che la Regione Marche, grazie anche ad una legge regionale adottata praticamente in contemporanea con la legge nazionale (anno 1987) è in grado di offrire una assistenza qualitativamente valida e ben organizzata, supportata da una preziosa e fattiva disponibilità offerta sia dal Comitato Regionale Diabetologico sia dalle Associazioni di settore.

Ricordiamo infine il progetto prevenzione Diabete, realizzato in attuazione dell'intesa Stato regioni 23.3.2005 e del Piano Nazionale prevenzione 2005-2007, e stato presentato nell'ambito della DGR 899/05.

Il Progetto si pone come continuazione di una iniziativa già finanziata con fondi progetti speciali nazionali anno 2003 che prevedeva la creazione di un Dipartimento Virtuale fra Centri di Diabetologia collegati attraverso una rete informatica. Da una adesione iniziale di n. 5 Centri si sono poi collegati e/o si stanno collegando tutti i centri delle Marche (n. 12 di primo livello e n. 2 secondo livello)

Il Progetto - che si basa pertanto sulla creazione di una rete regionale condivisa e Centri di Diabetologia che comunicano permanentemente tra loro attraverso una cartella clinica informatizzata, già esistente e condivisa – si pone obiettivi molteplici e tra questi ricordiamo:

- aggiornamento continuo dei dati assistenziali nella cartella clinica;
- favorire la comunicazione permanente tra i vari attori del sistema;
- accrescere la appropriatezza degli interventi con relativa riduzione dei ricoveri inappropriati e delle duplicazioni di esami clinici;
- realizzazione di un Call Center pro attivo con funzioni di counseling permanente per la formazione ed educazione della utenza a distanza relativamente alle buone pratiche ed al rispetto dei follow up previsti dai protocolli clinici standard.

Un ulteriore sviluppo avremo poi con la applicazione della Legge regionale n. 1/2009 che sulla base delle molteplici ed importanti esperienze su elencate dovrebbe rivedere il settore con da una parte l'obiettivo di un maggior coinvolgimento dei medici di medicina Generale per realizzare una efficace/efficiente "Gestione integrata del paziente diabetico", dall'altra la proposizione di un modello "hub and spoke" con alcuni Centri di primo livello e dei riferimenti di secondo livello che andrebbero a costituirsi come unità operative complesse. A questo si deve aggiungere il potenziamento del Centro pediatrico Salesi e la creazione presso l'INRCA del centro Regionale del Piede Diabetico.

## **X IL PRIVATO ACCREDITATO**

### **X.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO**

Per quanto riguarda il ruolo delle strutture private accreditate con rapporti contrattuali con il Servizio Sanitario Regionale (SSR), il quadro di riferimento rimane sostanzialmente quello descritto nel Piano Sanitario Regionale 2007-2009.

Si segnalano le seguenti principali novità emerse negli anni di vigenza del precedente piano:

- per quanto riguarda le Case di Cura multispecialistiche, si fa presente che:
  - sono stati sottoscritti gli accordi annuali di concerto con l'AIOP;
  - si sono attivati una serie di progetti per l'incremento dell'attività ortopedica programmata ai fini del contenimento delle liste di attesa e della mobilità passiva;
  - si è incrementata la attività in regime di mobilità attiva interregionale soprattutto nei confronti della regione Abruzzo che contestualmente ha significativamente ridotto l'offerta ospedaliera, specie privata, nelle aree più direttamente a confine con la Regione Marche;
- per quanto riguarda le Case di Cura monospecialistiche del settore neuro-psichiatrico per le quali sono state pure sottoscritti accordi annuali di concerto con l'AIOP si è avviato il percorso di progressivo trasferimento delle corrispondenti attività in regime residenziale con la DGR 76/09 che ha fornito indirizzi di carattere generale e le DGR 730, 1575 e 1702 del 2009 che hanno riguardato alcune singole strutture private del settore;
- per quanto riguarda le strutture di riabilitazione oltre agli accordi annuali a declinazione dell'accordo 2006-2009 (DGR 1524/06) si è provveduto all'approvazione dell'accordo quadro triennale 2010-2012 (DGR 54/10). Si è inoltre provveduto ad attivare ulteriori posti letto ospedalieri codice 56 a gestione privata presso lo stabilimento ospedaliero di Cagli e presso le Case di Cura San Giuseppe e Villa dei Pini;
- per quanto riguarda il settore del laboratorio analisi con le DGR 107/2010, 146/2010 si è sottoscritto un accordo con le Associazioni di categoria che ridefinisce il budget 2009 e 2010 e avvia il processo di riordino del settore;
- per quanto riguarda gli altri settori della specialistica ambulatoriale si è provveduto a ridefinire budget e tariffe dei presidi di riabilitazione (DGR 106/2010) ed a fissare il budget delle strutture di odontoiatria in coerenza con i budget storici in attesa dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) che dovrebbero significativamente modificare le indicazioni del precedente decreto DGR 58/2010;
- per quanto riguarda tutti i settori in applicazione di quanto previsto dalla finanziaria per l'anno 2007 come modificata dal patto per la salute 2010-2012 cesseranno entro il 31 dicembre 2010 tutti gli accreditamenti provvisori.

## **X.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO**

Anche in questo caso valgono in sostanza le indicazioni riportate nel precedente Piano Sanitario. Per quanto riguarda l'orizzonte strategico in cui collocare il contributo della rete del privato accreditato si confermano i seguenti punti:

- il privato accreditato costituisce una risorsa importante che va inserita a tutti gli effetti nella pianificazione e programmazione dell'offerta sanitaria della Regione Marche;
- l'offerta delle strutture private deve garantire uno stretto rapporto di integrazione e continuità con l'offerta delle strutture a gestione diretta privilegiando quelle attività che presentano al momento maggiori problemi di lista di attesa e di mobilità passiva (ortopedia e riabilitazione in primo luogo);
- l'integrazione pubblico-privato va garantita anche attraverso l'utilizzo di équipes pubbliche all'interno delle strutture private dentro un rapporto tra i due enti coinvolti secondo modalità già sperimentate in altre regioni;
- va sviluppata una politica di committenza che supporti tali processi di integrazione e continuità e trasformi i controlli da verifica ispettiva a strumento di effettivo governo della produzione;
- il quadro economico in cui opererà il Servizio Sanitario Regionale condiziona la natura della programmazione economica del rapporto con le strutture private che non potrà più procedere a incrementi automatici annuali del budget, ma dovrà trovare "copertura" nel recupero di efficienza complessiva del sistema, nel recupero della mobilità passiva e nella produzione (comunque programmata anch'essa) per i residenti in altre regioni;
- nella funzione di programmazione e committenza nei confronti delle strutture private si manterrà centrale il governo della appropriatezza, intesa sia come corretta gestione amministrativa delle prestazioni che come selezione del livello appropriato di erogazione delle prestazioni.

Tale strategia si declina in azioni differenziate tra le diverse aree di operatività delle strutture private accreditate con rapporto contrattuale del Servizio Sanitario Regionale.

## **X.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI**

Per quanto riguarda le Case di Cura multispecialistiche si ritengono prioritarie le seguenti azioni:

- ridefinizione della politica di autorizzazione/accreditamento delle attività chirurgiche che favorisca in modo particolare lo sviluppo della day surgery e della chirurgia ambulatoriale complessa multidisciplinare nelle strutture private interessate;
- stabilizzazione dei progetti per l'incremento dell'attività ortopedica da sviluppare di concerto ad una ridefinizione della offerta delle strutture pubbliche e ad una ridefinizione dell'offerta riabilitativa collegata;
- sviluppo della attività di post-acuzie in stretta integrazione con i reparti per acuti della Zona Territoriale e dell'Area Vasta di riferimento;

- progressiva trasformazione dell'attività di area medica per acuti in attività a supporto del pronto soccorso e della medicina d'urgenza degli ospedali della stessa Zona Territoriale/Area Vasta;
- trasformazione degli accordi annuali di fornitura in piani di committenza declinati sia in termini di volumi di attività che in termini economici per disciplina e meglio ancora per linea di attività prevedendo per ciascuna di esse le linee di tendenza attese in termini di incremento/decremento dell'offerta;
- utilizzare il sistema del riconoscimento della produzione extra-budget attraverso opportune politiche di regressione tariffaria solo nelle aree in cui vi è una documentata carenza di offerta (attività ortopedica protesica in primo luogo);
- concentrazione della produzione chirurgica in un limitato numero di linee di attività ad elevata qualità professionale e strutturale;
- inclusione negli accordi di rigorosi criteri di appropriatezza specifici per ciascuna linea di attività prevista nel piano di committenza;
- ridefinizione del sistema tariffario che tenga conto dell'aumento dei costi in alcuni settori (chirurgia complessa ad esempio) e del decremento degli stessi in altri (chirurgia ambulatoriale complessa ad esempio);
- ridefinizione dell'offerta ambulatoriale in modo da tenere conto ad esempio del trasferimento a livello ambulatoriale di alcune attività chirurgiche e della opportunità di supportare tutte le linee di attività della struttura con un adeguato volume di attività ambulatoriale;
- costruzione di piani di attività per le prestazioni ambulatoriali declinati con la stessa logica di quelli previsti per la attività di ricovero e quindi con predefinizione dei volumi di attività programmati per ciascuna linea sia in termini economici che di numero di prestazioni;
- integrazione nel Cup regionale delle prestazioni ambulatoriali erogate da ciascuna struttura;
- sperimentazione di forme di integrazione pubblico/privato innovative comprensive dell'utilizzo in regime convenzionale di équipes pubbliche per lo svolgimento di specifiche attività;
- inclusione di rappresentanti delle strutture private nei gruppi tecnici preposti alla regolamentazione tecnica dell'offerta dei diversi settori (si segnalano a titolo di esempio la regolamentazione delle attività di discolisi con tecniche "alternative", la somministrazione intravitale di farmaci e la terapia invasiva del dolore cronico).

Per quanto riguarda le Case di Cura monospecialistiche del settore neuropsichiatrico:

- si conferma l'esigenza di una diversa regolamentazione e classificazione delle attività al momento erogate utilizzando i codici ospedalieri 40,56 e 60. Tale attività vanno prevalentemente erogate a livello residenziale con riferimento a standards e tariffe definite ad hoc. In questo ambito può essere fatta rientrare la regolamentazione delle attività nel settore dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) che va pure regolamentata sia nella sua fase ospedaliera di ricovero che nella eventuale fase riabilitativa residenziale;

- va garantita una maggiore integrazione con i dipartimenti territoriali di competenza che vanno sistematicamente coinvolti sia al momento della ammissione che della dimissione;
- va costruito un sistema di indicatori e controlli di appropriatezza ad hoc.

Per quanto riguarda le strutture di riabilitazione si segnalano le seguenti azioni:

- revisione del sistema complessivo di classificazione, regolamentazione e tariffazione delle diverse tipologie di attività che risale alla DGR 1437/1999;
- verifica delle richieste di potenziamento e/o di attivazione di nuove tipologie di offerta;
- verifica della possibilità di concordare tariffe e volumi per le prestazioni di mobilità attiva con le Regioni che più ricorrono alle strutture della Regione Marche (Abruzzo in primo luogo);
- definizione di un sistema di criteri di priorità che privilegi la continuità della fase post-acuta riabilitativa in regime di ricovero (ospedaliero o residenziale) nelle condizioni cliniche che più la meritano;
- revisione del sistema di classificazione, regolamentazione e tariffazione delle attività ambulatoriali con particolare riferimento a quelle attualmente erogate dai Presidi;
- progressivo riequilibrio dell'offerta delle varie tipologie di prestazioni attualmente troppo differenziata tra le varie Zone Territoriali;
- definizione di un sistema di controlli di appropriatezza ad hoc per l'attività riabilitativa finalizzata soprattutto a definire i tempi di trattamento attesi ed il livello di erogazione atteso per le principali condizioni che determinano il ricorso al trattamento riabilitativo.

Per quanto riguarda il settore ambulatoriale (oltre a quanto già segnalato a proposito della relativa offerta delle strutture di riabilitazione e delle Case di Cura) si segnalano le seguenti azioni:

- revisione della rete dei laboratori privati come previsto dalle DGR 107/2010 e 746/2010;
- inclusione delle strutture private nell'eventuale progetto odontoiatria sociale a seguito dell'emanazione del nuovo decreto sui LEA;
- inclusione dell'offerta delle strutture private nelle politiche di contenimento delle liste di attesa delle Zone Territoriali di competenza per le prestazioni che presentano maggiori criticità come quelle di diagnostica per immagini e quelle strumentali in genere.

## **PARTE III - I PROCESSI SOCIO-SANITARI**

### **XI L'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA**

#### **XI.1 IL CONTESTO ED I PROGRESSI NELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA**

La scelta di un approccio integrato sociale e sanitario alle problematiche di salute, di benessere e di protezione sociale, sottolineata dalla l.r. 13/03 di riordino del servizio sanitario delle Marche, è stata confermata da una serie di atti normativi regionali successivi e dall'operatività concreta a livello regionale e locale.

Le tappe più significative di questo percorso sono state:

- il Piano Sanitario 2007/2009 "Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute dei cittadini marchigiani" (deliberazione del Consiglio regionale n. 62 del 31 luglio 2007);
- il Piano Sociale 2008/2010 "Partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale in un processo di continuità, consolidamento e integrazione delle politiche di welfare" (deliberazione dell'Assemblea legislativa regionale n. 98 del 27 luglio 2008);
- la DGR 720/2007 "Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria nella Regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali";
- i documenti finali prodotti dai Gruppi di Progetto della Cabina di Regia per l'Integrazione sociale e sanitaria, istituita dalla DGR 720/2007.

Rispetto all'"area socio-sanitaria" i due Piani regionali sono stati costruiti in stretto collegamento tra loro al punto da contenere un "capitolo comune" riguardante l'integrazione sociale e sanitaria. I tempi diversi di approvazione tra il Piano Sociale ed il Piano Sanitario hanno fatto sì che i due capitoli sull'integrazione sociale e sanitaria siano speculari e complementari, se non nell'indice previsto nelle linee di indirizzo e nei contenuti, confermando l'unitarietà di intenti e di operatività.

La DGR 720/2007 ha innescato un significativo processo di coinvolgimento degli operatori sanitari e sociali dei livelli regionale e territoriali che è durato circa un anno e che ha prodotto dei materiali che, in parte, sono già stati utilizzati per supportare decisioni normative a livello regionale (con particolare riferimento ai settori di intervento: anziani non autosufficienti, salute mentale, dipendenze patologiche), e che hanno orientato alcune delle opzioni riportate in queste pagine.

Anche se il percorso di consolidamento e di stabilizzazione dell'assetto e dei processi di integrazione sociale e sanitaria non è stato ancora completato, è evidente che:

- la scelta di considerare l'integrazione sociale e sanitaria un'area da gestire unitariamente tra responsabilità e competenze sanitarie e sociali si è dimostrata positiva sia per il necessario rispetto dei diversi soggetti istituzionali coinvolti, sia per il fatto che non sono state create sovrastrutture organizzative e gestionali, sia perché ha permesso di ridurre sovrapposizioni e duplicazioni di interventi;

- l'integrazione sociale e sanitaria ha assunto una sua visibilità ed una progressiva fisionomia sia a livello regionale (con le funzioni di raccordo fino ad ora svolte dall'Agenzia Regionale Sanitaria) che locale: ASUR (Direzione Generale e Zone Territoriali) e, soprattutto, Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale;
- pur con le difficoltà incontrate, la progressiva definizione delle competenze e dei processi organizzativi e gestionali dell'integrazione sociale e sanitaria costituisce una importante assunzione di responsabilità congiunta tra i soggetti pubblici che hanno responsabilità in questo settore a cui corrisponde una significativa, progressiva, qualificazione degli interventi di risposta ai bisogni dei cittadini.

Questo capitolo del "piano strategico" sui processi socio-sanitari si sviluppa, come gli altri, "per differenza" rispetto ai Piani Sanitario e Sociale: confermando gli elementi qualificanti e le strategie che danno continuità al "modello marchigiano" di integrazione sociale e sanitaria; ridefinendo gli obiettivi generali e specifici in questo ambito; evidenziando le inadempienze e le carenze rispetto agli impegni previsti dai Piani; indicando le modalità operative per la messa a regime dei processi sociosanitari.

## **XI.2 LA LINEA DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA**

Anche in forza dei riscontri positivi avuti dal processo di implementazione in corso i principi fondamentali del modello marchigiano di integrazione socio sanitaria saranno tenuti fermi nel nuovo progetto di assetto, confermando la linea regionale sviluppata in questi anni e portando a compimento i processi avviati:

- mantiene ed esalta la competenza sociale dei Comuni, promuovendo programmazione e gestione associata dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale (ATS); non prevede deleghe di competenze sociali alla sanità;
- conserva le competenze sanitarie nel sistema ASUR/Zone/Distretti, rafforzando l'area socio-sanitaria;
- rafforza la dimensione unitaria del Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale come luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale che come interfaccia istituzionale principale della rete di servizi integrati sociali e sanitari;
- individua due livelli di programmazione e gestione dell'integrazione sociale e sanitaria, quello "amministrativo-istituzionale" e quello "tecnico-operativo" che sono corrispondenti, correlati e coerenti tra il territorio regionale e i territori locali;
- le "linee" di corrispondenza politica e tecnica, regionale e territoriale, nell'organizzazione delle decisioni, della programmazione e della gestione in materia di integrazione socio-sanitaria costituiscono un modello di riferimento anche per l'organizzazione dei servizi sanitari e dei servizi sociali;
- l'integrazione sociale e sanitaria a livello regionale trova uno specifico spazio di governo e programmazione in grado di raccordarsi con i livelli territoriali locali;
- l'area vasta è il luogo ove potranno utilmente confluire le impostazioni generali e le compatibilità di sistema da una parte e le scelte programmatiche e gestionali, come

pure le indicazioni pratiche sull'integrazione che verranno dai territori dei Distretti/Ambiti Territoriali Sociali.

La coincidenza del territorio del Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale prevede la costituzione di organismi unitari, dei livelli "amministrativo-istituzionale" e "tecnico-operativo" per la gestione del sistema integrato della rete dei servizi alla persona di competenza sociale e di competenza sanitaria.

### **XI.3 L'ASSETTO STRUTTURALE DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA**

I Piani regionali, sanitario e sociale, e la DGR 720/07 hanno delineato un assetto strutturale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello della Regione Marche che non ha trovato adeguato compimento nella realtà effettiva del territorio, regionale e locale.

Nel riprendere la prospettiva complessiva, che rimane assolutamente valida, il presente "piano strategico" sviluppa un percorso innovativo che da un lato corregge le disfunzioni e le criticità rilevate e, dall'altro, individua i caratteri e le modalità operative per rendere effettive le scelte fatte.

#### **XI.3.1 Assetto istituzionale**

L'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello regionale prevede:

- come "luogo" della pianificazione e del governo politico regionale dell'integrazione socio-sanitaria il raccordo periodico tra le autorità istituzionali competenti in materia (Presidente Regione, Assessore regionale Tutela della salute, Assessore regionale Sostegno alla famiglia e Servizi Sociali);
- come "luogo" della amministrazione e gestione dell'integrazione socio-sanitaria un'articolazione specifica della organizzazione dell'amministrazione regionale.

Le azioni di governo da realizzare sono le seguenti:

- individuazione e condivisione degli obiettivi prioritari;
- armonizzazione delle politiche per l'integrazione socio-sanitaria, in raccordo con il Consiglio Regionale;
- individuazione degli atti formali e degli strumenti per raggiungere gli obiettivi definiti, approvazione degli atti di competenza;
- implementazione e monitoraggio della programmazione regionale integrata sociale e sanitaria;
- raccordo e coordinamento di comunità, coinvolgendo gli altri soggetti istituzionali implicati nell'integrazione sociale e sanitaria.

L'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello regionale prevede come "luogo" del governo (programmazione) locale dell'integrazione socio-sanitaria:

- sul versante politico il “Comitato dei Sindaci” unitario, che rappresenta il riferimento istituzionale sia per l’Ambito Territoriale Sociale (secondo le indicazioni della legge 328/2000) che per il Distretto Sanitario (come ribadito dalla l.r. 13/2003);
- sul versante della partecipazione i “Tavoli territoriali” di consultazione, concertazione, coprogettazione, previsti dalla programmazione vigente per il livello del Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale, che avranno carattere di unitarietà, occupandosi delle diverse questioni sociali e sanitarie.

Come “luogo” della progettazione, organizzazione e gestione dell’integrazione socio-sanitaria una Unità Operativa “Sociale e Sanitaria” (U.O. SeS), di tipo funzionale, organizzata e funzionante secondo le specificazioni di seguito riportate.

### **XI.3.2 Programmazione integrata sociale e sanitaria**

La programmazione integrata sociale e sanitaria prevede due livelli territoriali:

- un livello di Area Vasta nel quale, adattando i contenuti del documento finale prodotto dallo specifico Gruppo di Progetto della Cabina di Regia per l’Integrazione socio-sanitaria (che è dimensionato a livello di Zona Territoriale), viene elaborato il Piano Comunitario per la Salute;
- un livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale, nel quale viene costruito ed attuato il Piano delle Attività Territoriali che, sulla base di specifiche linee guida di emanazione regionale, sarà articolato in tre sezioni (socio-sanitaria, sanitaria e sociale) ed assorbirà le funzioni del Programma delle Attività Distrettuali (ex l.r. 13/2003) e del Piano di Zona di cui alla legge 328/2000.

Atti specifici della Regione, oltre a definire le modalità di elaborazione dei due livelli di programmazione, individueranno le modalità di implementazione e di verifica da attivare, in una logica “a scorrimento” che alleggerirà la pressione della modalità di programmazione attuale che rischia di “congelare” la gestione delle attività nella fase progettuale e di non incidere nella operatività concreta una volta approvata.

### **XI.3.3 Organizzazione e gestione**

Il livello territoriale, sia politico che tecnico/gestionale, dell’integrazione socio-sanitaria individuato al precedente punto II.2.1, sarà regolamentato da apposito atto normativo regionale che dovrà contenere:

- i criteri di composizione e di funzionamento del “Comitato dei Sindaci” unitario e dei “Tavoli territoriali”;
- le caratteristiche, le funzioni e le modalità operative della Unità Operativa “Sociale e Sanitaria”;
- il modello regionale di “accordo di programma” per la regolazione dei rapporti tra Comuni e ASUR a livello di ogni Ambito Territoriale Sociale/Distretto Sanitario.

In particolare il modello di “accordo di programma” svilupperà, tra l’altro, le seguenti dimensioni: Oggetto dell’accordo, Finalità, aree di competenza e funzioni, Obblighi dei Comuni dell’Ambito Territoriale, Obblighi della Zona Territoriale ASUR relativamente al

Distretto competente, Sedi operative ed attrezzature dell' U.O. SeS., Composizione e responsabilità dell' U.O. SeS., Articolazioni per l'U.O. SeS. in relazione a: destinatari e finalità dei servizi e degli interventi, composizione, modalità organizzative e operative.

La Unità Operativa "Sociale e Sanitaria" (U.O. SeS.), di tipo funzionale, è la struttura integrata che, a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale si occupa della progettazione operativa, della organizzazione e della gestione dell'integrazione sociale e sanitaria a livello locale.

La responsabilità della U.O. SeS. è congiunta tra il Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale e il Direttore di Distretto; un apposito atto regionale definirà le funzioni e le competenze specifiche in relazione all'attività della U.O. SeS..

Anche la composizione della U.O. SeS. sarà definita da apposito atto regionale, ma gli operatori coinvolti saranno alcuni componenti dell'Ufficio di Piano dell'Ambito e dell'Ufficio di coordinamento per le attività distrettuali, i due "staff" che, rispettivamente, affiancano il Coordinatore di Ambito ed il Direttore di Distretto. Si reputa importante che alla U.O. SeS. partecipino stabilmente anche:

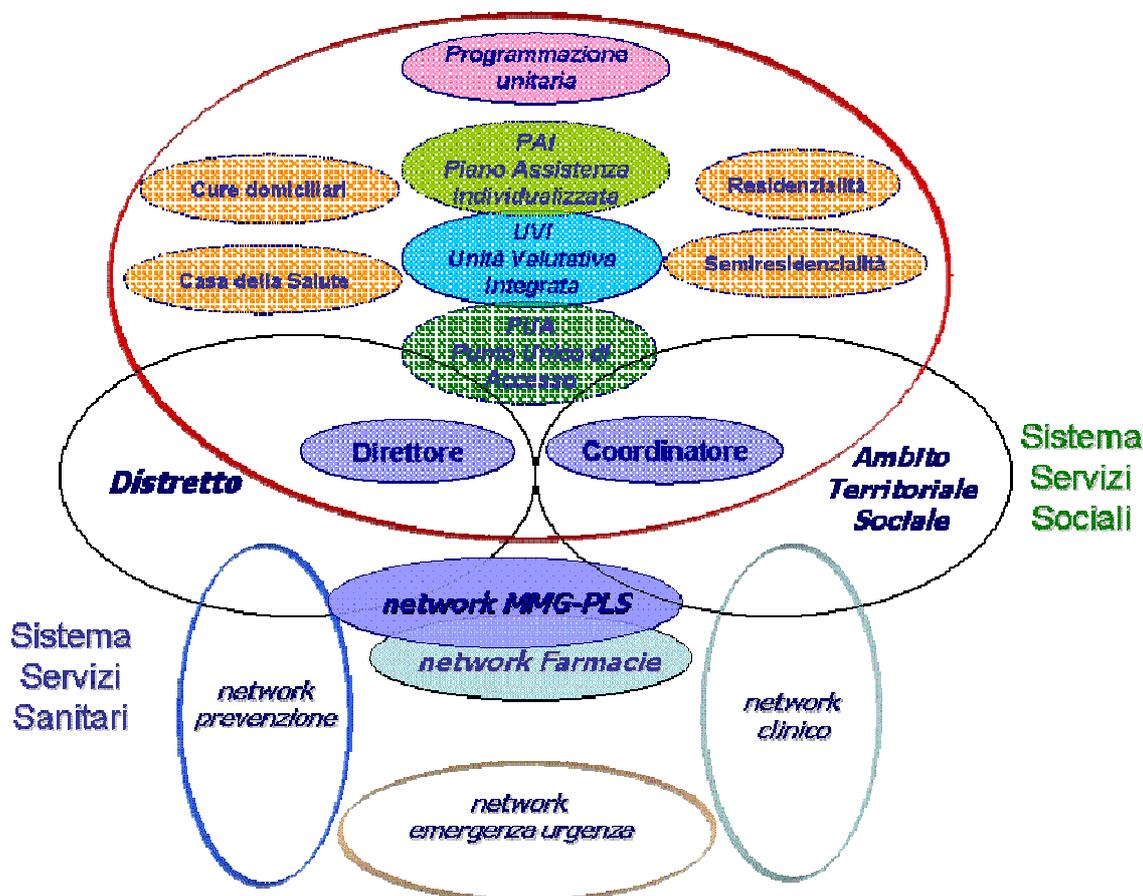
- responsabili dei Dipartimenti che si occupano di integrazione sociale e sanitaria (Dipendenze Patologiche, Salute Mentale, Riabilitazione, Prevenzione...);
- rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta del territorio;
- dirigenti dei Servizi sociali dei Comuni del territorio.

In prima istanza le azioni di competenza dell'U.O. SeS. possono essere così sintetizzate:

- organizzazione e gestione del "Governo della domanda";
- organizzazione e raccordo dell'offerta dei servizi sociali e sanitari;
- gestione integrata dei servizi e degli interventi sociali e sanitari;
- concertazione di progetti di intervento mirati;
- definizione dei gruppi operativi di settore;
- individuazione delle modalità di relazione tra i soggetti coinvolti;
- raccordo e coordinamento di comunità, rispetto agli altri soggetti istituzionali coinvolti, ai vari soggetti del Terzo settore, al coinvolgimento di famiglie e cittadini.

Il nucleo dell'attività della U.O. SeS. si caratterizzerà da un lato per la strutturazione, organizzazione e gestione delle reti integrate del "Governo della domanda" e, dall'altro, per la definizione e applicazione dei "Percorsi delle reti integrate", sulla base di un'impostazione unitaria regionale che sarà definita con il contributo delle diverse professionalità sociali e sanitarie - vedi figura.

## Network territoriale socio-sanitario



### XI.3.4 Processi, percorsi, procedure

L'unitarietà della integrazione di interventi e servizi dell'area socio-sanitaria va garantita definendo processi, percorsi e procedure per le principali funzioni comuni ai diversi settori di intervento, che trovano le necessarie specificità e contestualizzazioni solo all'interno di un quadro coerente ed organico.

a) Il primo processo da normare, a partire dai documenti prodotti dallo specifico Gruppo di Progetto della Cabina di Regia per l'integrazione socio-sanitaria, è quello del **Governo della domanda**, declinato nelle tre aree logiche – vedi figura:

- accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario (Punto Unico di Accesso - PUA);
- valutazione integrata a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale (Unità Valutativa Integrata - UVI);

- presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata, con il Piano Assistenziale Individuale (PAI).



b) Un processo che deve trovare un assetto stabile è la ridefinizione e la **rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari**, attraverso la chiarificazione e la specificazione tra sociale, sanitario e area comune socio-sanitaria di:

- Interventi di sostegno e accompagnamento,
- Interventi e servizi territoriali,
- Interventi e servizi domiciliari,
- Interventi e servizi semiresidenziali,
- Interventi e servizi residenziali.

c) La **costruzione di un sistema tariffario complessivo della residenzialità e semiresidenzialità** sia sanitarie (extraospedaliere) che socio-sanitarie che sociali rappresenta un processo da portare a compimento per garantire la piena attuazione del presente piano strategico.

La DGR 1493/2008 ha, tra l'altro, ha istituito un "Gruppo di Lavoro per la costruzione del sistema tariffario complessivo della residenzialità e semiresidenzialità (anziani, disabilità,

salute mentale, dipendenze patologiche)” e il successivo Decr. n 116/S04 ne ha definito la composizione.

Il percorso concordato nel Gruppo di Lavoro prevedeva le seguenti azioni:

- analisi della situazione attuale nella Regione Marche per i settori Anziani - Disabili - Salute mentale - Dipendenze patologiche (anche in relazione agli altri sistemi tariffari regionali);
- costruzione dello “schema generale” di elaborazione delle tariffe con la definizione dei vari componenti di costo;
- sviluppo del “modello concettuale per la costruzione della tariffa sulla base dei costi”;
- verifica del “modello concettuale” rispetto a due modalità di “compilazione”:
  - una ricognizione teorica con i costi stimati in base ai vincoli normativi vigenti;
  - una rilevazione pratica, attraverso la raccolta su un campione di strutture dei costi effettivamente sostenuti, riclassificati in base al “modello concettuale”;
- elaborazione di una prima proposta di Tariffa giornaliera per ogni tipo di struttura (Valore di riferimento centrale e variabilità massima e minima) attraverso la “composizione” tra la modalità teorica e la modalità pratica;
- programmazione di incontri di confronto con i portatori di interesse qualificati sulla prima proposta elaborata;
- integrazione della prima proposta rispetto alle risultanze degli incontri di confronto e formalizzazione della proposta alla Giunta regionale da parte del Gruppo di Lavoro.

Alcune azioni previste dal percorso sono state concluse mentre altre sono ancora in corso e dovranno essere completate.

d) La necessità di ripensare il sistema di welfare, senza abdicare alle responsabilità dell’amministrazione pubblica, deve impegnare nel **consolidamento del sistema integrato pubblico privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali**.

Va favorito lo sviluppo di un sistema integrato dei servizi sociali e sanitari alla persona che, mantenendo al settore pubblico le funzioni di indirizzo, orientamento e monitoraggio, verifica, valorizzi la crescente presenza del terzo settore e della società civile delle Marche negli ambiti della consultazione, della concertazione, della coprogettazione, della cogestione e corresponsabilità, del controllo partecipato.

In questa prospettiva:

- vanno approvati atti normativi regionali specifici per favorire con incentivi e quote dedicate lo sviluppo della gestione associata (tra soggetti istituzionali) degli interventi e dei servizi dell’area dell’integrazione sociale e sanitaria, nella logica solidaristico-assicurativa contro la logica contributivo-capitaria;
- a livello regionale e locale vanno individuati e adottati gli strumenti che favoriscono i processi di gestione mista pubblico/privato o di affidamento dei servizi di integrazione sociale e sanitaria al privato sociale nella logica del sistema integrato pubblico/privato (portando a compimento la sperimentazione prevista dalla DGR 747/04 sulle Dipendenze Patologiche ed utilizzando quel modello anche per altri settori: Salute Mentale, Disabilità...).

e) Completare e consolidare il **Sistema informativo integrato sociale e sanitario** in una sinergia che preveda un unico luogo di coordinamento a livello regionale e una stretta connessione con le diverse fonti dei dati è un altro processo urgente.

In questo percorso alcune necessità prioritarie rimangono:

- la progettazione e l'implementazione di flussi informativi che consentano il monitoraggio dell'attività delle strutture residenziali e semiresidenziali a ciclo continuativo e diurno, sociali, sociosanitarie e sanitarie in particolare (anche con riferimento al Sistema RUG), ma in generale tutte le attività sociosanitarie con particolare riferimento a quelle territoriali e domiciliari;
- la progettazione e l'attivazione di database che raccolgano informazioni sull'utenza e sulle prestazioni erogate, in maniera capillare e con caratteristiche che consentano di ricavare informazioni non solo di tipo quantitativo.

#### **XI.4 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI**

La Regione Marche non ha, fino ad ora, recepito formalmente i contenuti dell'integrazione sociale e sanitaria relativi alla normativa nazionale sulla definizione delle prestazioni socio-sanitarie (d.p.c.m. 14.02.2001) e sui Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (d.p.c.m. 29.11.2001).

Con l'approvazione del presente piano strategico si colma anche questa "carezza", che non è tanto formale quanto una necessità per dare certezza a questa "area" e ai diversi settori di intervento. L'assetto strutturale descritto nel capitolo precedente dovrà gestire i contenuti recepiti e indicati, in modo integrato, nell'osservanza delle rispettive competenze - politiche e tecniche - dal livello regionale e dai livelli territoriali (in particolare a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale, ma anche di Zona, Area Vasta e ASUR per la componente sanitaria). La specifica organizzazione dell'amministrazione regionale dedicata alla integrazione sociale e sanitaria avrà il compito di garantire le necessarie coerenze di sistema.

Il processo di organizzazione del sistema istituzionale e operativo per l'integrazione sociale e sanitaria, nelle modalità illustrate nelle pagine precedenti, è caratterizzato dalla cornice unitaria di riferimento descritta nel capitolo sulla strategia che ha una ricaduta conseguente sulle politiche di settore. L'obiettivo infatti è quello di rafforzare la logica di sistema unitario e coerente collocando organicamente al suo interno le necessarie specificità di settore e di contesto territoriale.

I contenuti specifici dell'area dell'integrazione sociale e sanitaria, recepiti dalla normativa nazionale di riferimento, sono sintetizzati nello schema seguente:

Aree	Prestazioni - Funzioni - Livelli di assistenza
<b>Materno-infantile, adolescenti e giovani</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative</li> <li>- Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche</li> <li>- Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni</li> <li>- Interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazione di disagio di disadattamento o di devianza</li> <li>- Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi</li> <li>- Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi</li> <li>- Prestazioni riabilitative e socioriabilitative a minori ed adolescenti</li> <li>- Prestazioni diagnostiche e terapeutiche, residenziali e semiresidenziali, a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico.</li> <li>- Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali</li> <li>- Progetti finalizzati ad esperienze terapeutico-relazionali, lavorative e di integrazione</li> </ul>
<b>Disabilità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica</li> <li>- Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungoassistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia</li> <li>- Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali</li> <li>- Atti riferiti a convenzioni con i Comuni per assistenza domiciliare di base</li> <li>- Progetti finalizzati ad esperienze terapeutico-relazionali, lavorative e di integrazione</li> </ul>
<b>Salute mentale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale</li> <li>- Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo</li> <li>- Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali</li> <li>- Atti riferiti a convenzioni con i Comuni per assistenza domiciliare di base</li> <li>- Progetti finalizzati ad esperienze terapeutico-relazionali, lavorative e di integrazione</li> </ul>
<b>Anziani</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia</li> <li>- Assistenza domiciliare integrata</li> <li>- Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali</li> <li>- Atti riferiti a convenzioni con i Comuni per assistenza domiciliare di base</li> </ul>

<b>Dipendenze, disagi, fragilità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale</li> <li>- Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali</li> <li>- Progetti finalizzati ad esperienze terapeutico-relazionali, lavorative e di integrazione</li> <li>- Patologie per infezioni da HIV - Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture residenziali</li> <li>- Patologie per infezioni da HIV - Eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo</li> <li>- Patologie per infezioni da HIV - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime semiresidenziale</li> <li>- Patologie per infezioni da HIV - Prestazioni e trattamenti in regime ambulatoriale e domiciliare</li> <li>- Pazienti terminali - Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale</li> <li>- Attività sanitaria e sociosanitaria a favore dei detenuti - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e, riabilitative e socioriabilitative per le dipendenze e disturbi mentali</li> </ul>
<b>Sussidiarietà</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forme di rapporto con altri soggetti, istituzionali e non, che erogano prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale alle diverse tipologie di destinatari</li> <li>- Forme di rapporto con altri soggetti, istituzionali e non, impegnati nel reinserimento sociale, scolastico e lavorativo di diverse tipologie di destinatari</li> <li>- Assicurare collegamento tra ASUR e enti locali - Comuni, Province, Comunità Montane -, gli Ambiti territoriali sociali, le istituzioni pubbliche coinvolte a vario titolo nell'integrazione socio-sanitaria</li> <li>- Predisporre linee di indirizzo per le politiche aziendali riferite al terzo settore ed al volontariato, proponendo atti d'interesse aziendale per i servizi alla persona</li> <li>- Atti riferiti a convenzioni con Associazioni di volontariato, Cooperative sociali, Associazioni di promozione sociale relativamente a prestazioni o collaborazioni di carattere socio-sanitario</li> </ul>

Per ognuno dei settori di intervento individuati nell'ambito dell'integrazione sociale e sanitaria:

- le "competenze specifiche" sono quelle esplicitate nello schema precedente;
- la "programmazione" specifica va prevista all'interno degli strumenti di programmazione individuati al punto II.2.2;
- i "soggetti" coinvolti sono sia le articolazioni specifiche dei servizi pubblici sanitari e sociali dedicati ai diversi destinatari che i soggetti del privato sociale impegnati nei settori;
- l' "assetto organizzativo" e le "azioni" finalizzate al raggiungimento degli obiettivi previsti per dare adeguate risposte ai bisogni dei cittadini destinatari delle diverse aree di intervento sono esplicitati nei capitoli successivi.

#### **XI.4.1 Area materno-infantile, adolescenti e giovani**

Le linee dell'intervento socio-sanitario per questa area, riprendono le azioni previste dai Piani sanitario e sociale che non sono state portate a termine e le indicazioni del competente

Gruppo di Progetto della Cabina di Regia per l'integrazione socio-sanitaria ex DGR 720/2007:

- il documento "Organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità" risponde ad uno degli obiettivi del Piano Sanitario e del Piano Sociale regionali per cui va trasformato in delibera. L'atto modificherebbe l'assetto attuale di molti territori per cui alla delibera di organizzazione va affiancato uno specifico percorso di accompagnamento formativo del personale sociale e sanitario, coinvolgendo anche le realtà del terzo settore impegnate in questo ambito;
- il percorso di "Assistenza alla gravidanza e alla nascita" va consolidato attraverso le azioni previste dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
- la riqualificazione della rete dei Consulenti familiari, luogo privilegiato per la sperimentazione dell'integrazione socio-sanitaria, passa per: la conferma e il consolidamento dell'identità di struttura, la distribuzione territoriale "adeguata" e la ricostituzione delle équipes consultori ali. Essa va perseguita con l'adozione di un atto normativo regionale di aggiornamento della Delibera Consiliare 202/98 per la corretta presa in carico delle persone e la sua armonizzazione al nuovo assetto dei servizi, sanitari, sociali e socio-sanitari.

#### **XI.4.2 Area disabilità**

Le linee dell'intervento socio-sanitario per questa area, riprendono le azioni previste dai Piani sanitario e sociale che non sono state portate a termine e le indicazioni del competente Gruppo di Progetto della Cabina di Regia per l'integrazione socio-sanitaria ex DGR 720/2007:

- Adozione di un atto normativo che recuperi i contenuti della l.r. 18/1996 in una prospettiva di collegamento dei processi che riguardano la disabilità e la riabilitazione, con particolare riferimento a:

- Accesso, valutazione, presa in carico
- Percorso assistenziale
- Sistema integrato dei servizi sociali e sanitari per i disabili
- Personale dedicato

#### **XI.4.3 Area salute mentale**

Le linee dell'intervento socio-sanitario per questa area, riprendono le azioni previste dai Piani sanitario e sociale che non sono state portate a termine e le indicazioni del competente Gruppo di Progetto della Cabina di Regia per l'integrazione socio-sanitaria ex DGR 720/07:

Revisione e adeguamento dei contenuti della deliberazione del Consiglio regionale 132/2004 nella prospettiva del superamento della logica del "progetto obiettivo", verso una implementazione diffusa di un sistema integrato socio-sanitario che definisca certezze rispetto a:

- risorse finanziarie e professionali per la Salute Mentale;
- criteri di allocazione delle risorse per la Salute Mentale per una diffusione sul territorio senza squilibri;
- percorsi assistenziali condivisi a livello dei territori;
- interventi specifici per la prevenzione e l'intervento disagio mentale giovanile;
- sistema informativo della Salute Mentale.

#### **XI.4.4 Area dipendenze patologiche**

Le linee dell'intervento socio-sanitario per questa area, riprendono le azioni previste dai Piani sanitario e sociale che non sono state portate a termine e le indicazioni del competente Gruppo di Progetto della Cabina di Regia per l'integrazione socio-sanitaria ex DGR 720/2007:

- completamento dell'attuazione della DGR 747/2004 con particolare riferimento:
  - alla costituzione dei Dipartimenti pubblici integrati;
  - alla omogeneità nei percorsi di cura e nei trattamenti;
  - alla riorganizzazione della rete dei servizi (a partire dalla proposta di atto di fabbisogno fatta dal Gruppo di Progetto);
  - alla epidemiologia dei comportamenti d'abuso;
- implementazione operativa del Sistema informativo per le Dipendenze patologiche (SIND).

#### **XI.4.5 Area anziani**

Le linee dell'intervento socio-sanitario per questa area, riprendono le azioni previste dai Piani sanitario e sociale che non sono state portate a termine e le indicazioni del competente Gruppo di Progetto della Cabina di Regia per l'integrazione socio-sanitaria ex DGR 720/2007:

- approvazione e attuazione dell'Accordo sul percorso di allineamento delle tariffe delle Residenze Protette alla normativa vigente nel periodo 2010-2013;
- revisione e adeguamento dei contenuti della DGR 1566/04 "Sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo. Prevenire contrastare, ridurre ed accompagnare la non autosufficienza", verso una implementazione diffusa di un sistema integrato socio-sanitario che definisca certezze rispetto a:
  - accessi ai servizi per gli anziani non autosufficienti;
  - valutazione e presa in carico degli anziani non autosufficienti;
  - accoglienza e assistenza residenziale di anziani non autosufficienti;

- sistema delle cure domiciliari e anziani non autosufficienti;
- sistema privato di cure domiciliari e anziani non autosufficienti;
- formazione operatori;
- utilizzo dei servizi e compartecipazione alla spesa;
- monitoraggio dei servizi per gli anziani, con particolare riferimento non autosufficienti.

#### **XI.4.6 Area altre fragilità**

Le linee dell'intervento socio-sanitario per questa area, riprendono le azioni previste dai Piani sanitario e sociale che non sono state portate a termine e le indicazioni del competente Gruppo di Progetto della Cabina di Regia per l'integrazione socio-sanitaria ex DGR 720/07:

##### **- Lotta alle diseguaglianze**

Nella regione Marche l'attenzione al tema delle diseguaglianze è stata espressa fin dal 2001 con l'attivazione dell'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze.

Le strategie adottate per portare in evidenza il tema delle diseguaglianze nella salute sono la produzione di informazioni specifiche, la formulazione di proposte ai decisori, la formazione dei professionisti per sensibilizzarli al tema, il coinvolgimento degli utenti finali e delle loro associazioni, attività di promozione della salute (dall'epidemiologia all'azione).

##### **- Salute degli immigrati fragili**

Nelle Marche, al pari delle altre regioni italiane, si è verificato un costante e progressivo incremento della presenza di immigrati. Per loro le ragioni della differenza si sommano alla non conoscenza della lingua, della cultura, del funzionamento dei servizi del paese ospite.

Numerose sono le criticità quali la carente percezione della criticità da parte del sistema, la carenza di competenze "interculturali" da parte dei servizi, le barriere burocratiche in aumento, l'insufficiente presenza di servizi "a bassa soglia" e comunicazione mirata e l'insufficiente conoscenza del funzionamento dei servizi da parte degli immigrati e scarsa propensione "culturale" alla prevenzione.

Nello specifico occorre:

- continuare a diffondere i dati e le informazioni sulle diseguaglianze nella salute al fine di sensibilizzare i servizi sanitari e gli operatori;
- implementare azioni per l'acquisizione da parte dei servizi di competenze interculturali (formazione, audit, consolidamento dei gruppi di lavoro sulle tematiche della salute degli immigrati), strategie di offerta attiva e di promozione della salute, impiegare sistematicamente la mediazione interculturale (in attuazione della DGR 1516/2006);
- proseguire con le strategie rivolta alla "Promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata nella regione Marche";
- avviare campagne di prevenzione dell'alcoolismo e attuare la prevenzione nei luoghi di lavoro (sempre in ottica interculturale);

- realizzare interventi specifici: a) a tutela della salute dei Rom b) a tutela della salute e per la riduzione del danno per le persone che si prostituiscono e che sono vittime della tratta c) a tutela della salute dei rifugiati;
  - continuare a garantire i livelli essenziali di assistenza e consolidare servizi a bassa soglia (in attuazione della DGR 1516/06) In tale ottica In tale ottica gli ambulatori STP devono costituire nodi di una rete socio-assistenziale integrata. In particolare, inoltre, è necessario garantire l'assistenza pediatrica ai bambini non iscrivibili al SSR secondo quanto previsto dalla Convenzione di New York (Legge 27 maggio 1991, n. 176).
- **Accompagnamento delle fragilità**
  - **Contrasto alla violenza sulle donne**

## **XI.5 LE AZIONI E GLI ATTI PER L'IMPLEMENTAZIONE E LA STABILIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA**

Coerentemente con le indicazioni dei due Piani regionali, Sanitario e Sociale e della DGR 720/07, si delineano le azioni e gli atti, finalizzati al consolidamento e allo sviluppo del sistema integrato della rete dei servizi alla Persona di competenza sociale e di competenza sanitaria, che dovranno essere realizzati dalla Regione e dai territori:

- predisposizione di atto di definizione dell'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello regionale;
- predisposizione di atto di definizione dell'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale relativamente a: ruolo e funzione del "Comitato dei Sindaci" unitario di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale; composizione e funzionamento dei "Tavoli territoriali" di consultazione, concertazione, coprogettazione; composizione e funzionamento della Unità Operativa "Sociale e Sanitaria" (U.O. SeS) unitamente al modello di "accordo di programma" per la sua implementazione;
- predisposizione di atto di regolamentazione della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello di Area Vasta (Piano Comunitario per la Salute) e di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale (Piano delle Attività Territoriali);
- predisposizione di atto di regolamentazione del Governo della domanda socio-sanitaria in relazione a accesso, valutazione, continuità assistenziale integrati tra i servizi sanitari e i servizi sociali;
- predisposizione di atto di rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari (atto di fabbisogno) e di omogeneizzazione della normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie (l.r. 20/2000) e sociali (l.r. 20/2002);

- predisposizione di atti per il consolidamento del sistema integrato pubblico privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali;
- predisposizione di atti per il completamento ed il consolidamento del Sistema informativo integrato sociale e sanitario;
- predisposizione di atti di armonizzazione della normativa regionale di settore nella prospettiva dell'integrazione sociale e sanitaria per i settori di intervento individuati;
- predisposizione di documenti e atti per regolare il sistema tariffario delle prestazioni socio-sanitarie e le modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini;
- atti di accompagnamento e sviluppo del processo di implementazione delle politiche socio-sanitarie relativamente agli ambiti di intervento: Materno-infantile, adolescenti e giovani; Disabilità; Salute mentale; Dipendenze patologiche; Anziani; Altre fragilità.

## **PARTE IV - I PROCESSI SOCIALI**

### **XII I PROCESSI SOCIALI**

#### **XII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO**

Il “sistema marchigiano” ha assunto la connotazione di sistema integrato con l’approvazione e la relativa applicazione dei due piani sociali regionali che si sono succeduti nel corso del decennio: il “Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali” del 2000 e il “Piano sociale” del 2008. I due documenti di Piano sono stati costruiti in sostanziale continuità tra loro avendo entrambi come riferimento omogeneo la legge 328/2000.

Nel corso dei questi dieci anni sono sopraggiunti importanti avvenimenti sia interni alla Regione che a livello nazionale che hanno comportato alcuni aggiustamenti al percorso nell’ambito però di una sostanziale continuità al punto da delineare e dare stabilità ad un modello marchigiano di welfare sociale.

#### **Gli scenari nazionali riguardano sostanzialmente:**

Le importanti modifiche avvenute nella cornice istituzionale (a seguito dell’approvazione delle modifiche al Titolo V della II parte della Costituzione italiana) che affidano alle Regioni competenza esclusiva in materia sociale sia dell’evoluzione del contesto sociale e sanitario della regione. La modifica al Titolo V ha costituito un elemento di forte criticità nel percorso della legge 328/2000 togliendo sostanzialmente ruolo ad una legge nazionale che si poneva come “legge quadro” di orientamento alle successive leggi e piani che le Regioni avrebbero dovuto adottare. E’emerso un sistema ad alta sussidiarietà che ha non solo diversificato i differenti modelli regionali, ma ha anche rafforzato le autonomie locali in ordine alla loro competenza in materia di politiche sociali al punto che gli atti di governo regionale hanno richiesto un grosso lavoro di concertazione con i diversi livelli istituzionali oltre che con le parti sociali e il Terzo settore.

Il taglio progressivo al fondo unico nazionale è il secondo elemento che ha profondamente modificato gli scenari esterni al percorso regionale. Dai 956 milioni di euro infatti la quota nazionale trasferita nel 2007 alle regioni si è ridotta ai 380 milioni del 2010. La nostra Regione ha di conseguenza subito un taglio di oltre 13 milioni di euro passando dai 23 milioni di euro del 2007 ai 10 milioni del 2010).

L’assenza dei livelli essenziali è invece la costante che ha caratterizzato il decennio post legge 328/00. Pur essendo previsti dalla legge stessa e successivamente ribaditi dalla norma costituzionale che modificava l’articolo 117 i Liveas non sono mai stati definiti. Un tentativo venne fatto quando si avviò il percorso di approvazione della legge delega sulla non autosufficienza mai però portata in parlamento. In quelle sedi vennero individuati alcuni livelli importanti per un sistema integrato, come lo sportello unico di accesso, le unità di valutazione multidimensionale e i servizi domiciliari; livelli però mai definiti con norma e solo parzialmente finanziati.

Le iniziative assunte dal ministero delle politiche sociali hanno costituito un tentativo di venire incontro alla richiesta delle regioni di coordinare i vari modelli costruendo linee di sviluppo omogenee sul fronte della programmazione e su quello del monitoraggio e dei sistemi informativi. In particolare sono partite sperimentazioni coordinate dal ministero delle politiche

sociali e dalle regioni in materia di professioni sociali, di programmazione di Zona, di sistemi informativi sulla non autosufficienza e sulle politiche per l'infanzia e l'adolescenza. Questi percorsi produrranno: linee guida sulla programmazione di Zona da utilizzare in tutte le regioni, indicazioni sulle figure professionali sociali su cui investire in termini di formazione professionale, sistemi informativi gestionali individuali sui bisogni e sull'offerta per anziani non autosufficienti, indicazioni su un possibile modello di sistema informativo sulle politiche sociali nazionali.

L'incognita del federalismo rimane ancora aperta. Non si affrontano le questioni relative ai livelli essenziali né sono state affrontate ad oggi le ricadute del modello organizzativo federale nel sistema delle politiche sociali. In una situazione di cessazione dei trasferimenti nazionali l'assenza di indicazioni di prospettiva circa le modalità per dare sostanza finanziaria al sistema dei servizi crea incognite gravi alla tenuta del tessuto sociale di una regione che fino ad oggi ha retto abbastanza bene al problema della crisi economica, alla disoccupazione, alla precarietà giovanile, alla crisi della famiglia.

Lo scenario nazionale illustrato costituisce l'ambiente su cui aggiornare la programmazione sociale in un contesto di integrazione socio-sanitaria.

### **Gli scenari regionali**

Questi riguardano sostanzialmente le strategie poste in essere con il Piano sociale Regionale 2008-2010 nel sistema regionale di interventi e servizi sociali a correzione delle criticità del sistema stesso riportate nella prima parte del piano sociale 2008-2010.

Le criticità riguardavano sostanzialmente:

- una iniziale ridotta influenza che l'organizzazione regionale in "Ambiti territoriali sociali" ha avuto, nei primi anni, sull'intero sistema dei servizi avviati dai singoli comuni. I Comuni hanno lavorato assieme, ma ancora in maniera insufficiente rispetto agli obiettivi che ci si era posti. I Piani di Ambito sono intervenuti su un livello di programmazione aggiuntivo e non strutturale data la difficoltà anche oggettiva di mettere assieme percorsi omogenei tra comuni di individuazione dei bisogni, di elaborazione di strategie comuni, di costruzione di servizi appropriati, di valutazione dei risultati raggiunti, di coordinamento degli strumenti finanziari;
- una debole programmazione integrata socio-sanitaria tra ambito sociale e distretto sanitario a parte una prima importante esperienza concretizzata nel 2005 a seguito della stesura di linee guida integrate elaborate dal servizio politiche sociali e dall'ASUR. Tale esperienza produsse due documenti: un piano sociale triennale di ambito e un piano attuativo di distretto annuale.

Una asimmetria nel differente ruolo del livello politico in ordine alle indicazioni strategiche e alla approvazione dell'atto di programmazione: nel caso dell'ambito sociale il piano viene infatti approvato dal Comitato dei Sindaci mentre nel caso del piano attuativo di distretto lo stesso viene approvato dal direttore di Zona "sentito il comitato dei sindaci".

Una differente modalità di coinvolgimento partecipativo degli attori sociali: molto accentuata nel caso del piano di ambito sociale, poco utilizzata nel caso del piano attuativo di distretto.

Su queste criticità sono state date indicazioni di sistema inerenti il rafforzamento del livello programmatorio di ambito mentre più deboli sono state le indicazioni riguardanti la

programmazione integrata socio-sanitaria su cui non sono stati più elaborati atti di indirizzo congiunti:

Le strategie adottate col secondo piano sociale hanno riguardato il rafforzamento del livello territoriale dell'ambito sociale attraverso:

- una differente modalità di riparto del fondo unico regionale (e di quanto rimasto del fondo unico nazionale) orientata al trasferimento delle risorse direttamente agli ambiti sociali e non più ai singoli comuni;
- la previsione di una incentivazione economica agli Ambiti Territoriali che avrebbero investito in percorsi di rafforzamento istituzionale (Aziende servizi alla persona, consorzi, unioni dei comuni ecc.);
- il potenziamento del ruolo del coordinatore di ambito da facilitatore delle relazioni sociali a gestore del bilancio di ambito (figura dirigenziale).

Le indicazioni date ai territori e le nuove strategie hanno sicuramente portato ad un rafforzamento del sistema, ma anche alla necessità di rivederne le articolazioni in base alla reale capacità dei singoli ambiti di incidere sul territorio in termini di benessere e di qualità della vita.

Nel piano sociale regionale 2008-2010 infatti si prevedeva l'avvio di un processo di rivisitazione complessiva della composizione degli ambiti territoriali sociali e del loro numero in base a criteri di qualità programmatica e gestionale, previa concertazione con gli enti locali nel corso di vigenza del piano stesso. In questa prospettiva di rivisitazione del sistema in funzione di una sua definitiva stabilizzazione si dava indicazione circa la necessità di arrivare ad una nuova legge regionale sulle politiche sociali visto che quella attualmente in vigore risale al 1988.

In questo contesto di riferimento e in una situazione di ambiti sociali a pieno regime visto che nel corso del 2010 è avvenuta la presentazione della terza generazione dei piani di ambito sociale ci troviamo e ridefinire obiettivi finalizzati non solo a dare stabilità al sistema delle politiche sociali, ma a dare stabilità anche al sistema integrato socio-sanitario che costituisce l'obiettivo principale del presente piano socio-sanitario nelle modalità riportate in altra parte dello stesso e su cui esiste ancora asimmetria.

## **XII.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO**

### **La stabilizzazione del sistema secondo modalità integrate socio-sanitarie**

Il sistema delle politiche sociali deve procedere nel suo percorso di stabilizzazione che parte dal presupposto che la competenza esclusiva in materia di politiche sociali spetta all'ente locale a meno che lo stesso non decida di procedere diversamente affidandone la competenza programmatica direttamente al sistema sanitario regionale che fa capo all'ASUR.

Il modello marchigiano si è costruito intorno al ruolo centrale del Comune o dei Comuni aggregati ed ha prodotto esperienze importanti di partecipazione, concertazione e anche co-gestione che non hanno avuto eguale corrispondenza, in questi anni, nel settore dei servizi socio-sanitari gestiti dall'ASUR. Se i piani di ambito sono ormai alla terza generazione lo stesso non si può dire della programmazione socio-sanitaria affidata ai Distretti sanitari se

non rare eccezioni. L'articolazione istituzionale del sistema sociale a cui fare riferimento per la definizione delle modalità d'integrazione socio-sanitaria continua quindi a vedere:

- la Regione quale ente di programmazione generale integrata socio-sanitaria che avrà nel “Dipartimento per la salute e per i servizi sociali” il suo livello tecnico centrale di riferimento. Un Dipartimento organizzato in una area specifica preposta al governo del sistema sociale che fa riferimento agli enti locali accanto ad un'area preposta al coordinamento delle politiche sanitarie e socio-sanitarie gestite dall'ASUR e dalla organizzazione aziendale che si sviluppa sull'intero territorio regionale;
- l'Ambito territoriale Sociale quale aggregazione di Comuni in un bacino territoriale di riferimento aggiornato rispetto a quello attuale, ma che mantiene stabile la coincidenza territoriale con il livello sanitario di riferimento che è il Distretto sanitario tenendo in debito conto le esperienze di aggregazione in corso con particolare riferimento alle convenzioni per la istituzione degli uffici comuni, alle Comunità Montane e le Aziende di Servizi alla Persona (ASP) già implementate;
- il Comitato dei sindaci unitario quale ruolo di governo politico dell'ambito territoriale e del Distretto sanitario. Tale ruolo rimane immutato anche in caso di affidamento del coordinamento programmatico e gestionale agli uffici comuni o alla Comunità Montana sia in caso di affidamento della gestione associata dei servizi ad organismi a carattere aziendale (ASP);
- il Coordinatore di ambito quale organismo tecnico di riferimento per tutto il territorio dell'ambito territoriali sociale. Tale figura viene individuata in base alle indicazioni regionali e utilizzata nelle modalità previste dalla normativa sugli enti locali in base al tipo di organizzazione assunta dall'Ambito sociale;
- il sistema dei “debiti informativi a livello di ambito territoriale sociale verso il sistema informativo Regionale” che verrà descritto nella IV parte del presente Piano dedicata ai sistemi di supporto e che ha un suo disegno di riferimento nelle “linee guida per l'implementazione dei sistemi informativi gestionali di ambito e per lo sviluppo del sistema informativo sociale regionale” approvato con DGR 1143/2009.

L'articolazione operativa continua a fare riferimento:

- allo strumento di programmazione territoriale (piano di ambito sociale) che diventa parte integrante di un unico piano territoriale socio-sanitario costruito assieme al Distretto Sanitario;
- ai punti di accesso unici (PUA) alla rete dei servizi che costituiscono la sintesi tra i punti sociali posti in essere dai comuni e dagli ambiti territoriali sociali (UPS) e i punti socio-sanitari di accesso posti in essere dalle Zone (URP e sportelli della salute);
- ai sistemi integrati di valutazione multidisciplinare e di presa in carico organizzati nelle Zone territoriali o nelle loro articolazioni in distretti sanitari;
- ai sistemi integrati di autorizzazione e accreditamento del sistema residenziale regionale che prevedono aggiornamenti importanti delle normative esistenti;
- al rafforzamento dei processi di partecipazione.

Uno degli elementi che caratterizza il sistema delle politiche sociali è quello della partecipazione. Nella recente pubblicazione sul “welfare nelle Marche” frutto di un lavoro congiunto tra la Regione e le Università Marchigiane, il nostro sistema è stato definito “ad

alta partecipazione” data la presenza di numerosi percorsi stabili di confronto sulle strategie regionali con gli attori sociali.

Già nel precedente Piano sociale regionale venivano descritti questi “attori sociali” e illustrata anche la modalità di partecipazione degli stessi in termini di:

- “concertazione” quale accordo raggiunto tra le parti; processo attraverso il quale un soggetto istituzionale procede a delle scelte accogliendo e conciliando le indicazioni che arrivano da soggetti diversi, istituzionali e no, raccolti in un luogo di confronto. Nel processo di costruzione del Piano di Ambito abbiamo sempre indicato la fase in cui concordare obiettivi e priorità tra i soggetti istituzionali e gli attori sociali coinvolti nel processo di programmazione;
- “consultazione” quale fase di raccolta del parere di chi viene consultato, la sua opinione, ma anche le sue conoscenze in merito ad un oggetto di confronto e di studio. Nel processo di costruzione del Piano di Ambito indicavamo due fasi: quella in cui si fa informazione e sensibilizzazione e quella in cui si raccolgono le conoscenze dagli attori sociali del territorio;
- “co-progettazione” quale metodologia e prassi di inserimento all’interno del team progettuale del più ampio possibile di soggetti direttamente coinvolti dalla realizzazione di una politica o di un intervento. Nel processo di costruzione del Piano di Ambito indicavamo sempre la fase di definizione delle responsabilità dei vari soggetti coinvolti nella realizzazione concreta di un progetto/servizio.

Questo processo è parte integrante del sistema e dovrà confermarsi anche in sede di programmazione integrata tra Piani di Ambito Sociale e Piani Attuativi di Distretto attraverso il “piano delle attività territoriali” sulla base di specifiche linee guida di emanazione regionale articolato nelle tre sezioni riportate al punto XI.3.2 del presente piano e utilizzerà in maniera chiara i referenti tecnici e politici già descritti nel seguente modo:

- la fase di “concertazione” di Ambito per la programmazione degli interventi sociali, integrata per gli aspetti socio-sanitari e sanitari con la programmazione dei Distretti sanitari ha come referente il “Comitato dei Sindaci” che provvede alla convocazione degli attori sociali (organizzazioni sindacali, associazioni, forum terzo settore, volontariato, mondo delle imprese) e a concordare con essi tempi, modalità e tematiche da sottoporre alla concertazione;
- le fasi di consultazione e co-progettazione degli interventi hanno come referente il Coordinatore di Ambito e lo staff dell’Ufficio di Piano. E’ il Coordinatore di Ambito che provvede alla convocazione degli attori sociali (imprese sociali, cooperative, volontariato) e che procede a stabilire tempi, modalità, contenuti della co-progettazione in particolare sulla base delle indicazioni e delle priorità emerse dalla “concertazione”.

I soggetti portatori di interessi referenti delle fasi partecipate di programmazione regionale, di ambito sociale e di Distretto continuano ad essere: la cooperazione sociale, il mondo del volontariato, l’associazionismo di promozione sociale, il forum del terzo settore, i patronati sindacali, le fondazioni bancarie.

## **Strategie regionali e politiche familiari**

Una direttrice di riferimento strategico per le politiche sociali della Regione Marche per i prossimi anni saranno le politiche familiari.

Anche le famiglie marchigiane sono cambiate. Sono molte le variabili che stanno modificando le condizioni di vita dei cittadini marchigiani rispetto ai comportamenti e alle relazioni familiari: l'andamento demografico con il progressivo invecchiamento della popolazione e la crescente presenza degli stranieri; il numero dei matrimoni per rito e di separazioni, divorzi e affidamento di minori; le dinamiche del mondo del lavoro tra crisi di settore e precarizzazione generalizzata; le spese delle famiglie per i consumi alimentari e non alimentari che evidenziano importanti cambiamenti nei costumi e nelle abitudini; l'incidenza e la distribuzione della povertà nei diversi territori regionali. Tenere sotto monitoraggio queste ed altre dimensioni della vita familiare è un impegno da prendere in seria considerazione, ben oltre la necessità di conoscenza corretta e l'interesse statistico o descrittivo. Il bisogno urgente per tutta la collettività marchigiana e, quindi, anche per l'amministrazione regionale, è quello di comprendere come i legami e le risorse familiari anche nelle Marche sono in continua evoluzione e devono essere presi a riferimento da un lato per leggere correttamente e complessivamente i bisogni individuali e, dall'altro, per considerare le potenzialità e le opportunità che dalle nuove famiglie marchigiane possono migliorare la condizione di tutta la popolazione, se adeguatamente sostenute dalle scelte politiche ed amministrative ai diversi livelli.

La famiglia è luogo privilegiato per le relazioni, interne ed esterne. La persona che vive relazioni familiari significative riesce ad entrare in relazione con la società attraverso rapporti di valenza culturale, psicologica, sociale, valoriale che favoriscono l'acquisizione dell'identità, fatta di conoscenza, comprensione e consapevolezza.

In questa prospettiva va superata la logica che fa considerare le famiglie solo come "problema", dimenticando che la famiglia è anche e soprattutto risorsa. La centralità della famiglia, di ogni famiglia, significa: riferimento, sicurezza, sostegno, collegamento. Vanno valorizzate le famiglie che hanno grandi potenzialità per il tessuto sociale e va recuperato anche il ruolo delle famiglie "problematiche", in cui emergono con forza: disagio, violenza, trascuratezza/abbandono, isolamento/chiusura. Se la famiglia è un nodo nella rete territoriale di relazioni, interventi e servizi, lo è anche quando la rete è carente e quando fa più fatica.

L'amministrazione pubblica deve impegnarsi perché tutte le famiglie, anche quelle in difficoltà, diventino risorsa per far crescere: la cultura dei diritti, la società della pari dignità e della solidarietà.

Le politiche familiari non si esauriscono con le politiche sociali dedicate alla famiglia, ma devono essere oggetto di impegno per tutti i settori dell'amministrazione pubblica regionale e locale, con linee di azione complessive:

- interventi di politica generale e investimenti modulati sulle esigenze della famiglia (lavoro, casa, salute, istruzione, trasporti, tempi della città...);
- servizi diretti ai nuclei familiari per sostegno, accompagnamento, sollievo, integrazione (economica), inclusione sociale...;
- interventi di promozione e sviluppo delle relazioni familiari e dei progetti di vita delle famiglie;
- attivazione e potenziamento dei "luoghi" di partecipazione e protagonismo effettivo delle famiglie sul territorio;

- politiche familiari di sostegno con interventi coordinati in materia di abbattimento dei costi dei servizi per famiglie numerose.

La famiglia non deve riguardare solo l'area del sociale o del socio-sanitario, le famiglie rappresentano un orizzonte e una cornice per le politiche di settore.

D'altra parte il Servizio Politiche Sociali ha un ruolo e delle competenze specifiche rispetto alle politiche familiari quali la "gestione" della l.r. 30/1998 ed il supporto alla "Consulta per la famiglia" con l'intento di superare però modalità assistenziali di intervento e di semplice trasferimento monetario che hanno caratterizzato in questi anni la gestione della legge.

Coerentemente con quanto affermato in questo Piano viene ribadita la scelta di non individuare il settore di intervento "famiglia", ma di raccordare le politiche e gli interventi di settore anche nella prospettiva delle condizioni e delle dinamiche familiari.

Si esprime anche la volontà che il Servizio Politiche Sociali svolga un ruolo di "regia" nell'ambito dei Servizi della Giunta regionale per raccordare i vari interventi e le azioni per le famiglie realizzati dai vari assessorati. L'obiettivo è quello di realizzare un piano di azione per la famiglia trasversale ai diversi assessorati.

### **Strategie regionali e costruzione di un sistema trasversale di welfare**

il Piano sociale regionale e le strategie di costruzione di un sistema integrato dei servizi sociali si situano all'interno di una rivisitazione complessiva delle politiche di welfare quali parti integranti delle politiche di sviluppo.

Alle politiche di sviluppo dell'imprenditorialità marchigiana e ai processi di internazionalizzazione si affiancano strategie di espansione della coesione sociale e della qualità della vita delle Marche attraverso un'adeguata rete di servizi alla persona.

Per questo motivo il presente Piano si pone in stretta connessione con gli atti di programmazione prodotti dai servizi regionali deputati allo sviluppo del sistema industriale e dai servizi competenti in materia di politiche attive del lavoro, politiche della formazione professionale e dell'istruzione scolastica, politiche giovanili, politiche per la casa e politiche di tutela ambientale, cooperazione internazionale. In particolare verrà portato avanti il progetto di "economia solidale".

Accanto al coordinamento degli atti di programmazione prosegue la collaborazione stretta su alcuni processi concreti già avviati riguardanti in particolare: interventi di formazione del sistema delle assistenti di cura private; qualificazione della rete dei servizi all'infanzia e all'inserimento scolastico e lavorativo dei soggetti disabili; sostegno alla cooperazione sociale con fondi per la piccola e media impresa; prosecuzione di interventi di sostegno alle politiche sociali in paesi stranieri attraverso la cooperazione allo sviluppo; interventi di collaborazione scuola-territorio.

### **Dare forza alla partecipazione.**

Il rafforzamento dell'Ambito sia sotto il profilo strutturale sia sotto quello funzionale, costituisce la necessaria premessa all'ulteriore fase evolutiva del sistema, finalizzata all'indicazione ed all'implementazione di nuove modalità di rapporto pubblico / privato non profit che siano in grado non solo di migliorare i modelli tradizionali (pur sempre necessari) di affidamento/acquisto dei servizi, ma anche, e soprattutto, di offrire nuovi modelli di rapporto

sostanziale (oltre che di percorso procedurale) tesi alla realizzazione del principio di sussidiarietà.

La Regione Marche ritiene irrinunciabile la caratterizzazione in senso solidaristico della funzione sociale, il suo solido ancoraggio alla definizione di diritti sociali realmente esigibili, nel rispetto dei principi costituzionali e nel quadro della legge nazionale n. 328/2000. L'applicazione del principio di sussidiarietà passa attraverso il riconoscimento della condivisione da parte di soggetti privati di pubbliche responsabilità quale l'espressione più genuina del principio.

Su questi presupposti è stato costruito un percorso che articola le diverse possibilità poste in essere dalla normativa esistente per "sostanziare" il rapporto tra Ambiti Territoriali Sociali e mondo del non profit.

Accanto alle procedure per l'affidamento e l'acquisto di servizi sociali (appalto e concessione) esistono infatti anche strumenti per sostanziare la "sussidiarietà come rapporto" con particolare riferimento agli "accordi di sostegno" e agli "accordi di collaborazione" e relativo profilo procedurale.

### **Il riparto dei fondi nella logica del rafforzamento dell'Ambito sociale**

Come già avviene da alcuni anni il riparto dei fondi non sarà più diretto, prevalentemente ai singoli comuni, ma vedrà come soggetto principale l'Ambito Sociale. Tale percorso, concertato con le autonomie locali e già avviato nel triennio di vigenza del Piano attualmente in vigore prevede, per il prossimo triennio, fermo restando il panorama nazionale che vedrà probabilmente la scomparsa del Fondo unico nazionale per le politiche sociali, il trasferimento dell'intero importo regionale direttamente agli Ambiti Territoriali Sociali.

Gli obiettivi già riportati nel piano 2008-2010 rimangono quindi ancora validi:

- razionalizzazione delle risorse in un'area sovracomunale, attraverso l'unificazione degli appalti, nella logica di realizzare una più equa distribuzione dei servizi su tutto il territorio di Ambito, con soluzioni adeguate alle singole specificità territoriali. In tale nuovo percorso la concertazione di Ambito diventa non più un atto formale, ma una condivisione reale e diretta dell'uso delle risorse disponibili;
- assegnazione ad ogni Ambito di un budget dedicato per la realizzazione di una serie di interventi necessari alla soluzione dei problemi specifici dei vari settori, in relazione a parametri omogenei territoriali. Alla individuazione degli obiettivi corrisponderà un controllo periodico del raggiungimento degli stessi in correlazione al ricalcolo dei successivi fondi con meccanismi incentivanti o disincentivanti.

### **Il sistema di accesso alla rete dei servizi in una prospettiva di integrazione con la rete socio-sanitaria**

Gli Ups e la rete del segretariato sociale in una prospettiva di integrazione col sistema sanitario (Pua): il sistema integrato di interventi e servizi sociali organizzato sulle competenze degli Enti locali ha al suo interno un eguale sistema di accesso alla rete dei servizi attraverso sportelli (che abbiano chiamato Uffici di promozione sociale) che sono stati istituiti in tutti gli Ambiti Territoriali Sociali grazie alla collaborazione di personale aggiuntivo di assistenti sociali che, specie nelle realtà più piccole, hanno lavorato a livello di orientamento, di informazione, ma anche di valutazione e presa in carico delle situazioni più difficili presenti

nel territorio di riferimento. Ad un primo rendiconto delle spese sostenute dagli ambiti relativamente alla parte organizzativa per la quale la Regione trasferisce annualmente 3 milioni di euro per tutti e 24 è risultato che nell'anno 2009 con tali fondi sono stati utilizzati ben 173 operatori sociali aggiuntivi rispetto a quelli presenti (o assenti) nelle realtà medio piccole del territorio regionale.

Si è trattato di un investimento importante per il sistema grazie anche alla compartecipazione finanziaria dei comuni dell'ambito e al ruolo di organizzazione e coordinamento svolto dal coordinatore di ambito.

La rete del segretariato sociale entra all'interno di un lavoro di coordinamento, che verrà ripreso in altra parte del presente Piano, finalizzato ad un ridisegno complessivo del "governo della domanda" che vedrà nel Pinot Unico di accesso per gli interventi sociali, sanitari e di integrazione socio-sanitaria.

### **Gli Ups e il sistema informativo gestionale**

Alla rete di segretariato sociale che si è venuta formando in questo ultimo triennio grazie all'inserimento nel sistema di figure professionali nuove è stata affidata anche la funzione di riferimento per il "sistema informativo gestionale di ATS" con l'obiettivo di: efficace livello di comunicazione con i cittadini e con i diversi attori sociali, gestione efficiente del servizio che ponga il cittadino al centro del processo di ascolto –accoglienza-presenza in carico, informatizzazione delle procedure fin qui gestite con modalità cartacee-manuali (bandi, bollettazione, domande di accesso, ecc..), con indubbe ricadute positive sia sulla produttività dei servizi, sia sulla trasparenza e sulle possibilità di fruizione da parte dell'utenza.

Ad oggi il sistema gestionale di ambito è stato concretamente avviato nel settore degli anziani non autosufficienti (SINA) grazie anche alla partecipazione della Regione Marche al progetto sperimentale promosso dal ministero delle politiche sociali finalizzato a costruire un sistema informativo gestionale nazionale. La sperimentazione ha oggi coinvolto tre ambiti territoriali sociali. Entro l'anno il progetto si allargherà ad altri ambiti e farà capo al segretariato sociale creato nel sistema degli Ups.

### **Gli Ups e le funzioni di presa in carico e valutazione in una prospettiva di integrazione con il sistema sanitario (Uvi)**

L'attività di presa in carico svolta dalle assistenti sociali dei comuni o degli ambiti territoriali, grazie anche ad alcuni progetti regionali che hanno previsto la collaborazione intensa a livello di personale sociale e sanitario (vedi assegni di cura), ha portato all'avvio di un sistema integrato di valutazione che dovrà, nel periodo di vigenza del presente piano, essere portato a compimento.

Attualmente nel territorio marchigiano sono presenti, oltre al segretariato sociale dei comuni, le Unità di Valutazione distrettuale, le Unità di Valutazione Alzheimer, le UMEE, le UMEA.

L'obiettivo è quello di portare ad unitarietà l'attività di Valutazione nell'ambito del Distretto sanitario/Ambito sociale attraverso la costituzione delle UVI convogliando lì le richieste per interventi assistenziali complessi.

## **Interventi per un accesso equo al sistema dei servizi sociali e socio-sanitari**

La Regione indica nello strumento dell'ISE-ISEE il metodo di calcolo da utilizzare per l'accesso alle prestazioni sociali e socio-sanitarie a richiesta individuale, per la parte non coperta dal Sistema Sanitario Regionale, nonché per la fornitura di servizi e per i trasferimenti monetari diretti e indiretti.

L'ISE-ISEE va attivato a livello di Ambito Territoriale Sociale con accordi condivisi fra i responsabili degli Enti Locali dell'Ambito e con il coinvolgimento dei rappresentanti locali del mondo del lavoro nonché degli enti e soggetti di cui alla legge 328/00 articolo 1.

La Regione si impegna nel corso del triennio a:

- applicare le indicazioni riportate nel testo dell'accordo siglato dalle Regione Marche con le OO.SS.RR. e con l'ANCI il 1 agosto 2007;
- predisporre un'indagine sull'applicazione dello strumento ISEE nelle Marche, sulle buone prassi in corso e sui costi di un'eventuale applicazione dello strumento a livello di Ambito in relazione alle soglie di compartecipazione, alle modalità di contribuzione degli utenti, alla definizione di nucleo familiare;
- predisporre e approvare un apposito atto di indirizzo con introduzione, in via sperimentale, di un sistema ISEE a livello di Ambito sulla base di un accordo con le parti sociali e gli Enti locali.

La sperimentazione avviata nel corso del 2009 sull'assegno di cura e soprattutto sul Sad di Ambito ha permesso l'utilizzo di un ISEE definito a livello di ambito territoriale per l'accesso ai due servizi. Tale sperimentazione viene monitorata da un tavolo regionale e da 23 tavoli di Ambito territoriale assieme alle organizzazioni sindacali regionali e provinciali. L'utilizzo dell'ISEE di ambito nel settore degli anziani non autosufficienti permetterà l'avvio di sperimentazioni ulteriori in altri settori in relazione alla definizione (vedi altra parte del presente piano) del sistema tariffario regionale sui servizi sociali.

## **Il riordino del sistema delle figure professionali sociali**

Il sistema delle politiche sociali si basa quasi esclusivamente sulla qualità del personale adibito alle varie fasi della programmazione, della gestione, della valutazione e della presa in carico. Già nel precedente piano sociale venivano indicate alcune strade da seguire tutte avviate, ma ancora incomplete nei loro risultati.

In particolare è stato avviato:

- il riordino del percorso formativo riguardante gli Operatori socio-sanitari indicati come figura indispensabile per il lavoro di cura da svolgere nelle residenze protette per anziani e disabili a caratteri socio-sanitario. Il lavoro è stato svolto in accordo con le province competenti in materia di formazione professionale e con il servizio istruzione per quanto riguarda l'attività formativa OSS affidata agli istituti superiori;
- un percorso di ricerca affidato alle università marchigiane su incarico del ministero del welfare riguardante "analisi della struttura e dell'occupazione del settore dei servizi sociali nella Regione Marche" finalizzato non solo ad un lavoro di conoscenza, ma in particolare a aggiornare il repertorio regionale delle professioni sociali e a costruire un sistema informativo sulle professioni sociali.

Rimane da avviare:

- il tavolo regionale con la formazione professionale per l'aggiornamento del repertorio delle professioni sociali su cui costruire percorsi formativi in grado di dare professionalità utili al sistema;
- il sistema informativo sulle professioni sociali quale parte del sistema informativo regionale in corso di attuazione anche su altri settori di intervento (SINA, SINBA);
- lo sviluppo dei processi di autorizzazione e accreditamento delle strutture socio-sanitarie;
- il processo di autorizzazione delle strutture sociali e socio-sanitarie a ciclo residenziale e semi residenziale ha costituito uno dei processi più rilevanti per la qualificazione del sistema dell'offerta;
- l'obbligo di rispetto delle indicazioni riportate sulla l.r. 20/2002 ha messo in circolo finanziamenti aggiuntivi per la parte strutturale, ma anche per la parte organizzativa di assoluto rilievo sia da parte regionale, ma anche da parte dei comuni e, ultimamente, anche delle realtà del privato sociale profit e non profit.

Si è trattato quindi di un intervento efficace che però, alla luce dell'esperienza realizzata nel corso di un quinquennio, necessita di alcune rivisitazioni di carattere più generale riguardanti soprattutto il sistema socio-sanitario.

Si tratta in particolare di:

- rivedere i regolamenti attualmente in vigore aggiornandone alcune parti di più difficile applicazione;
- aggiornare il sistema di rilevazione delle autorizzazioni concesse dai comuni attraverso un percorso informatico più raffinato e veloce già avviato;
- un maggiore coordinamento tra le due leggi che attualmente regolamentano il sistema sociale, socio-sanitario e sanitario in termini di autorizzazione e accreditamento e cioè la l.r. 20/2000 e la l.r. 20/2002 arrivando ad un'unica legge regionale e ad un unico regolamento per le strutture a carattere socio-sanitario (di cui si parla anche in altra parte del presente piano) previa analisi del costo medio dell'offerta per seguire nel dettaglio la sostenibilità finanziaria del percorso di qualificazione (vedi di seguito).

### **Il riordino del sistema tariffario regionale**

Tale riordino costituisce uno degli elementi più importanti per la conoscenza e il governo dell'offerta dei servizi a compartecipazione dei cittadini.

Il lavoro di riordino del sistema darà indicazione più precise sull'intero sistema tariffario in termini di costi e di relativi contenuti dell'offerta.

Il lavoro è già stato avviato e ha prodotto un primo "rapporto sulla rilevazione dei costi sostenuti da un campione di strutture".

Il riordino coinvolge in maniera distinta anche se unitaria servizi ad alta compartecipazione sanitaria e servizi sociali privi di livelli di assistenza sanitaria o socio-sanitaria.

Per quanto riguarda i servizi con componente assistenziale sanitaria al loro interno è già stato avviato un lavoro di analisi dei costi e di possibili ricadute tariffarie. I servizi coinvolti sono quelli residenziali e semiresidenziali riguardanti gli anziani non autosufficienti, i cittadini disabili, i cittadini con stato di disagio mentale grave, e soggetti a dipendenze patologiche

Per quanto riguarda i servizi sociali il lavoro non è stato ancora avviato e riguarderà le strutture e i servizi autorizzati dalla l.r. 9/2003 riguardanti l'infanzia e l'adolescenza e i servizi autorizzati ai sensi della l.r. 20/2002 limitatamente a quelle a cui è stata attribuita funzione abitativa e di accoglienza educativa e funzione tutelare a media intensità assistenziale.

Rimangono altri passaggi importanti che dovranno portare, previa ripresa dei lavori, a:

- una prima proposta di tariffa giornaliera per ogni tipo di struttura (valore di riferimento centrale e variabilità massima e minima);
- una programmazione di incontri di confronto con i portatori di interessi qualificati;
- una formalizzazione della proposta alla Giunta regionale.

### **Dall'Osservatorio politiche sociali al sistema informativo sociale e socio-sanitario**

Studio di fattibilità per la realizzazione di un primo modulo del Sistema Informativo Sociale Regionale (SISR): Analisi caratteristiche dei sistemi informativi gestionali di Ambiti Territoriali Sociali (ATS) sin qui realizzati; individuazione dei contenuti prioritari da inserire nel primo modulo del SISR; progetto del modulo (funzionalità e requisiti) che costituirà la base per la redazione del capitolato tecnico delle procedure per la realizzazione dell'applicativo informatico del Sistema Informativo Sociale Regionale.

Supporto informativo alla attività di pianificazione degli ATS (Piani di Ambito 2009-2011): 1. Supporto alla redazione di linee guida regionali; 2. Progettazione della base dati (database e tabelle) di supporto alla analisi dei profili di comunità degli ATS.

Monitoraggio dello stato e delle tendenze evolutive del sistema regionale delle politiche sociali: 1. Banca dati servizi, enti e attori sociali delle marche; 2. Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari; 3. Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati; 4. Rilevazione sui servizi per la prima infanzia; 5. Rilevazione statistica sulle organizzazioni di volontariato delle Marche; 6. Indagine sull'attività di strutture e centri di ascolto che operano nell'area del disagio sociale grave.

Analisi monografiche: 1. Minori fuori della famiglia di origine; 2. Immigrazione

Fonti: Dati statistici disponibili; Dati amministrativi del Servizio Politiche Sociali

Analisi dati ultima annualità disponibile e redazione di un report di sintesi dei principali risultati

Verifica e aggiornamento dei raccordi tra il sistema di classificazione regionale dei servizi sociali e il sistema di classificazione nazionale; verifica dei debiti informativi del Sistema Informativo Sociale Regionale (SISR) verso il livello nazionale.

a) Report sul raccordo delle classificazioni;

b) Schema organizzativo per la raccolta dei debiti informativi e relative istruzioni.

Raccordi con: Servizi regionali (Politiche Sociali, Sanità, Sistema Informativo Statistico, ecc.); Centri regionali di documentazione - Infanzia-adolescenza-giovani e disabilità; Ambiti

Territoriali Sociali (ATS); Osservatori Provinciali; Centro Servizi per il Volontariato; ASUR, Zone e Distretti Sanitari; Coordinamento Atenei Marchigiani corsi di Laurea in Servizi Sociali (CAMSS); Ministero lavoro e politiche sociali; Centro Interregionale per i Sistemi informatici, geografici e statistici (CISIS).

Partecipazione ai progetti nazionali: 1. Professioni sociali; 2. SINA – Sistema Informativo Non Autosufficienza; 3. Sinba – sistema informativo bambini e adolescenti.

### **XII.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI**

Le azioni di cui alla presente parte del Piano sono funzionali:

- al raggiungimento degli obiettivi strategici sopra riportati relativi al sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- all'integrazione tra programmazione sociale territoriale e politiche di settore.

#### **Il rafforzamento del sistema**

Le indicazioni strategiche riguardanti la “stabilizzazione del sistema secondo modalità socio-sanitarie”, il “rafforzamento dei processi di partecipazione” e il “rafforzamento dei processi di partecipazione” saranno oggetto di un percorso di confronto con gli attori sociali territoriali per arrivare alla stesura della nuova legge regionale sul riordino del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

L'indicazione relativa al “riparto dei fondi nella logica del rafforzamento dell'ambito sociale” sarà oggetto di un percorso di verifica con gli enti locali/Ambiti territoriali: delle modalità di utilizzo dei fondi trasferiti direttamente all'ambito, del peso dell'aspetto organizzativo rispetto al costo del sistema dei servizi, del livello di funzionamento e di utilizzo del sistema informativo gestionale da parte del personale sociale. Tale percorso dovrà portare all'aggiornamento dell'atto che definisce i criteri di riparto del fondo.

L'indicazione relativa agli “interventi per un accesso equo al sistema dei servizi sociali e socio-sanitari” fa parte dei punti oggetto del protocollo sottoscritto con le organizzazioni sindacali regionali Cgil, Cisl e Uil il 4 giugno 2008 e sarà oggetto di passaggi con le stesse organizzazioni per verificare le indicazioni ivi riportate.

L'indicazione relativa al “riordino del sistema delle figure professioni sociali” ha come scadenza la consegna del rapporto di ricerca “analisi della struttura e dell'occupazione del settore dei servizi sociali nella Regione Marche” da parte dei ricercatori di Lunaria prevista per fine luglio, la presentazione dei dati e l'utilizzo degli stessi per l'aggiornamento del repertorio delle professioni sociali previo coinvolgimento del servizio formazione professionale e delle parti sociali.

L'indicazione relativa allo “sviluppo dei processi di autorizzazione e accreditamento” sarà oggetto di una rivisitazione delle leggi regionali n. 20/00 e n. 20/02 e relativi regolamenti.

L'indicazione relativa al “riordino del sistema tariffario regionale” sarà oggetto del lavoro avviato dal gruppo appositamente costituito nelle modalità illustrate nel dettaglio in altra parte del presente Piano e per la parte relativa alle strutture sociali sarà oggetto del lavoro di un ulteriore gruppo da avviare e da consultazione con gli attori sociali.

Le indicazioni infine relative all'“Osservatorio politiche sociali e al sistema informativo sociale e socio-sanitario” prevederanno l'applicazione delle indicazioni riportate nelle linee guida a partire dalla sperimentazione del sistema informativo sulla non autosufficienza la cui prima fase di sperimentazione è prossima alla conclusione e che vede coinvolto anche il sistema statistico regionale.

### **Le politiche di settore**

Rimangono fermi gli obiettivi generali riportati nel precedente piano relativi a:

- necessità di integrare le programmazioni di settore con i criteri programmatici generali che la Regione utilizza e che gli ambiti stessi fanno propri nei Piani di ambito sociale. Si tratta infatti di superare definitivamente la logica dell'intervento a “canne d'organo” che ha sempre caratterizzato gli interventi nel campo sociale favorendo invece un ripensamento generale della rete dell'offerta dei servizi alla persona alla luce di una seria conoscenza della complessità dei bisogni del cittadino. Le parti precedenti del Piano sono quindi strettamente collegate alle indicazioni che seguono anzi ne sono condizionate;
- necessità di integrare la programmazione sociale con quella sanitaria applicando in questa prospettiva le indicazioni illustrate nel capitolo sulla integrazione socio-sanitaria così come illustrato nella parte del presente piano relativa ai “processi socio-sanitari”;
- esigenza di integrare gli interventi ed i servizi alle persone tenendo conto delle condizioni e delle dinamiche delle famiglie in cui sono inseriti. La prospettiva dello sviluppo delle politiche familiari nella Regione Marche individua nelle politiche sociali un percorso privilegiato dove le famiglie rappresentano sia la cornice di riferimento complessiva delle prestazioni destinate ai singoli individui portatori di bisogni che le potenzialità delle risorse relazionali in grado di orientare e integrare le azioni dei servizi.

Su questa indicazione di base si lavorerà in dettaglio nella definizione di obiettivi strategici nei settori più propriamente sociali quali:

- politiche di sostegno all'integrazione dei cittadini stranieri immigrati;
- politiche di intervento nel campo della prostituzione e della tratta;
- politiche di inclusione sociale per adulti in difficoltà e provenienti dal carcere;
- politiche di sostegno alla povertà estrema e contro l'esclusione sociale;

e nei settori ad alta integrazione socio-sanitaria quali:

- politiche di sostegno ai compiti di sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza;
- politiche di sostegno al cittadino disabile e progetto autismo Marche;
- politiche di tutela della salute mentale - I servizi di sollievo;
- politiche di prevenzione e di intervento nel campo delle dipendenze patologiche;
- politiche di prevenzione, contrasto, riduzione e accompagnamento della non autosufficienza.

## PARTE V – I PROCESSI DI SUPPORTO

### XIII IL SISTEMA QUALITA' E LO SVILUPPO DEL GOVERNO CLINICO

#### XIII.1 PRINCIPI E LINEE STRATEGICHE

L'attuale fase del SSR delle Marche, caratterizzata dalla necessità della conferma della sostenibilità economica ottenuta negli anni precedenti, dalla necessità di revisione e semplificazione del sistema di governance e di politiche di ammodernamento del sistema, non può prescindere dalla necessità anche di una strategia per lo sviluppo della qualità del sistema da condividere e da implementare insieme a tutti gli stakeholders seguendo metodo e strumenti propri della clinical governance.

A più di dieci anni dalla pubblicazione avvenuta nel 1998 della definizione della Clinical Governance che è stata successivamente fatta propria anche in Italia dal Ministero della Salute: "Per Governo Clinico si intende un approccio integrato per l'ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità" è tutt'ora necessario continuare nella costruzione del "Sistema Qualità del SSR delle Marche" e di sviluppo del Governo Clinico secondo il percorso già tracciato nei Piani sanitari 1998-2000, 2003-2006 e 2007-2010.

In concreto quindi attraverso gli strumenti del Governo Clinico dovranno essere sviluppati i tre assi portanti del Sistema Qualità:

- sviluppo dei pazienti e dei cittadini;
- sviluppo professionale;
- sviluppo dell'organizzazione.

Migliorare la qualità del sistema consentirà inoltre di aumentare ulteriormente l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficacia delle prestazioni, riducendo così gli sprechi e migliorando l'efficienza del SSR.

**Gli obiettivi strategici di qualità** per il SSR delle Marche nel triennio 2010-2013 sono:

- a) **sicurezza** – evitare danni ai cittadini ed agli operatori causati dalle cure che dovrebbero dare risposta ai loro bisogni di salute;
- b) **efficacia e appropriatezza** – fornire servizi basati sulle conoscenze scientifiche evitando quelli che non portano benefici;
- c) **centralità del cittadino** – dare risposte assistenziali che rispettino e rispondano ai bisogni, valori e preferenze del singolo paziente e ne tengano conto nelle decisioni cliniche;
- d) **tempestività** – ridurre i ritardi pericolosi o dannosi nelle risposte ai bisogni dei cittadini;
- e) **efficienza** – evitare l'utilizzo improprio di attrezzature, beni e materiali sanitari e risorse professionali;

- f) **equità** – la qualità dell’assistenza non deve variare al variare delle caratteristiche personali: genere, etnia, collocazione geografica, condizioni socio-economiche;
- g) **responsabilità e trasparenza** – porre al centro del sistema la responsabilizzazione di ciascun soggetto in riferimento alle proprie competenze, in particolare per quanto riguarda le scelte e i risultati del sistema e la loro rendicontazione e diffusione.

## **XIII.2 GLI STRUMENTI DEL GOVERNO CLINICO**

In accordo con la letteratura e le esperienze nazionali ed internazionali vengono ribaditi come propri del Sistema Qualità e del Governo Clinico per il SSR delle Marche i seguenti strumenti:

- il sistema di autorizzazione ed accreditamento istituzionale;
- la sicurezza del SSR e la gestione del rischio clinico;
- l’empowerment dei cittadini e la loro partecipazione allo sviluppo del SSR;
- lo sviluppo delle pratiche basate sulle prove di efficacia;
- l’Health Technology Assessment (HTA);
- il monitoraggio e la valutazione degli interventi e l’Audit Clinico;
- la formazione continua.

Nei paragrafi successivi verranno affrontati in dettaglio i singoli strumenti analizzandone lo stato dell’arte e definendo linee programmatiche ed obiettivi per il prossimo triennio.

### **XIII.2.1 Il sistema di autorizzazione ed accreditamento istituzionale**

Il sistema regionale di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private è disciplinato nella Regione Marche dalla legge regionale n. 20 del 16 marzo 2000. Attraverso l’autorizzazione e l’accreditamento si è inteso promuovere lo sviluppo della qualità e dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria attraverso un approccio di sistema orientato al miglioramento della qualità, garantendo al cittadino elevati standard strutturali, tecnologici, impiantistici e organizzativi, e all’Ente Regione di stilare un albo dei fornitori.

Sulla base di questi indirizzi strategici Il Sistema di Autorizzazione e Accreditamento ha operato tenendo a primario riferimento l’obiettivo di integrare il ruolo degli operatori pubblici e privati con l’esigenza prioritaria di garantire la qualità dei processi di prevenzione, diagnosi, cure e riabilitazione rispettando anche vincoli e scadenze nazionali sempre più pressanti relativamente alla messa a regime dei sistemi regionali di autorizzazione ed accreditamento. Il riferimento è in particolare alla scadenza del primo gennaio 2010 entro la quale dovevano cessare le autorizzazioni e gli accreditamenti provvisori delle strutture private (di cui all’articolo 8 – quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni) non confermati da autorizzazione a accreditamenti definitivi, è stata dapprima confermata dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Legge finanziaria 2007), e poi prorogata al primo gennaio del 2011 dalla legge 23 dicembre 2009, n. 191.

Così come stabilito dalla normativa nazionale, nella Regione Marche si è provveduto al completamento del percorso attraverso il passaggio dall'autorizzazione provvisoria (articolo 24 l.r. 20/2000) e dall'accreditamento provvisorio (articolo 25 l.r. 20/2000) all'autorizzazione definitiva e all'accreditamento istituzionale per tutte le strutture private.

Al fine di dare compiutezza a tale processo entro la data prevista di fine 2010, sono state programmate le verifiche di autorizzazione e accreditamento che concludono il percorso suddetto. Tali verifiche hanno riguardato e riguardano gli erogatori del settore privato, ovvero le Case di Cura, le Strutture Residenziali e Semiresidenziali, gli Stabilimenti Termali.

### **L'evoluzione del sistema**

A dieci anni dalla prima Legge Regionale che ha istituito il Sistema di Autorizzazione ed Accreditamento Istituzionale si può affermare che l'attuale Sistema ha svolto soprattutto la funzione di strumento di regolazione dell'accesso delle strutture al SSR garantendo al contempo adeguati livelli di qualità dal punto di vista strutturale, tecnologico/impiantistico ed organizzativo. Va tuttavia preso atto della necessità di rendere più efficace questa funzione di garanzia della qualità e della sicurezza del SSR stesso.

E' necessario pertanto procedere alla revisione/aggiornamento della normativa regionale di riferimento con l'obiettivo prioritario dello snellimento delle procedure e dell'aggiornamento dei manuali di autorizzazione e accreditamento che nel frattempo sono "invecchiati". In particolare andranno ricercati all'interno del Sistema di accreditamento oltre a livelli superiori di qualità, al passo con l'evoluzione scientifica e tecnologica, una maggiore attenzione alla definizione di indicatori e standard di qualità ed alla garanzia della sicurezza dei pazienti.

In analogia a quanto avvenuto nella fase di elaborazione della Legge 20 del 16 marzo 2000 tale revisione sarà da realizzarsi tenendo conto delle principali esperienze nazionali ed internazionali, utilizzando un percorso di condivisione con i diversi stakeholders e definendo meccanismi operativi di verifica dei requisiti che siano agevolmente implementabili.

### **XIII.2.2 La sicurezza del SSR e la gestione del rischio clinico**

La Regione Marche nel 2009 ha recepito l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome del 20 marzo 2008 concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti con la creazione di un Centro Regionale per la Gestione del Rischio Clinico, istituito con delibera di Giunta Regionale (DGR 1513 del 28 settembre 2009), il quale svolge la propria attività come organo tecnico del Servizio Salute.

L'istituzione del Centro Regionale Rischio Clinico ha rappresentato l'avvio di una politica che considera la gestione del rischio clinico come parte integrante delle strategie di miglioramento della qualità dei servizi sanitari. In questa ottica, il mandato del Centro Regionale Rischio Clinico è:

- promuovere la cultura dell'imparare dall'errore sottraendola a quella della criminalizzazione tout court;
- coordinare le azioni in ambito di gestione del rischio clinico delle Aziende e degli IRCSS del Servizio Sanitario Regionale sulla base di criteri metodologici omogenei e fortemente condivisi;

- sviluppare un framework regionale per il miglioramento della qualità e sicurezza in ambito sanitario al fine di ottimizzare ed omogeneizzare l'analisi delle aree di rischio a più alto impatto e le conseguenti azioni di miglioramento a livello regionale;
- promuovere la realizzazione di una rete di referenti aziendali/zonali per la gestione del rischio basata sulla condivisione degli obiettivi, del linguaggio e degli strumenti operativi.

Per il triennio 2010-2013 gli obiettivi strategici del Sistema Sanitario Regionale in ambito di Sicurezza dei pazienti e gestione del Rischio clinico sono rappresentati da un lato dalla prevenzione/riduzione degli errori e dall'altro dalla diffusione di strategie di miglioramento.

Più in dettaglio il Sistema Sanitario Regionale dovrà essere in grado di:

- mappare il livello di rischio clinico delle aziende sanitarie marchigiane;
- elaborare report trimestrali su i flussi informativi degli eventi sentinella, eventi avversi e sinistri;
- analizzare i dati al fine di sviluppare strategie per la riduzione del rischio;
- raccogliere, validare e diffondere le buone pratiche regionali per la sicurezza dei pazienti;
- attuare piani formativi mirati alle esigenze scaturite dall'analisi dei dati;
- rivalutare periodicamente l'impatto dei cambiamenti nel profilo di rischio delle aziende sanitarie.

Sul fronte delle strategie per la riduzione degli errori, il primo passo è quello di raccogliere gli eventi occorsi al fine di analizzarli per evitare il loro ripetersi.

Per la segnalazione degli eventi sentinella, eventi avversi di particolare gravità potenzialmente evitabili, e per la segnalazione dei sinistri è stato attivato e dovrà essere ulteriormente implementato il SIMES, il Sistema Informativo degli Errori in Sanità, come stabilito dal Decreto 11 dicembre 2009 (G.U. Serie Generale n. 8 del 12 gennaio 2010). Compito delle Aziende è la pronta segnalazione degli eventi sentinella e dei sinistri verificatisi nelle realtà locali, mentre al Centro Regionale Rischio Clinico spetta il compito di validare gli eventi ed i sinistri e trasmettere i dati al ministero. Alla fase di segnalazione deve immediatamente seguire la fase di analisi profonda delle cause che hanno determinato l'evento anche avvalendosi del contributo metodologico e dell'assistenza fornita dal Centro Regionale Rischio Clinico.

Inoltre, sono in fase di sviluppo due sistemi collegati di intervento rapido regionale e di successiva analisi causale profonda in caso di evento avverso particolarmente grave al fine di mettere in grado il livello regionale e quello aziendale di intervenire con appropriatezza, tempestività, competenza e coordinamento in caso di disastro.

Per la segnalazione di eventi avversi di minore gravità e per i quasi eventi dovrà essere implementato nel corso del 2011 un sistema di Incident Reporting che attualmente è in fase di progettazione da parte del Centro Regionale Rischio Clinico.

A livello delle Aziende del SSR, accanto alla segnalazione degli eventi, devono essere promosse strategie proattive di riduzione dei rischi, da realizzare cioè prima che l'evento si verifichi. Tra queste saranno incentivati i briefing per la sicurezza, cioè riunioni di reparto a

inizio e fine turno incentrate sulla sicurezza dei pazienti e la revisione di cartelle cliniche, allo scopo di evidenziare comportamenti potenzialmente pericolosi per la sicurezza dei pazienti.

Inoltre, è già stata avviata e si concluderà nel corso del 2010 la prima mappatura del grado di implementazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute per la Sicurezza dei Pazienti. Tale ricognizione fornirà informazioni rilevanti per guidare la scelta degli interventi di miglioramento della sicurezza da mettere in atto.

Infine, il Centro Regionale Rischio Clinico fungerà da promotore regionale delle Buone pratiche per la Sicurezza dei pazienti. Infatti, oltre alla diffusione di raccomandazioni evidence-based a livello locale e a garantire supporto metodologico alla costruzione di linee guida, percorsi, procedure e protocolli orientati alla sicurezza dei pazienti, il Centro si occuperà della raccolta e validazione delle buone pratiche prodotte in ambito regionale da inviare all'Osservatorio Nazionale Buone Pratiche (AGENAS) ma anche della divulgazione di buone pratiche prodotte a livello regionale e/o nazionale su tutto il territorio marchigiano.

Per raggiungere questi risultati si prevedono:

- il consolidamento del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Clinico;
- il consolidamento della funzione Aziendale per la gestione del Rischio Clinico.

Tutte le Aziende del SSR dovranno sviluppare, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, una specifica funzione aziendale dedicata alla sicurezza dei pazienti ed alla gestione del rischio clinico che garantisca almeno le seguenti attività:

- alimentazione del Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità (SIMES) per Sinistri ed Eventi sentinella;
- alimentazione del sistema informativo di Incident Reporting per eventi avversi e quasi eventi;
- effettuazione, in caso di eventi sentinella o di eventi avversi o quasi eventi dell'analisi delle cause profonde ed alla definizione delle azioni di miglioramento;
- analisi statistica degli eventi avversi e dei sinistri e definizione di progetti di miglioramento per la messa in sicurezza dei processi critici;
- realizzazione, nel proprio contesto Aziendale del monitoraggio dello stato di implementazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute e dell'OMS per la sicurezza dei pazienti;
- diffusione delle informazioni nazionali, regionali, locali utili agli operatori (normative, protocolli, linee guida, ecc.).

### **XIII.2.3L'empowerment dei cittadini e la loro partecipazione allo sviluppo del SSR**

Il Piano Sanitario Regionale 2007-2009 prevedeva nel capitolo dedicato al "Sistema Qualità" l'attivazione del sistema regionale per la partecipazione dei cittadini in base all'articolo 24 l.r. 13/2003, ed ogni sistema atto a garantire la centralità del cittadino e delle comunità nella programmazione delle attività sanitarie e di integrazione socio-sanitaria.

Lo stesso PSR prevedeva che le Direzioni Generali sviluppassero i sistemi per la partecipazione dei cittadini proposti a norma dell'articolo 24 della l.r. 13/2003 e successive

azioni preparatorie ed ogni ulteriore azione necessaria a garantire la centralità del cittadino e della comunità nella programmazione delle attività sanitarie e di integrazione socio-sanitaria.

In attuazione di quanto sopra nel triennio 2007-2010 si è provveduto a:

- approvare il Regolamento Regionale 4 agosto 2009, n. 5 che “disciplina la composizione e le modalità di funzionamento dei comitati di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute in attuazione dell’articolo 24, comma 4, della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13”;
- avviare nelle aziende del SSR l’istituzione e l’insediamento dei comitati di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute.

Per quanto riguarda il triennio 2010-2013 si ribadisce per il SSR della Regione Marche la rilevanza strategica del coinvolgimento dei cittadini alla realizzazione del diritto alla salute, secondo i principi di equità, accessibilità ed efficacia.

La partecipazione dei cittadini rappresenta il presupposto fondamentale di una politica sanitaria che pone il cittadino al centro del sistema. La qualità dell’assistenza sanitaria deve pertanto essere sempre più legata al coinvolgimento attivo dei cittadini e delle loro associazioni sia nella fase di programmazione dei servizi che di valutazione della qualità delle prestazioni. Andrà inoltre sviluppato quello che viene definito “empowerment dei cittadini e dei pazienti” e cioè la loro informazione, coinvolgimento, responsabilizzazione finalizzati ad una interazione più efficace con gli operatori ed il sistema sanitario volta alla scelta condivisa delle azioni che producono miglioramento del proprio stato di salute. In questa ottica alcune esperienze di empowerment condotte nella Regione Marche dimostratesi realizzabili ed efficaci, come ad esempio il “disease and care management nell’assistenza primaria” e il “family learning” nelle patologie croniche, potrebbero essere ulteriormente implementate.

Per il raggiungimento di questi obiettivi si individuano i seguenti strumenti:

- completamento e messa a regime del Sistema Regionale di partecipazione alla tutela della salute, definendo le forme in cui questa viene garantita a livello regionale;
- la Carta dei Servizi;
- l’Audit civico;
- gli strumenti di rilevazione della percezione dei pazienti: la valutazione della soddisfazione degli utenti; il monitoraggio dei reclami.

### **Completamento del Sistema Regionale di partecipazione alla tutela della salute**

Per il completamento del Sistema Regionale di partecipazione dovranno essere realizzate:

- l’istituzione dell’Assemblea Regionale delle Associazioni di Partecipazione della quale devono essere definite, con apposito atto, la composizione e le attività;
- l’Istituzione del Comitato Regionale di Coordinamento per la Partecipazione nel Servizio Sanitario Regionale della quale devono essere definite la composizione e le attività;
- la messa a regime dei Comitati Aziendali di partecipazione dei cittadini.

Le Aziende Sanitarie Regionali dovranno completare l'attivazione dei Comitati di partecipazione dei cittadini, in base alla normativa regionale e si coordineranno, attraverso i loro rappresentanti designati dai Direttori Generali con il livello regionale all'interno del Comitato di Coordinamento per la Partecipazione nel Servizio Sanitario Regionale.

Per la realizzazione di quanto sopra indicato sarà necessario potenziare la Rete degli Uffici Aziendali Relazioni con il Pubblico (URP) affinché siano in grado di coordinare e supportare tutte le azioni di implementazione degli strumenti regionali e aziendali per l'empowerment e la Partecipazione dei Cittadini.

### **Carta dei servizi**

Rappresenta uno strumento fondamentale di partecipazione, di conoscenza delle attività offerte e di come accedere alle cure, di miglioramento della qualità complessiva dei servizi.

Infatti fornire una informazione accessibile contribuisce ad aumentare il livello di consapevolezza dei cittadini nella scelta delle prestazioni erogate e nella attività di valutazione dell'intero sistema, producendo una domanda di salute più qualificata.

I principi ispiratori della Carta dei Servizi sono la centralità del cittadino, la tutela dei suoi diritti, l'umanizzazione delle cure, come sottolineato dalla seguente normativa nazionale:

- legge 241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri, 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici";
- direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri, 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico";
- decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- circolare del Ministero della Sanità 100/SCPS/3 5697 del 31 ottobre 1991 "Iniziativa per l'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale delle norme della legge 7 agosto 1990, n. 241, miranti al miglioramento dei rapporti tra Pubblica Amministrazione e cittadini";
- decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 maggio 1995 "Schema generale della Carta dei servizi pubblici sanitari" e successive linee guida n.2/1995 (supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.203 del 31 agosto 1995).

La Regione Marche ha avviato la realizzazione di una Carta dei Servizi Regionale e di una Guida ai Servizi Regionale, in rispondenza alle attività di informazione, tutela, accoglienza e partecipazione. In questo modo sarà possibile fornire ai cittadini uno strumento unico regionale e rendere omogenee le Carte dei Servizi Aziendali e Zonali promuovendo così l'adeguamento alle indicazioni del d.p.c.m. 12 maggio 1995.

La Carta dei Servizi Regionale e la Guida ai Servizi Regionale verranno completate entro il 2010 ed aggiornate regolarmente con cadenza annuale.

Sarà inoltre garantito un monitoraggio dell'aggiornamento continuo e tempestivo da parte delle Aziende delle Carte dei Servizi Aziendali e Zonali e la loro corrispondenza agli standard richiesti.

## **Audit civico**

L'Audit Civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche, e si configura come uno strumento a disposizione dei cittadini per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni del Sistema Sanitario.

Dopo una fase di sperimentazione l'Audit civico si è ormai consolidato in molte realtà del Sistema Sanitario Nazionale, confermando la concreta fattibilità di una valutazione dell'azione delle aziende sanitarie che ha, come protagonisti i cittadini e, come quadro di azione, la collaborazione tra organizzazioni civiche e aziende sanitarie in grado di facilitare il percorso attraverso cui le Aziende Sanitarie rendono trasparenti e verificabili i propri comportamenti (accountability).

I principali temi fino ad oggi valutati nelle esperienze nazionali di Audit Civico sono stati:

- l'orientamento al cittadino nell'organizzazione e nella gestione dei servizi;
- la priorità data alla comunicazione, alla personalizzazione, alla prevenzione dei rischi, alla riduzione del dolore ed al sostegno dei malati cronici ed oncologici;
- il coinvolgimento dei cittadini nella definizione e nella valutazione delle politiche aziendali.

Si intende quindi avviare lo sviluppo di una attività di Audit Civico nelle Aziende Sanitarie della Regione Marche con le finalità di:

- promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle Zone Territoriali e Ospedaliere da parte dei cittadini;
- elaborare e condividere una nuova metodologia per la valutazione della qualità dei servizi sanitari.

Lo sviluppo di questa attività verrà realizzato passando attraverso una fase di sperimentazione in alcune Aziende della Regione ed una successiva fase di implementazione.

## **Il sistema di monitoraggio dei reclami**

Il sistema regionale di monitoraggio dei reclami è già dal 2004 attivo e funzionante e si avvale dei sistemi di monitoraggio dei reclami attivi nelle Aziende Sanitarie.

Questo sistema contribuisce a monitorare il livello di gradimento della qualità delle prestazioni in relazione alle segnalazioni che il cittadino presenta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico di ciascuna Azienda o Zona Territoriale e consente di:

- garantire una funzione di tutela al cittadino da parte delle istituzioni che erogano servizi e prestazioni e pertanto assumere la responsabilità di verificare l'adeguatezza dell'offerta di servizi e prestazioni;
- progettare e promuovere azioni di miglioramento.

Il sistema regionale di monitoraggio dei reclami va pertanto confermato come strumento fondamentale che deve trovare una ulteriore implementazione anche in funzione della sua integrazione con il Sistema di Gestione del Rischio Clinico.

### **La valutazione della qualità percepita e della soddisfazione degli utenti**

La misurazione del grado di soddisfazione degli utenti e della qualità percepita da parte dei cittadini, si realizza tramite indagini di customer satisfaction. Esse hanno l'obiettivo di ascoltare e comprendere i bisogni del cittadino e i suoi giudizi di gradimento del servizio offerto, promuovere relazione e dialogo con l'utente e riprogettare azioni di miglioramento per il sistema di erogazione dei servizi.

Allo stato attuale le Aziende Sanitarie della Regione Marche svolgono questa attività in modo parziale e senza una base metodologica e strumenti di rilevazione omogenei, rendendo di fatto poco utilizzabili i risultati ottenuti per una valutazione significativa e per la definizione di azioni di miglioramento

E' necessario pertanto sviluppare, in collaborazione con le Aziende del SSR, un sistema regionale di valutazione della soddisfazione degli utenti che consentirà di stabilire il livello di gradimento dei servizi offerti, di promuovere in modo permanente una attività di ascolto del cittadino da parte delle Aziende, di ottenere informazioni utili a promuovere azioni di miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Questo sistema regionale di valutazione della soddisfazione degli utenti verrà realizzato attraverso:

- la definizione di strumenti omogenei di rilevazione regionali della soddisfazione dell'utente, da adattare ai diversi setting assistenziali (ospedale, residenzialità, assistenza domiciliare integrata ecc.);
- la definizione di una metodologia unica regionale di rilevazione e analisi dei dati;
- la produzione di una reportistica regionale ed aziendale e l'utilizzo delle stesse per la individuazione e progettazione di azioni di miglioramento condivise con i cittadini.

Per quanto riguarda il livello delle Aziende, tutte le azioni di attivazione ed implementazione degli strumenti suddetti verranno realizzate in condivisione con le Aziende del SSR.

### **XIII.2.4 Lo sviluppo delle pratiche basate sulle prove di efficacia**

L'assistenza sanitaria basata sulle evidenze, Evidence-based Health Care, è una metodologia che si fonda sul principio che ogni decisione in ambito sanitario, sia clinica che assistenziale che organizzativa debba essere basata sulle migliori evidenze scientifiche disponibili in quel momento nella letteratura internazionale rispetto all'efficacia delle stesse. Basare la decisione su interventi di provata efficacia/efficienza e ben tollerati comporta il raggiungimento di esiti migliori, sia per il paziente che per il sistema, ed una ottimizzazione nell'uso delle risorse a disposizione del sistema.

Questo principio, seppur condiviso a livello professionale, trova ostacoli alla sua applicazione nella pratica clinica, soprattutto per la difficoltà di incorporare nell'attività quotidiana la mole di evidenze in rapida evoluzione che proviene dal mondo della ricerca clinica.

Nell'ottica del sistema sanitario regionale, la selezione di interventi sanitari evidence-based rappresenta un dovere nei confronti dei cittadini oltre che un'opportunità di ottimizzazione delle risorse. A questo scopo, la Regione si è fatta promotrice già dal PSR 2003-2006 di diffondere la cultura dell'appropriatezza degli interventi tramite la produzione di linee guida

regionali riguardanti la gestione di patologie ad alta prevalenza e ad elevato impatto clinico nella popolazione marchigiana: Infarto Miocardico Acuto, Ictus Cerebrale, Frattura di femore dell'anziano e Insufficienza Renale Cronica.

Le linee guida regionali, redatte con il coinvolgimento di tutte le rappresentanze dei professionisti interessati e secondo le corrette regole metodologiche, hanno poi trovato la loro contestualizzazione ed applicazione pratica grazie alla produzione in tutte le strutture della Regione Marche dei corrispondenti Profili di Assistenza, strumenti di pianificazione delle attività clinico - assistenziali che hanno reso possibile l'avvio della implementazione nella pratica clinica delle raccomandazioni evidence -based contenute nelle linee guida.

Nel prossimo triennio è necessario proseguire e potenziare le attività finalizzate alla ricerca della massima appropriatezza e dei migliori esiti di salute sia tramite l'aggiornamento delle linee guida e dei profili di assistenza già prodotti che ampliando il campo d'interesse con la produzione di linee guida per altre patologie rilevanti quali la protesi d'anca, lo scompenso cardiaco, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, il percorso nascita. Analogamente verrà garantita la contestualizzazione di queste nuove linee guida nelle strutture della Regione Marche attraverso la costruzione, l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione dei corrispondenti profili di assistenza.

### **XIII.2.5II Monitoraggio, la valutazione degli interventi e l'Audit Clinico**

La disponibilità di informazioni sulla qualità dell'assistenza sanitaria erogata è di fondamentale importanza nello sviluppo del Governo Clinico per poter intraprendere qualsiasi strategia di miglioramento. I dati relativi ai volumi di attività non sono sufficienti ma servono dati che ci informino sulla qualità, sui risultati di performance e sugli esiti di salute dei servizi sanitari.

La qualità viene quindi monitorata dall'analisi di indicatori che valutano l'accessibilità, l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, nonché la sicurezza. La valutazione delle performance viene realizzata misurando i risultati e confrontandoli con degli standard definiti e sviluppando attività di benchmarking.

Per tale motivo il SSR ha deciso di dotarsi di set di indicatori, selezionati sulla base di criteri di validità, in grado di fornire al sistema sanitario regionale la fotografia della qualità dell'assistenza fornita. Per ogni indicatore va poi fissato uno standard, cioè il livello di raggiungimento di performance o esito che il livello regionale ritiene debba essere ottenuto nell'ambito del proprio sistema sanitario.

Fino ad oggi nella Regione Marche le esperienze di misurazione e valutazione della qualità si sono fondamentalmente limitate a tre sistemi di monitoraggio, ciascuno collegato all'implementazione e valutazione di un Profilo di Assistenza: Infarto Miocardico Acuto (IMA), Ictus Cerebrale e Frattura di femore. Dal monitoraggio periodico degli indicatori sono stati prodotti report che testimoniano il livello di raggiungimento degli standard di assistenza erogata: 1 report per IMA e Frattura di femore, 3 report per l'Ictus Cerebrale.

Nel triennio 2010-2013 gli obiettivi del SSR sono:

- costruire un sistema regionale complessivo di indicatori di qualità del SSR che utilizzi ed integri al suo interno anche dati ed indicatori provenienti dai database amministrativi, dalla soddisfazione dei pazienti, dai reclami, dalla gestione del rischio clinico (come ad es. l'indice di sinistrosità delle Aziende);

- sviluppare un sistema di benchmarking per l'autovalutazione delle performance ospedaliere mediante il sistema di indicatori PATH dell'OMS;
- sviluppare un sistema di benchmarking per l'autovalutazione delle prestazioni di Medicina Generale utilizzando il sistema di indicatori Picenum realizzato dai Medici di Medicina Generale della Regione Marche;
- mantenere aggiornati ed implementare i tre sistemi di monitoraggio dei percorsi ed estendere il monitoraggio degli indicatori e degli standard anche ad altri percorsi assistenziali rilevanti per il SSR (ad esempio BPCO, scompenso cardiaco, percorso nascita, ecc.).

Un'ulteriore obiettivo strategico del SSR è di promuovere in tutte le Aziende Regionali lo sviluppo delle attività di Audit clinico, strumento fondamentale di miglioramento della qualità a livello professionale, organizzativo e di sistema. Infatti, per i professionisti l'Audit clinico rappresenta una opportunità, ancora poco utilizzata ma sicuramente stimolante, di conoscenza dei propri risultati e di confronto con altri professionisti, e per i manager delle aziende la possibilità di conoscere eventuali criticità di performance e di correggerle adeguatamente e puntualmente. Inoltre, l'individuazione delle aree critiche permette al livello regionale di fornire risposte specifiche in termini, ad esempio, di fabbisogno formativo o di redistribuzione delle risorse.

### **XIII.2.6L'Health Technology Assessment (HTA)**

Il Servizio sanitario nazionale e i servizi sanitari delle singole regioni italiane, sono impegnati a conciliare la risposta ad una crescente e spesso inappropriata domanda di salute con una disponibilità economica limitata. L'impegno dei policy maker nazionali/regionali e delle direzioni delle aziende sanitarie, tende a concentrarsi in modo crescente sull'adozione di politiche e di scelte strategiche che orientino il sistema verso la crescita dei suoi livelli di appropriatezza, mediante la selezione di interventi basata sull'integrazione della loro efficacia ed economicità.

In questo ambito, il processo di Health Technology Assessment (HTA), ossia la valutazione delle tecnologie sanitarie, offre uno strumento indispensabile a supporto non solo delle decisioni manageriali, ma anche della realizzazione del governo clinico del sistema nel suo complesso. La valutazione delle tecnologie sanitarie, infatti, dove per tecnologie si intendono in senso ampio i farmaci, i dispositivi medici, le tecniche diagnostiche, le procedure chirurgiche, altre tecnologie terapeutiche e le attività di promozione della salute, si fonda sul metodo scientifico per produrre informazioni utilizzabili nel campo delle scelte di politica sanitaria. Questo avviene tramite un processo, ben definito dal punto di vista metodologico, in cui l'innovazione tecnologica viene valutata e confrontata con le alternative diagnostico-terapeutiche esistenti in termini di efficacia clinica, rapporto benefici-rischi, impatto sulla popolazione e costi.

La Regione Marche è fino ad oggi priva di una funzione regionale di HTA che invece nel prossimo triennio è indispensabile attivare, nell'ambito dello sviluppo del Governo Clinico, attivare e che svolga le seguenti attività:

- valutazione clinico-epidemiologica delle indicazioni all'introduzione della nuova tecnologia, valutazione comparativa degli interventi alternativi disponibili già utilizzati,

degli outcome da raggiungere, del setting di implementazione, della popolazione bersaglio e del fabbisogno;

- ricerca, selezione e sintesi delle evidenze scientifiche sull'efficacia, sull'impatto clinico (rapporto benefici-rischi) e sulla valutazione economica della nuova tecnologia sottoposta a valutazione in confronto a quelle già in uso;
- valutazione economica con selezione della prospettiva di analisi, delle misure dei costi, dei modelli di analisi economica e degli scenari da sottoporre a valutazione.

Tale funzione regionale di HTA che per presupposto metodologico si deve realizzare con un approccio multiprofessionale e multidisciplinare dovrà quindi prevedere un coordinamento ed una completa integrazione con le attività del Gruppo Regionale Tecnologie sanitarie, con la Commissione Dispositivi Medici, la Commissione Regionale Appropriatazza Terapeutica e con le Aziende del SSR sia per la componente manageriale che per quella professionale.

### **XIII.2.7 La formazione continua**

#### **La connessione con il livello nazionale**

In questi anni il programma nazionale per la Formazione Continua in ambito sanitario (ECM) ha acquistato una forte centralità che si è tradotta in una pluralità di programmi formativi rivolti ai professionisti della sanità nell'ottica di assumere la Formazione sia come strumento per la valorizzazione e la sempre maggiore qualificazione delle professioni, sia per la piena responsabilizzazione di ciascun professionista in riferimento alle proprie competenze, sia, nel suo complesso, come uno degli strumenti fondamentali per la realizzazione e lo sviluppo del Governo Clinico.

Il nuovo ciclo del programma nazionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) ha preso avvio con un Accordo sottoscritto dalla Conferenza Stato/Regioni il 1° agosto del 2007 che è stato sancito dalla legge finanziaria 2008. Per tutti i professionisti della sanità italiana (circa un milione di persone) si conferma l'obbligo sistematico di acquisire crediti formativi attraverso organizzatori di formazione (provider) specificamente accreditati.

Tra le novità più importanti introdotte nell'Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007 "Riordino del sistema di Formazione Continua in Medicina", si segnalano:

- l'istituzione degli Osservatori Nazionale e Regionali che pongono l'attenzione al tema della valutazione ex-post dei processi formativi attivati;
- l'istituzione dell'anagrafe nazionale dei crediti formativi (Cogeaps);
- il passaggio all'accreditamento dei Provider, soggetti attivi nel campo della formazione continua in sanità che sulla base di un sistema di requisiti minimi realizzano attività didattiche per l'ECM e assegnano direttamente i crediti ai partecipanti;
- il riconoscimento dello stesso valore su tutto il territorio nazionale dei crediti ECM acquisiti da provider accreditati a livello regionale o nazionale;
- l'adozione di nuovi strumenti obbligatori per le Aziende Sanitarie, quali:
  - piani della formazione aziendale, frutto di un processo condiviso tra gruppi e professioni diverse, coerente con le strategie aziendali, contenente la

descrizione del contesto, delle strategie e dell'insieme delle attività formative previste dall'azienda, organizzate direttamente o acquisite da provider esterni;

- rapporto sulla formazione aziendale sviluppata: strumento annuale di rendicontazione dell'azienda sulle attività di formazione realizzate in funzione degli indirizzi regionali e nazionali e degli obiettivi definiti;
- dossier formativi individuali e di gruppo, come strumento di programmazione, di rendicontazione e di verifica a livello individuale o di équipe o di gruppo professionale, che si dovrà affiancare agli altri strumenti di pianificazione e valutazione aziendali (Piani formativi aziendali e Rapporti formativi annuali).

Il recente Accordo Stato-Regioni del novembre 2009 ha portato a compimento quanto previsto dagli Accordi precedenti dando concretamente avvio all'ultima fase del programma ECM , prevedendo il processo di accreditamento dei Provider ECM pubblici e privati.

La Regione Marche ha lavorato, fin dall'istituzione del sistema regionale ECM, a stretto contatto con il livello nazionale e con le altre Regioni, partecipando attivamente sia alla redazione dei testi utili agli Accordi Stato-Regioni in materia, sia ai Gruppi di lavoro istituiti presso la Commissione Nazionale ECM. L'esperienza portata dalla Regione Marche, anche in attuazione delle Linee Strategiche e operative indicate dai precedenti PSR, ha consentito di trovarsi in piena sinergia con le azioni messe in campo dalla legislazione nazionale e di portare il proprio specifico contributo al disegno nazionale.

### **Linee progettuali**

Il sistema di Formazione ECM della Regione Marche contiene già i presupposti per connettersi alle linee di sviluppo e agli obiettivi del sistema nazionale così come sopra delineati e per configurarsi come un ottimale sistema a rete. Il 4<sup>a</sup> PSR aveva già individuato le azioni relative alla ottimizzazione e articolazione delle funzioni attualmente esercitate da diversi soggetti ( i 17 centri di Formazione corrispondenti al sistema ZT/AO/Inrca) in modo da giungere ad un sistema policentrico e coordinato, fortemente integrato nell'articolazione organizzativa delle singole realtà territoriali, e impegnato nella pianificazione e realizzazione di attività formative connesse alle strategie e agli obiettivi di governo : la redazione dei PFA (Piani di Formazione Aziendali) e dei Report di Formazione è una prassi ormai consolidata in tutte le ZT-Asur e Aziende Ospedaliere.

Oggi, alla luce del quadro di sviluppo del livello nazionale, delle novità introdotte dagli Accordi Stato-Regioni e dell'attuale stato dell'organizzazione delle diverse articolazioni aziendali nella Regione Marche, occorre aggiornare ed implementare il sistema Formazione ECM su linee progettuali che debbono articolarsi su tre dimensioni complementari e sinergiche:

- quella di sistema, relativa alla definizione dei dispositivi di coordinamento gestionale per l'accredimento degli eventi formativi e, a regime, dei Provider ECM, e alla connessione con le linee progettuali della strategia per la qualità;
- quella di base, relativa all'accredimento dei diversi Servizi Formazione, così come previsto dagli Accordi Stato-Regioni citati;
- quella di sviluppo, relativa al sostegno ai progetti di cambiamento e sperimentazione di alcuni progetti innovativi e di eccellenza.

## **Linee organizzativo/operative**

La realizzazione delle linee progettuali sopraindicate potrà realizzarsi individuando le seguenti linee operative:

### **A. individuazione dei dispositivi di coordinamento gestionale e di sistema**

L'architettura ed articolazione del Sistema Regionale ECM ad oggi in funzione, si è fondata sull'esercizio di cinque ruoli istituzionali distinti:

1. l'Assessorato alla Sanità e il Servizio Salute quali organi di programmazione e controllo per tutta la materia sanitaria, ivi compresa la materia della formazione in sanità e quindi del Sistema ECM;
2. l'ARS quale organo di "amministrato del " il Sistema ECM regionale, svolgendo il ruolo di soggetto "accreditante", sia dei progetti formativi (oggi) sia dei provider pubblici e privati (nel prossimo futuro);
3. le Aziende/Zone e le Aziende Ospedaliere del SSR (e in futuro, in applicazione degli Accordi Stato-Regioni, anche soggetti privati) quali soggetti "gestori-erogatori", cioè coloro che materialmente gestiscono l'attività formativa accreditata;
4. la Commissione Tecnica ECM della Regione Marche che, in analogia alla Commissione ECM Nazionale, ha il compito di supportare l'area formazione ECM relativamente alla modalità di funzionamento del sistema di accreditamento ECM e alla connessione con i rapporti istituzionali a livello nazionale con la Commissione Nazionale ECM e il Comitato Tecnico delle Regioni;
5. la Consulta ECM, organismo di consultazione-partecipazione, composta da rappresentanti degli ordini, Collegi, Associazioni, OOSS, Aziende sanitarie con il compito di concorrere alla individuazione degli obiettivi formativi e dei risultati della formazione.

Alla luce degli Accordi Stato-Regioni 2007 e 2009 occorre in primo luogo ridisegnare l'architettura del sistema ECM a livello regionale anche in relazione al sistema dei rapporti con Ordini, Collegi, Associazioni.

La novità principale introdotta dall'Accordo del 1° agosto 2007 (l'avvio dell'accREDITAMENTO dei Provider di ECM che potranno essere accreditati o a livello nazionale dalla Commissione ECM o a livello delle singole Regioni da un organismo accreditante) diventa un nodo cruciale del nuovo modello e richiede quindi la definizione immediata del nucleo organizzativo stabile (struttura organizzativa preposta) che dia avvio al processo, e la contestuale definizione degli organi istituzionali deputati al governo e al controllo, in coerenza con quanto previsto a livello nazionale (Commissione Tecnica e Osservatorio per la Qualità della Formazione).

Nell'archivio del Ministero della Salute si sono registrati in questi anni molte migliaia di organizzatori di formazione ECM, pubblici e privati, grandi e piccoli, con competenze specifiche nella medicina o solo capaci di organizzare eventi. Non sappiamo quanti chiederanno effettivamente l'accREDITAMENTO o livello nazionale o a livello della Regione Marche, ma per entrare in questo mercato è ora necessario averlo.

Per questo aspetto, poiché presumibilmente ci sarà una forte richiesta anche da parte di soggetti privati residenti nella Regione Marche per l'ottenimento dell'accREDITAMENTO regionale in qualità di Provider ECM, occorre predisporre:

- il documento relativo ai “Requisiti minimi” in armonia con quanto previsto dalla Commissione Nazionale e la relativa DGR;
- la macchina organizzativa per l’effettuazione dei controlli ex-ante della documentazione che dovrà essere prodotta dai richiedenti, e per l’effettuazione delle visite di controllo che dovranno essere svolte (Commissione Tecnica e Osservatorio) (Nucleo organizzativo preposto e stabile, Commissione Tecnica e Osservatorio);
- l’adeguamento del sistema informativo su cui “obbligatoriamente” (ai sensi dell’Accordo) dovranno essere trasmessi, da parte dei Provider, i dati di attività sia alla Regione sia al Co.ge.aps. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, Ente nazionale di riferimento degli Ordini e collegi).

## **B. Riorganizzazione e implementazione dei Servizi Formazione, ai fini dell’accreditamento ECM**

Il Piano Sanitario regionale 2007-2009 ha confermato – per quanto riguarda la formazione del personale del Sistema Sanitario regionale e l’attuazione dell’Educazione Continua in Medicina – la “territorializzazione” della Formazione ECM attraverso l’attivazione di n. 16 centri di Formazione ECM, uno in ogni Zona Territoriale dell’ASUR, uno in ciascuna delle due Aziende Ospedaliere marchigiane ed uno presso l’INRCA, rendendo operativo il principio che l’attività di Formazione Permanente, affinché sia efficace ed utile, deve essere quanto più possibile individualizzata e personalizzata, e quanto più possibile vicina al contesto di lavoro delle persone.

L’attuale rete dei Servizi di Formazione appare tuttavia disomogenea e deve essere adeguata, per poter erogare formazione ECM, ai requisiti strutturali e organizzativi previsti dai criteri di accreditamento dei Provider pubblici e privati già approvati dalla Commissione Nazionale.

I livelli di articolazione del modello organizzativo per la gestione del sistema Formazione ECM devono inoltre essere implementati da:

IL LIVELLO DIPARTIMENTALE delle singole ZT/AO: valorizzazione del ruolo dei Dipartimenti nell’attività di gestione dell’analisi del fabbisogno formativo e, soprattutto, nella gestione dei Dossier Formativi di gruppo.

IL LIVELLO DI AREA VASTA: livello di coordinamento per la gestione di eventi/progetti che dovendo affrontare aspetti generali e strategici si collocano in una dimensione trasversale a diverse zone/AO, da affidare a Centri di Formazione già operanti che si configurano come funzione integrativa della formazione di livello zonale

IL LIVELLO REGIONALE : CENTRO DI FORMAZIONE ECM REGIONALE. Relativamente al livello gestionale delle attività formative, la realizzazione di un sistema compiuto della Formazione continua ECM richiede la necessità di disporre di un punto qualificato di erogazione di livello regionale, ad integrazione (e non in sostituzione) della rete territoriale dei Centri di Formazione già operanti sul territorio, cui affidare la realizzazione di quegli eventi/progetti formativi che, dovendo affrontare aspetti generali e strategici, si collocano in una dimensione trasversale, e richiedono conseguentemente una gestione centralizzata regionale.

E’ pertanto necessario istituire un Centro regionale per la formazione continua ECM cui affidare l’attuazione di attività formative strategiche che, sulla base della programmazione

regionale sanitaria, verranno proposte quali strumenti di supporto alle innovazioni culturali, tecnologiche e organizzative del Sistema sanitario regionale.

### **C. Sostegno ai progetti di cambiamento e sperimentazione di alcuni progetti innovativi e di eccellenza**

Nella direzione di assumere la Formazione come leva strategica per il sostegno alle azioni di cambiamento, sperimentazione, innovazione, la Regione Marche ha consolidato la prassi della adozione di Piani di Formazione a valenza regionale in connessione con l'approvazione dei Piani Sanitari Regionali (DGR 3112/1997, DGR 98/2000, DGR 229/2005, DGR 1232/2005).

Per la realizzazione degli obiettivi del Piano, e a supporto degli obiettivi strategici di qualità, (sicurezza, efficacia e appropriatezza, centralità del cittadino, tempestività, efficienza, equità, responsabilità e trasparenza) e di sperimentazione di progetti di innovazione, dovranno dunque essere definiti:

- gli obiettivi formativi di interesse regionale aggiornati secondo le linee del presente piano sanitario, che dovranno costituire anche la matrice comune per lo sviluppo dei Piani Formativi Aziendali;
- il Piano Formativo Regionale, collegato al presente Piano Sanitario Regionale.

Sarà inoltre importante dare sostegno a sperimentazioni già avviate precedentemente e promuovere progetti di ricerca a supporto della qualità e dell'efficacia della formazione continua per il governo clinico.

Alla realizzazione degli interventi formativi previsti potranno concorrere le Università marchigiane e gli enti e soggetti pubblici accreditati ECM e individuati in rapporto alla definizione delle articolazioni organizzative deputate alla Formazione ECM.

### **XIII.3 INSERIMENTO DELLA QUALITA' E DEL GOVERNO CLINICO NELLA PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE REGIONALE E NELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE**

Al fine di realizzare compiutamente l'inserimento degli obiettivi di Qualità e gli elementi del Governo Clinico all'interno della pianificazione/programmazione Regionale e nella programmazione e gestione Aziendale sono necessarie le seguenti azioni a livello Regionale e Aziendale.

A livello Regionale:

- definire gli obiettivi di qualità del sistema dal punto di vista della centralità dei cittadini, dell'organizzazione e del lavoro professionale;
- definire gli indicatori e gli standard che verificano il raggiungimento degli obiettivi di qualità;
- adeguare il sistema di budgeting con le Aziende Sanitarie agli obiettivi di qualità e sicurezza del sistema;
- inserire gli obiettivi di qualità all'interno della valutazione dei Direttori Generali e di Zona;

- collegare le azioni precedenti alla revisione del sistema di autorizzazione ed accreditamento istituzionale.

A livello Aziendale:

- garantire che ogni Azienda, Area Vasta, Zona ponga la qualità e la sicurezza come azioni organizzative prioritarie fissando con un Piano Aziendale Qualità e Sicurezza gli obiettivi di qualità e sicurezza pertinenti con i rispettivi problemi di performance identificati a livello locale e definisca a livello locale, anche integrandosi in area vasta ed in area regionale, i relativi progetti di cambiamento necessari a garantire il superamento dei problemi rilevati;
- garantire la partecipazione alla progettazione ed attivazione dei progetti di cambiamento per la qualità e la sicurezza di tutti gli operatori coinvolti ed adeguare di conseguenza sia i propri obiettivi di budget sia i propri sistemi premianti che quelli formativi;
- garantire, anche in un ottica di Area Vasta, la funzionalità degli staff qualità, sicurezza, formazione e relazioni con il pubblico necessaria per fornire supporto agli operatori del territorio e degli ospedali coinvolti nei progetti di cambiamento organizzativo e professionale e le reti interne dei referenti dipartimentali almeno per qualità, sicurezza e formazione;
- favorire la pratica dell'audit clinico sia a livello ospedaliero che territoriale, collegarla ai crediti formativi dei dipendenti e allestire idonee attività di audit organizzativo coerenti con le precedenti;
- definire e sviluppare piani per la partecipazione dei cittadini proposti a norma dell'art 24 legge 13/03 e successive azioni preparatorie e ogni ulteriore azione necessaria a garantire la centralità del cittadino e della comunità nella programmazione delle attività sanitarie e di integrazione socio-sanitarie.

## XIV IL SISTEMA DELLE RISORSE UMANE

### XIV.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il contesto nazionale ha visto per il costo del personale del sistema sanitario, nel corso del triennio 2007-2009 un incremento medio annuo del 3%, rispetto al quale la Regione Marche ha contenuto in modo significativo la crescita (2,3% nel 2007/2008 e 2,9% nel 2008/2009).

La situazione è evidentemente migliore rispetto alla media nazionale, anche prendendo a riferimento i più recenti costi medi procapite pubblicati dal Ministero della Salute, desumibili dai dati statistici del Sistema informativo sanitario (SIS), relativi all'anno 2008 e riportati nella tabella seguente.

Distribuzione della spesa pro-capite del Servizio Sanitario Nazionale per Regione - Anno 2008

REGIONI	Spesa del SSN (Milioni di Euro)	Pro-capite (Euro)
PIEMONTE	8.067,647	1.843
V. AOSTA	260,749	2.079
LOMBARDIA	16.677,814	1.738
P.A. BOLZANO	1.110,545	2.263
P.A. TRENTO	993,626	1.948
VENETO	8.425,666	1.754
FRIULI	2.328,086	1.912
LIGURIA	3.179,038	1.976
E. ROMAGNA	7.937,449	1.868
TOSCANA	6.642,303	1.816
UMBRIA	1.556,790	1.772
MARCHE	2.636,849	1.707
LAZIO	11.092,912	2.007
ABRUZZO	2.337,785	1.775
MOLISE	651,373	2.033
CAMPANIA	9.689,163	1.670
PUGLIA	7.022,007	1.724
BASILICATA	1.012,195	1.712
CALABRIA	3.320,892	1.658
SICILIA	8.344,959	1.661
SARDEGNA	2.816,251	1.694
<b>ITALIA</b>	<b>106.104,098</b>	<b>1.787</b>

La spesa pro-capite è calcolata con riferimento alla popolazione residente al 1° gennaio dell'anno di riferimento. Non è compresa la spesa per: Croce Rossa Italiana, Cassa DD PP, Università (borse di studio per gli specializzandi) e Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario  
ISTAT - popolazione residente

A partire dal 2010, il criterio di assegnazione alle regioni del FSR sarà riferito ai costi standard, definiti come media dei costi applicati nelle regioni italiane riconosciute come virtuose nella gestione della loro spesa sanitaria. Il costo standard diventa il cardine della riforma del federalismo fiscale e costituisce uno strumento per il rafforzamento delle regole di corretta ed economica gestione: responsabilizzazione, rigore gestionale, appropriatezza, migliori pratiche e qualità dell'assistenza.

I costi standard saranno progressivamente introdotti sulla base della spesa sanitaria sostenuta dalle regioni migliori che presentano modelli efficienti. Nel 2007 solamente otto regioni, tra cui le Marche, hanno presentato un risultato economico di bilancio positivo. L'andamento del personale dipendente del Servizio sanitario regionale delle Marche, nel corso del triennio 2007-2009, in termini di numerosità e di valore, è riassunto nella tabella che segue. Da evidenziare come a fronte di una consistente implementazione dell'offerta sanitaria regionale di seguito esplicitata l'incremento del personale è di 1078 unità in tre anni per numero e di 746 per unità equivalenti.

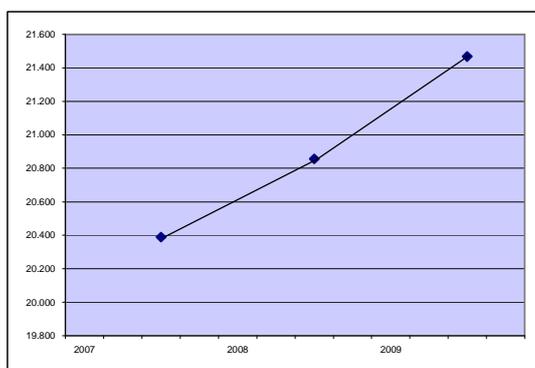
Di seguito viene riportato il riepilogo per Zona territoriale e Azienda sanitaria del personale dipendente del SSR, con contratto a tempo indeterminato e determinato, distinto tra dirigenza e comparto, nonché le collaborazioni coordinate e continuative. Sono inoltre riepilogati i dati relativi sia all'aggregato economico del personale, comprensivo degli accantonamenti per rinnovi contrattuali, sia al costo del personale al netto dei rinnovi stessi, comparabile fra i tre anni.

PERSONALE IN SERVIZIO 2007 - 2009 NEL S.S.R T.D - T.I. - CO.CO.CO.												
AZIENDA / ZONA	2007				2008				2009			
	TI + TD			CO.CO. CO.	TI + TD			CO.CO. CO.	TI + TD			CO.CO. CO.
	DIR	COMP	TOT.		DIR	COMP	TOT.		DIR	COMP	TOT.	
ZT 1 PESARO	86	503	589	17	85	536	621	4	86	592	678	7
ZT 2 URBINO	212	825	1.037	21	220	823	1.043	-	224	849	1.073	-
ZT 3 FANO	253	1.143	1.396	4	253	1.146	1.399	4	264	1.193	1.457	-
ZT 4 SENIGALLIA	182	783	965	48	199	845	1.044	23	192	828	1.020	15
ZT 5 JESI	227	1.028	1.255	13	243	1.064	1.307	8	261	1.120	1.381	2
ZT 6 FABRIANO	137	562	699	28	142	599	741	22	149	645	794	8
ZT 7 ANCONA	232	1.019	1.251	31	236	1.046	1.282	9	239	1.059	1.298	5
ZT 8 CIVITANOVA M.	208	873	1.081	7	211	884	1.095	8	221	878	1.099	9
ZT 9 MACERATA	322	1.415	1.737	56	338	1.442	1.780	40	358	1.470	1.828	14
ZT 10 CAMERINO	141	613	754	5	144	624	768	10	154	666	820	1
ZT 11 FERMO	312	1.203	1.515	7	319	1.247	1.566	8	319	1.301	1.620	3
ZT 12 S.BENEDETTO	192	776	968	12	201	782	983	3	208	834	1.042	1
ZT 13 ASCOLI P.	296	1.186	1.482	46	302	1.301	1.603	64	301	1.352	1.653	36
AO S. SALVATORE	248	994	1.242	10	252	1.012	1.264	17	256	1.068	1.324	22
AO RIUNITI	621	2.644	3.265	63	634	2.714	3.348	4	664	2.823	3.487	8
I.N.R.C.A.	153	590	743	43	153	607	760	28	158	589	747	16
<b>TOTALE</b>	<b>3.822</b>	<b>16.157</b>	<b>19.979</b>	<b>411</b>	<b>3.932</b>	<b>16.672</b>	<b>20.604</b>	<b>252</b>	<b>4.054</b>	<b>17.267</b>	<b>21.321</b>	<b>147</b>
			<b>20.390</b>				<b>20.856</b>				<b>21.468</b>	

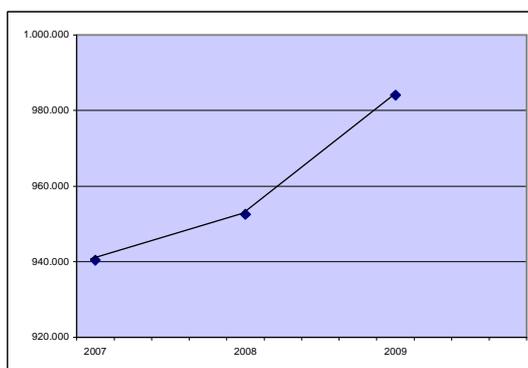
  

AGGREGATO ECONOMICO DEL PERSONALE	1.011.196	1.072.574	1.125.824
COSTO AL NETTO DEI RINNOVI CCNL successivi al 2004	940.372	952.497	984.059

TESTE



COSTI



## **Analisi dell'andamento del personale nel triennio 2007-2009**

Il trend di crescita del personale dall'anno 2007 all'anno 2009, complessivamente del 5%, pari a n. 1078 unità, è derivante dall'implementazione di attività di interesse regionale previste dalle DD.GG.RR. nn. 942/2006 - 434/2007 - 781/2008 - 1306/2009 relative rispettivamente alla definizione del budget di competenza degli anni dal 2006 al 2009.

L'incremento dei costi del personale è dovuto in prevalenza all'incidenza dei rinnovi contrattuali e delle nuove attività di interesse regionale, attivate per garantire i livelli essenziali di assistenza e sviluppare in maniera efficiente e razionale l'offerta sanitaria regionale.

I progetti di sviluppo e di potenziamento deliberati nel 2006, che hanno avuto impatto nel 2007 insieme con gli obiettivi di attività approvati con DGR n. 434/2007 e le attività di interesse regionale approvate con DGR n. 781/2008 hanno determinato un incremento di professionalità per far fronte alle nuove attività previste o al potenziamento di quelle già in essere.

Inoltre con la DGR n. 388 del 23 aprile 2007 è stato definito il fabbisogno di personale 2007-2008 del dipartimento regionale di medicina trasfusionale (DIRMT).

Le priorità individuate sin dal 2008 con la DGR n. 781/2008 sono state confermate con la successiva DGR n. 1306/2009; le attività di interesse regionale avevano per la parte sanitaria i seguenti obiettivi:

- potenziamento dei servizi territoriali alternativi al ricovero con particolare riferimento alle attività residenziali e domiciliari nei confronti dei soggetti fragili (anziani, salute mentale, dipendenze patologiche);
- il potenziamento del sistema dell'emergenza urgenza (sia territoriale che ospedaliero compreso l'elisoccorso);
- l'aumento quali quantitativo dell'offerta in area oncologica (spesa farmaceutica, anatomia patologica, hospice, oncoematologia e terapia del dolore);
- il potenziamento delle reti di alta specialità in ambito ospedaliero (cardiochirurgia, trapianti, neonatologia di secondo livello ed emodinamica);
- l'aumento dell'offerta nei settori con forte mobilità passiva (riabilitazione in primo luogo);
- il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni critiche;
- il potenziamento delle attività di prevenzione;
- il supporto ai processi di integrazione ospedaliera nelle aree con forte mobilità passiva (area vasta nord).

Questo sistema di priorità è stato valutato con le criticità espresse dalle direzioni in modo da arrivare ad un repertorio di progetti omogeneo come filosofia ma differenziato sul piano territoriale.

Accanto alle attività di aumento dell'offerta, sono stati previsti anche obiettivi di razionalizzazione, perseguiti all'interno del sistema di budget e quindi di programmazione economica.

Rientrano nelle attività di interesse regionale anche progetti più di tipo amministrativo relativi alla stabilizzazione del personale e all'adeguamento degli standard assistenziali in settori critici.

Particolare nota va posta alla cosiddetta “stabilizzazione”, che consiste nel portare a regime-ruolo il personale che già opera nelle Aziende ed Enti del SSR e che ha consentito di mantenere i servizi essenziali e, nella restante parte, di implementare l’offerta sanitaria come descritto in precedenza.

L’articolo 1, comma 565, lett. a) della legge n. 296 del 27 dicembre 2006 (finanziaria 2007) come integrato e modificato dall’articolo 3 comma 115 della legge finanziaria n. 244 del 24 dicembre 2007 (finanziaria 2008) ha definito il quadro economico di compatibilità entro il quale programmare le assunzioni di personale nel triennio 2007-2009, prevedendo “che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell’IRAP, non superino per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 il corrispondente ammontare dell’anno 2004 diminuito dell’1,4 per cento”. Alla verifica dell’effettivo conseguimento degli obiettivi previsti da tali disposizioni di cui l’anno 2006, si è provveduto nell’ambito del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all’articolo 12 dell’intesa 23 marzo 2005, per cui *“la Regione è giudicata adempiente accertato l’effettivo conseguimento degli obiettivi previsti, ovvero abbia assicurato l’equilibrio economico”*.

Per gli anni 2007, 2008 e 2009 il rispetto dell’equilibrio economico di bilancio ha costituito obiettivo vincolante per le direzioni delle aziende sanitarie ed ospedaliere del SSR, ed è stato complessivamente rispettato.

Considerato che nel corso degli anni si è evidenziata una graduale riduzione del FSR, che è passato da un incremento medio annuo del 7% per il triennio 2005-2007 ad un incremento del 4% per il 2008 e del 3% per il 2009, la Regione ha dovuto reperire maggiori fonti di finanziamento della spesa sanitaria e contestualmente ha provveduto a razionalizzare e contenere i costi.

Infine, tenuto conto delle osservazioni contenute nella Relazione della Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo – del 12 giugno 2009 sui bilanci di esercizio 2007, per l’anno 2009 è stata prevista una manovra graduale di contenimento, vincolando parzialmente le economie di spesa derivanti dalle cessazioni del personale prioritariamente all’attuazione delle decisioni della Giunta che comportano assunzioni di personale:

- graduale attuazione delle DGR n. 1021/2007 e n. 1798 /2008 concernenti il processo di stabilizzazione del personale non dirigenziale previsto dalle leggi finanziarie anno 2007 e 2008 e confermato dalla legge finanziaria regionale n. 37/2008, all’articolo 9, comma 3 recante “Razionalizzazione della spesa per il personale” come modificato dalla legge regionale n. 8 del 3 aprile 2009;
- graduale attuazione delle DGR n. 937 e n. 938 del 14 luglio 2008 per la riduzione dei contratti di lavoro flessibile della dirigenza dell’area medica, veterinaria, sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa;
- graduale applicazione del protocollo sulla continuità assistenziale approvato con DGR n. 382 del 9 marzo 2009;
- graduale attuazione della DGR 1931/2008 sui Dipartimenti delle professioni sanitarie;
- graduale copertura della dotazione organica relativa al personale medico del Pronto Soccorso.

Successivamente con DGR n. 1002 del 15 giugno 2009 sono state approvate le linee generali di indirizzo per le aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale, concordate preventivamente con le OO.SS. della Dirigenza Medica e Veterinaria, in applicazione

dell'articolo 5, comma 1, del CCNL dirigenza medica veterinaria parte normativa quadriennio 2006-2009 e parte economica biennio 2006/2007, con cui sono stati definiti gli istituti contrattuali economici e giuridici più importanti, quali le metodologie di utilizzo delle risorse regionali, la formazione manageriale e continua, i criteri generali di valutazione dei dirigenti, la verifica dell'efficacia dei servizi pubblici e del grado di soddisfazione dell'utenza, i criteri per l'individuazione dei volumi prestazionali, i criteri per la definizione delle modalità di riposo, ecc.

Infine per quanto riguarda le risorse aggiuntive regionali, con le DGR n. 922/2009 e nn. 262-263/2010 la Regione Marche ha approvato i protocolli di intesa fra Assessore alla salute ed OO.SS. della dirigenza medico-veterinaria del SSR, della Dirigenza SPTA, del personale del Comparto e dell'ARPAM sui criteri di utilizzo delle risorse aggiuntive regionali, in applicazione dei rispettivi CC.CC.NN.LL. del quadriennio normativo 2006/2009 e biennio economico 2006/2007.

La situazione complessiva definitiva del personale dirigenziale e non assunto in attuazione delle sopra citate delibere regionali, è esposta dettagliatamente per azienda nella tabella seguente:

AZIENDE / ENTI	Personale del comparto stabilizzato al 31/12/2008	Personale del comparto stabilizzato al 31/12/2009	Personale della dirigenza assunto con contratti a t. i. 31/12/2009	Personale assunto per continuità assist. DGR 382/09	Personale assunto per dip. prof.sanit. DGR 1931/08	Personale assunto per potenziamento P.S.
A.O. OSPEDALI RIUNITI	99	14	8	-	-	-
A.O. SAN SALVATORE	58	11	-	-	-	30
INRCA	16	8	4	-	-	12
ASUR	436	450	39	44	-	29
<b>TOTALE</b>	<b>609</b>	<b>483</b>	<b>51</b>	<b>44</b>	<b>-</b>	<b>71</b>

*Come si può rilevare la manovra complessiva di trasformazione dei rapporti di lavoro da flessibile o precario ha interessato complessivamente n° 1.258 addetti*

## **XIV.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO**

### **Previsione delle cessazioni del personale nel triennio 2010-2012**

La manovra contenuta nel d.l. n. 78 del 31 maggio 2010 pone vincoli pesanti sul piano economico e limitazioni alla sostituzione del personale cessato. Si rende pertanto necessario analizzare l'andamento del turn-over del personale del SSR.

L'andamento delle cessazioni nel triennio 2007-2009 è evidenziato nel dettaglio delle tabelle che seguono.

**Cessazioni personale a tempo indeterminato negli enti del SSR anno 2007  
(non si considerano le cessazioni per mobilità all'interno della regione)**

Descrizione_Azienda	DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI CON INCARICO STRUTT._COMPL._	ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO	ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO CON INCARICO STRUTT._COMPL._	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO CON INCA	CAT - A	CAT - B	CAT - C	CAT - D	ALTRO PERSONALE	TOTALE
ZONA 1 PESARO	2						2	1	2	16		23
ZONA 2 URBINO	1	4	1				1	2	13	17		39
ZONA 3 FANO	10	6						19	5	29		69
ZONA 4 SENIGALLIA	7	2				1	2	11	4	1		28
ZONA 5 JESI	7	2	2				1	11	6	14		43
ZONA 6 FABRIANO	1						1	1	4	14		21
ZONA 7 ANCONA	1	1	2	1			3	8	6	23		45
ZONA 8 CIVITANOVA MARCHE	4	4			1		1	2	11	2	32	57
ZONA 9 MACERATA	9		1			1	5	11	8	28		63
ZONA 10 CAMERINO	4						2	7	5	10		28
ZONA 11 FERMO	9		2	1		1		1	8	26		48
ZONA 12 SAN BENEDETTO	4	2					1		5	2	21	35
ZONA 13 ASCOLI PICENO	28	2	2				6	39	6	77	2	162
AO S. SALVATORE	10	2	1				7	4	1	20		45
AO OSPEDALI RIUNITI	10	4	1			1	7	14	1	77		115
I.N.R.C.A.	6	3			2	2	2	8	5	20		48
<b>TOTALE</b>	<b>113</b>	<b>32</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>41</b>	<b>153</b>	<b>78</b>	<b>425</b>	<b>2</b>	<b>869</b>

**Cessazioni personale a tempo indeterminato negli enti del SSR anno 2008  
(non si considerano le cessazioni per mobilità all'interno della regione)**

Descrizione_Azienda	DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI CON INCARICO STRUTT._COMPL._	ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO	ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO CON INCARICO STRUTT._COMPL._	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO CON INCA	CAT - A	CAT - B	CAT - C	CAT - D	ALTRO PERSONALE	TOTALE
ZONA 1 PESARO	3	1	1				1	8	1	15		30
ZONA 2 URBINO	7	3		1		1	2	7	6	13		40
ZONA 3 FANO	6	2	1	1		2	2	10	6	27		57
ZONA 4 SENIGALLIA	4	1							11	2		18
ZONA 5 JESI	2		2			2	1	5	5	14		31
ZONA 6 FABRIANO	1		1					4	3	8	1	18
ZONA 7 ANCONA	4	1				1		13	5	20		44
ZONA 8 CIVITANOVA MARCHE	8	2	1					4	1	22		38
ZONA 9 MACERATA	6	1	1				2	14	8	35		67
ZONA 10 CAMERINO	3					1	1	8	12	19		44
ZONA 11 FERMO	7				2			7	7	28	1	52
ZONA 12 SAN BENEDETTO	3	4						1	2	9		19
ZONA 13 ASCOLI PICENO	5	2			2		1	5	3	19		37
AO S. SALVATORE	9	3					2	2	3	18		37
AO OSPEDALI RIUNITI	10	1	1				5	29	2	72		120
I.N.R.C.A.	3	2	2	1	1	2		6	2	30		49
<b>TOTALE</b>	<b>81</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>123</b>	<b>77</b>	<b>351</b>	<b>2</b>	<b>701</b>

**Cessazioni personale a tempo indeterminato anno 2009**  
(non si considerano le cessazioni per mobilità all'interno dell'ASUR)

Descrizione_Azienda	DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI CON INCARICO STRUTT. COMPL.	ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO	ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO CON INCARICO STRUTT. COMPL.	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO CON INCARICO STRUTT. COMPL.	CAT - A	CAT - B	CAT - BS	CAT - C	CAT - D	CAT - DS	ALTRO PERSONALE	TOTALE
ZONA 1 PESARO	5					1		2	1	5	8			22
ZONA 2 URBINO	5						2		2	2	10	2	1	24
ZONA 3 FANO	8	1	2			1		1	2	8	16	2		41
ZONA 4 SENIGALLIA	6	2	1				1	1	5	25	10	3		54
ZONA 5 JESI	2	2	2		1			2	2	3	11	1		26
ZONA 6 FABRIANO	1						1	1	3		7			13
ZONA 7 ANCONA	4	2	2					4	2	6	19	2		41
ZONA 8 CIVITANOVA MARCHE	2					1			3	3	11			20
ZONA 9 MACERATA	6	1				1	2	6	7	2	16	4		45
ZONA 10 CAMERINO	2	2	1			1	1	3	1	2	12	1		26
ZONA 11 FERMO	7	4	2		2			3	3	7	19	1	2	50
ZONA 12 SAN BENEDETTO	3	2						4	4	6	18	1		38
ZONA 13 ASCOLI PICENO	11	2				1	6	4	8	5	28	1		66
AO S. SALVATORE	4	1	1				3	2	2		14	1		28
AO OSPEDALI RIUNITI	21		1		1	2	18	8	12	3	79	3		148
I.N.R.C.A.	3	1		1	1	1	1	3	1	2	23	4		41
<b>TOTALE</b>	<b>90</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>35</b>	<b>44</b>	<b>58</b>	<b>79</b>	<b>301</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>683</b>

I soli pensionamenti previsti nel prossimo triennio, con esclusione di altri fattori imponderabili ai fini della previsione delle cessazioni, sono così riepilogati per figura professionale e per anno di uscita, prendendo a riferimento il personale dipendente al 31/12/2009 e i nuovi limiti di età per le donne.

**Stima pensionamenti del personale a tempo indeterminato dal 2010 al 2012 (\*)**

FIGURA PROFESSIONALE	Usciti 2010	Usciti 2011	Usciti 2012	TOTALE
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI CON INCARICO STRUTT. COMPL.	9	18	24	51
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	29	57	91	177
ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO CON INCARICO STRUTT. COMPL.	3	3	5	11
ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO	10	25	35	70
DIRIGENTI RUOLO PROF. TECNICO E AMMIN. CON INCARICO STRUTT. COMPL.	4	4	7	15
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO	0	0	1	1
CAT - DS	15	36	31	82
CAT - D	38	117	118	273
CAT - C	11	46	68	125
CAT - BS	26	37	40	103
CAT - B	15	17	14	46
CAT - A	6	15	9	30
ALTRO PERSONALE	0	0	2	2
<b>TOTALE</b>	<b>166</b>	<b>375</b>	<b>445</b>	<b>986</b>

(\*) I dati sono stati ottenuti stimando il pensionamento a 65 anni per gli uomini e a 60 per le donne sulla base dei dati al 31-12-2009

Le economie, ove il personale cessato non fosse sostituito, relativo al pensionamento come sopra previsto sono calcolati prendendo come riferimento i costi medi per figura professionale.

### Risparmio derivato dalla stima del personale in uscita dal 2010 al 2012 (\*\*)

<b>FIGURA PROFESSIONALE</b>	<b>Usciti 2010</b>	<b>Usciti 2011</b>	<b>Usciti 2012</b>	<b>TOTALE</b>
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI CON INCARICO STRUTT. COMPL.	918.000	1.836.000	2.448.000	5.202.000
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	2.494.000	4.902.000	7.826.000	15.222.000
ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO CON INCARICO STRUTT. COMPL.	258.000	258.000	430.000	946.000
ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO	710.000	1.775.000	2.485.000	4.970.000
DIRIGENTI RUOLO PROF. TECNICO E AMMIN. CON INCARICO STRUTT. COMPL.	260.000	260.000	455.000	975.000
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO	-	-	65.000	65.000
CAT - DS	480.000	1.152.000	992.000	2.624.000
CAT - D	1.064.000	3.276.000	3.304.000	7.644.000
CAT - C	286.000	1.196.000	1.768.000	3.250.000
CAT - BS	624.000	888.000	960.000	2.472.000
CAT - B	345.000	391.000	322.000	1.058.000
CAT - A	132.000	330.000	198.000	660.000
ALTRO PERSONALE	-	-	44.000	44.000
<b>TOTALE</b>	<b>7.571.000</b>	<b>16.264.000</b>	<b>21.297.000</b>	<b>45.132.000</b>

(\*\*) I dati sono ottenuti moltiplicando il costo annuo medio in euro della categoria per il numero di dipendenti in uscita

### **XIV.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI**

La pianificazione prevede, in coerenza con le direttive nazionali e con gli atti emanati di recente dal livello regionale:

- la costituzione di un osservatorio specifico attraverso il quale effettuare l'assessment professionale del ruolo della dirigenza e delle professioni sanitarie; l'assessment professionale dei profili sociali; la valutazione delle dinamiche di cessazione in relazione alla necessaria garanzia dei livelli di assistenza;
- la definizione delle aree critiche di intervento;
- l'avvio della riprogrammazione delle risorse umane coerenti con il fabbisogno risultante.

## **XV IL SISTEMA INFRASTRUTTURALE**

### **XV.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO**

La Regione Marche, attraverso il PSR 2007-2009 ha previsto il passaggio dall'obiettivo della programmazione tradizionale, rivolto a definire i servizi necessari per soddisfare localmente i bisogni assistenziali della popolazione di un territorio, ad un obiettivo di riprogrammazione e di superamento della frammentarietà dei servizi, per eliminare inutili duplicazioni e creare nuove sinergie ed interazioni.

Le indicazioni programmatiche sono state quindi rivolte a garantire dimensioni e caratteristiche delle strutture organizzative dal punto di vista della funzionalità e dell'economicità, correlandole ad un bacino di utenza necessario per garantirne la qualità in termini di risultati.

Tali indicazioni si sono rese necessarie per far fronte al verificarsi di nuovi scenari che presentano diversi aspetti particolarmente importanti, tra i quali assumono un significativo rilievo i seguenti:

- l'evoluzione scientifica e della ricerca che hanno prodotto una crescente specializzazione nel trattamento di casi complessi e rari, tale da determinare una maggiore concentrazione della casistica, necessaria per raggiungere una dimensione adeguata atta a garantire il migliore contesto organizzativo-tecnologico-strutturale e la presenza delle competenze professionali più qualificate e, nello stesso tempo, a conseguire le più favorevoli condizioni di economia di scala;
- il progresso sempre più rapido dell'innovazione tecnologica, che determina una più veloce obsolescenza della strumentazione e delle apparecchiature ed una conseguente crescita dei costi e che richiede quindi di formulare, con strategie di ampio livello (aree vaste, regione), scelte selettive e investimenti mirati da destinare in siti specifici senza rincorrere una velleitaria distribuzione della dotazione di tutto a tutti.

Questa situazione si inserisce in una realtà organizzativa, tecnologica e strutturale della Regione in cui è in corso il recepimento dei cambiamenti in atto.

Da un punto di vista strutturale, le attuali strutture, comprese quelle più recenti, si stanno dimostrando inadeguate sotto il profilo della concezione stessa, in particolare per gli organismi ospedalieri, perché basate sul modello della divisione/reparto ospedaliero autonomo ed autosufficiente. L'esatto contrario di quanto richiesto dagli orientamenti evolutivi e dai nuovi principi per la realizzazione di strutture in cui si concentrino l'alta tecnologia e l'assistenza qualificata, che prevedono l'introduzione di contesti organizzativi almeno di scala dipartimentale e di modelli organizzativi delle aree di assistenza e degenza basati sulla modulazione dell'intensità assistenziale. E' chiaro che le risorse assorbite da schemi strutturali – organizzativi non adeguati sono maggiori, che i costi di gestione sono quindi più elevati e che la mancata integrazione genera effetti disfunzionali.

Le indicazioni strategiche previste a livello regionale richiedono quindi l'adozione di un sistema sinergico ed omogeneo che integri le funzioni sanitaria, diagnostica e terapeutica, con le funzioni di ricerca e di didattica. Soprattutto, il nuovo modello che si vuole realizzare vuole passare da una situazione di estrema polverizzazione di strutture e di duplicazione di funzioni ad una realtà di integrazione e differenziazione dell'offerta.

Tale integrazione deve avere valenza innanzitutto organizzativa, tecnologica e strutturale, quest'ultima supportata e possibilmente potenziata dall'attribuzione di specifiche tipologie funzionali e dall'introduzione di innovative soluzioni spaziali, ma si deve inoltre accompagnare ad una evoluzione di carattere culturale che porti a ritenere necessario strutturare il sistema sanitario come organizzazione a rete, che costituisce la modalità organizzativa che meglio consente e facilita il raggiungimento degli obiettivi fissati in sede di programmazione. Tutto questo al fine di offrire la maggiore copertura assistenziale a livello regionale e, in particolare, nello specifico bacino di utenza definito dalle Aree Vaste, secondo modalità di coordinamento e integrazione che sostengano l'equilibrio in termini di dotazioni e livelli di assistenza e che definiscano efficaci ed efficienti percorsi di diagnosi e cura.

In particolare, la riorganizzazione in rete del sistema sanitario regionale deve essere rivolta alla razionalizzazione delle strutture presenti nella logica dell'integrazione delle funzioni e della differenziazione per intensità assistenziale, con la concentrazione dell'alta specialità in specifici centri di eccellenza di riferimento, dislocati in posizione strategica da nord a sud sul territorio regionale. Nello stesso tempo, deve essere prevista la riqualificazione di strutture ospedaliere di dimensioni limitate e di bassa specialità verso funzioni principalmente orientate alla specialistica, ai servizi territoriali e socio sanitari, pur in una logica di integrazione con i centri di riferimento.

## **XV.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO**

La strategia generale della Regione, secondo quanto previsto dal precedente PSR, ha già messo in atto la riorganizzazione della rete ospedaliera attraverso la realizzazione delle reti cliniche e nella logica dell'intensità di cura. Le azioni intraprese riguardano:

- il rapido consolidamento dell'integrazione di servizi e funzioni a nord della regione (Area Vasta 1) e a sud (Area Vasta 5), a seguito dell'istituzione delle Aziende Ospedaliere "Ospedali Riuniti Marche Nord" e "Ospedali Riuniti Marche Sud", quali nodi di riferimento per la copertura del bisogno di cura e assistenza dei pazienti acuti al livello minimo di area vasta;
- l'implementazione dei progetti di ridisegno dell'area metropolitana di Ancona, con la differenziazione tra polo nord e polo sud in cui si stanno realizzando:
  - a nord, il potenziamento del centro di riferimento regionale e la concentrazione dell'alta specialità presso l'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona per una efficace risposta al paziente acuto ed in urgenza e con particolare attenzione all'area materno infantile per la quale è previsto lo spostamento del Salesi nell'area di Torrette;
  - a sud, la creazione di un centro di riferimento regionale per il paziente fragile, con particolare attenzione alla popolazione anziana (Nuovo Inrca / Ospedale di rete) e contestuale adeguamento / riclassificazione delle strutture ospedaliere / sanitarie presenti nel territorio al fine di differenziare e potenziare l'offerta in sinergia con l'area nord di Ancona;
- la razionalizzazione della rete delle strutture dell'Area vasta 4 di Fermo, con la creazione di un nuovo nodo sovraprovinciale di riferimento (nuovo Ospedale di Fermo, per il quale è in corso di definizione il concorso di idee per la progettazione), per la cura

del paziente acuto, integrato in rete con una struttura orientata al trattamento del paziente cronico / fragile (attuale sede Inrca Fermo);

- la riorganizzazione e riqualificazione delle strutture dell'area montana, con il potenziamento tecnologico dell'Ospedale di Fabriano e la differenziazione e rimodulazione delle attività degli altri centri minori a garanzia dei servizi di base e con la copertura delle situazioni di urgenza ed emergenza attraverso il potenziamento dei servizi di elisoccorso (2° elicottero) per il rapido collegamento con le strutture di alta specialità.

Allo scopo di render perseguibili le azioni programmatiche verificandone gli esiti si ritiene indispensabile dotarsi di un osservatorio di settore che ponga attenzione ai dati di sintesi strutturali (ad. es. numerosità delle strutture ospedaliere per acuti, per lungodegenza e riabilitazione, p.l., strutture residenziali, strutture ambulatoriali per imaging, laboratori, ecc.).

Il numero complessivo dei posti letto della Regione è in linea con le indicazioni attualmente vigenti, anche se, vi è un'elevata dispersione dei posti letto. Ciò che può apparire una debolezza del sistema ospedaliero marchigiano si trasforma in una "ricchezza" nel momento in cui una rete di strutture piccole può arrivare a soddisfare la maggior parte della domanda sanitaria "non complessa".

L'obiettivo generale prevede quindi la riqualificazione di strutture ospedaliere di dimensioni limitate e di bassa specialità principalmente orientate ai servizi territoriali e socio sanitari attraverso funzioni di lungodegenza e poliambulatoriali diagnostiche, in una logica di integrazione con le reti cliniche da erogare negli ospedali per acuti ("maggiori"). Contestualmente, è prevista la riorganizzazione dei servizi territoriali (di prevenzione, specialistica, medicina primaria, di integrazione socio sanitaria) con lo sviluppo delle equipe territoriali e la realizzazione di Case della salute, anche per potenziare la funzione di filtro e di alleggerimento nei confronti degli ospedali per acuti e delle strutture di pronto soccorso in presenza di codici bianchi e verdi del triage, ricoveri inappropriati, pazienti post e sub acuti, in riabilitazione, in condizioni di fragilità/cronicità gestibili in ambito territoriale ma non domiciliare.

### **XV.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI**

In ragione dell'evoluzione dello scenario di riferimento ed in considerazione delle indicazioni strategiche contenute nel presente Piano, gli obiettivi generali per la programmazione regionale sono quindi riconducibili ai seguenti:

- consolidamento delle Reti cliniche in ambito ospedaliero e specialistico ambulatoriale;
- potenziamento della Rete di emergenza urgenza;
- riqualificazione della rete ospedaliera per la riorganizzazione della rete territoriale socio sanitaria;
- consolidamento e potenziamento della Rete territoriale socio sanitaria;
- potenziamento della Rete della Prevenzione.

La definizione del piano degli investimenti in campo sanitario previsto nell'Accordo di programma tra la Regione Marche ed il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali per un importo pari a circa 324 milioni di euro, il cui 1° stralcio di 112 milioni di euro è

stato stipulato in data 18 marzo 2009, ha previsto importanti interventi di carattere strutturale di rilevante impatto per ciascuna Area vasta; in particolare, è stata prevista l'esecuzione di tutte le opere di messa a norma, adeguamento, completamento delle parti strutturali ed impiantistiche, per la sicurezza del personale e degli utenti.

E' inoltre arrivato a conclusione l'iter per la stipulazione del secondo stralcio dell'Accordo di programma, per un importo pari a 211,5 milioni di euro, che insieme a quanto già indicato nel primo stralcio consentirà di avviare le azioni per portare a termine la riorganizzazione della rete ospedaliera nella logica delle reti cliniche integrate e dell'intensità di cura nell'ambito delle Aree vaste, con la realizzazione di nuove strutture adeguate a gestire il paziente acuto nel modo più efficace ed efficiente.

Il complessivo piano di azioni riguarda quindi:

- la riorganizzazione della rete ospedaliera con il potenziamento del centro di riferimento regionale e la concentrazione dell'alta specialità presso l'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona;
- contestuale realizzazione, a nord della regione (integrazione Pesaro-Fano) e a sud (integrazione Ascoli-San Benedetto), di due nodi provinciali per la copertura del bisogno di cura e assistenza al livello minimo di area vasta;
- il ridisegno dell'area di Ancona, con la differenziazione tra polo nord e polo sud in cui da un lato potenziare la risposta al paziente acuto ed in urgenza, con particolare attenzione ai casi di alta complessità e, dall'altro lato, creare un centro di riferimento regionale per il paziente fragile, con particolare attenzione alla popolazione anziana;
- adeguamento delle strutture ospedaliere nell'Area vasta 2 al fine di differenziare e potenziare l'offerta in sinergia con l'area metropolitana di Ancona;
- un forte orientamento alla ricerca ed all'innovazione nelle strutture dell'area di Ancona, con particolare attenzione alla medicina molecolare ed alla medicina predittiva, strettamente integrate con l'attività di ricovero e cura;
- la razionalizzazione della rete delle strutture tra le Aree vaste 3 e 4 di Macerata e Fermo, con la creazione di un nuovo nodo sovraprovinciale lungo la fascia adriatica, tra Ancona ed il confine sud della regione, per la cura del paziente acuto, integrato in rete con una struttura orientata al trattamento del paziente cronico (attuale sede Inrca Fermo);
- il rafforzamento delle strutture di rete della fascia collinare della Regione (Urbino, Jesi, Macerata) in termini di adeguamento strutturale, differenziazione delle attività ed integrazione dei servizi rispetto ai nodi provinciali della fascia adriatica;
- la riorganizzazione e riqualificazione delle strutture della fascia montana, a partire dal potenziamento tecnologico dell'Ospedale di Fabriano, a garanzia dei servizi di base e con la copertura delle situazioni di urgenza ed emergenza attraverso il potenziamento dei servizi di elisoccorso e per il rapido collegamento con le strutture di alta specialità;
- la riqualificazione di strutture ospedaliere di dimensioni limitate e di bassa specialità verso funzioni principalmente orientate ai servizi territoriali e socio sanitari, pur in una logica di integrazione con le reti cliniche;
- la riorganizzazione della rete territoriale e socio sanitaria con il rafforzamento del ruolo del distretto e la definizione della rete di strutture per la presa in carico e per la gestione

delle varie fasi dei trattamenti di carattere assistenziale e socio assistenziale (punto unico di accesso, Casa della salute, Strutture di comunità, Residenze protette, ecc.);

- il potenziamento della rete dell'emergenza-urgenza con il consolidamento della rete dei trasporti e la riorganizzazione dei punti di pronto soccorso in ragione della differente capacità di risposta assistenziale della struttura di riferimento;
- il consolidamento della rete dei Dipartimenti di Prevenzione, con il rafforzamento nell'ambito della sicurezza, sia per i luoghi di lavoro, sia per la parte alimentare e veterinaria e, per quanto riguarda la prevenzione collettiva, lo sviluppo di una forte sinergia con le aree di ricerca nel campo della diagnosi precoce/predizione;
- il potenziamento delle infrastrutture tecnologiche e dei sistemi di comunicazione per migliorare il funzionamento dei servizi e facilitare l'erogazione di prestazioni ad alto valore aggiunto;
- l'esecuzione di tutte le opere di messa a norma, adeguamento, completamento delle parti strutturali ed impiantistiche, per la sicurezza del personale e degli utenti.

## **XVI IL SISTEMA DI INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT)**

### **XVI.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO**

La salute dei cittadini marchigiani, come stato di benessere fisico, mentale e sociale, si configura nella sua accezione sociale e politica, come un bene della collettività regionale e come un diritto soggettivo fondamentale.

Il sistema regionale nell'adozione delle iniziative mirate ad assicurare la salute dei cittadini, considera fondamentale il ruolo e le potenzialità che le tecnologie ICT, mature e diffuse, mettono a disposizione ormai da circa un decennio.

I piani, sanitario 2007-2009 e sociale 2008-2010, nelle proprie linee di programmazione, hanno delineato per l'ICT, percorsi complementari ma autonomi, ed hanno di fatto costituito due patrimoni con propria dotazione strumentale e informativa, uno per l'ambito sociale e l'altro per l'ambito sanitario.

Il piano socio-sanitario 2010-2012 nella continuità delle iniziative di consolidamento in corso per ambedue gli ambiti, pone le basi per un nuovo modello a forte integrazione dei processi; quindi prospetta una linea programmatica, nella quale il sistema informativo, parte imprescindibile del patrimonio salute della popolazione, sia ricondotto attraverso una azione finalizzata ad unificare e potenziare la dotazione strumentale e funzionale del sistema socio-sanitario regionale.

#### **XVI.1.1 Il cittadino, il sistema socio sanitario e le tecnologie ICT.**

Nei rapporti fra amministrazione regionale e cittadino, l'adozione e la diffusione delle moderne tecnologie mette in campo validi e nuovi strumenti; questi richiedono di ripensare le modalità ed il ruolo con cui i soggetti interagiscono. La relazione fruitore-erogatore, che sino ad ora chiamava il sistema socio sanitario a rispondere alla specifica richiesta di servizio inoltrata dal cittadino, in modo efficace per il cittadino ed efficiente per il sistema socio sanitario, perde parte della sua importanza nei confronti di un nuovo modello relazionale.

La prospettiva di una relazione "sistema – cittadino", che aumentando l'efficacia a favore del cittadino, presupponga un sostanziale recupero di efficienza del sistema, passa attraverso un rapporto continuo e proattivo mirato al coinvolgimento del cittadino nella formazione e nel mantenimento del suo patrimonio salute.

La capacità del sistema sociale e sanitario di attivare e sostenere questa modalità relazionale trova nelle tecnologie ICT un elemento imprescindibile e richiede un deciso abbattimento del "digital divide" che ancora interessa larghe fette di popolazione.

Nell'ultimo decennio a livello nazionale, ma anche a livello di altre esperienze regionali, l'amministrazione ha introdotto la "carta dei servizi - CNS" (in alcuni casi "carta regionale dei servizi – CRS") , con l'obiettivo di migliorare il proprio modo di relazionarsi con il cittadino.

La regione Marche ha adottato uno strumento regionale, *la carta Raffaello*, che è stata distribuita ad innumerevoli operatori delle amministrazioni pubbliche, fra cui anche l'amministrazione sanitaria; lo strumento tecnologico ha in sé tutte le caratteristiche per essere il punto di avvio di una evoluzione da *carta operatori* a *carta cittadino*, considerando in questo le ovvie differenze sia funzionali che infrastrutturali.

La dotazione della Carta Nazionale dei Servizi, ovvero per le Marche la CRS - Carta Raffaello, costituisce un importante strumento nella direzione di attivare modalità di relazione orientate all'attenzione dell'amministrazione nei confronti dei cittadini.

### **XVI.1.2 Assessment organizzativo, tecnologico e infrastrutturale ICT**

Il quadro tecnologico ed infrastrutturale degli strumenti ICT ed il quadro delle procedure organizzative per il loro utilizzo, si assesta a metà 2010 su una fase di consolidamento per quelli che sono stati i principali interventi previsti nell'ambito del PSR 2007-2009 e del piano sociale 2008-2010.

In sintesi, e distintamente per i due specifici contesti sanitario e sociale, che hanno percorso una evoluzione sino ad ora autonoma nell'ambito ICT, si riportano i principali sistemi che costituiscono l'attuale configurazione ICT. Tutto ciò fatto salvo gli interventi di consolidamento che interessano una parte degli stessi. Il quadro risultante è la base per la definizione realistica degli obiettivi e delle azioni programmatiche di piano.

#### ***Sistema ICT sanitario***

Il sistema ICT della sanità ha una dotazione consistente di sistemi gestionali, clinico sanitari e di controllo, frutto di una storia evolutiva complessa e di un percorso di razionalizzazione intrapreso con gli interventi del piano sanitario 2007-2009.

A comporre il sistema ICT della sanità contribuiscono due classi di sistemi: i sistemi regionali ed i sistemi aziendali.

#### ***Sistemi Regionali***

I principali sistemi regionali della sanità sono:

- Anagrafe Sanitaria Regionale (MEF)
- SIA (Sistema informativo sanitario unico regionale – Sottosistema amministrativo e del personale)
- Centro prenotazioni unico regionale
- Sistema Identificazione – Autenticazione – Autorizzazione Carta Elettronica (Carta Raffaello)
- 118 - NET Emergenza sanitaria
- Data Warehouse regionale
- Rete di telecomunicazione regionale della sanità
- Sistema gestione flussi Assistenza Residenziale e Semiresidenziale
- Sistema Trapianti
- Sistema screening per la prevenzione
- Sistema della formazione
- Registro accessi vascolari

- Sistema per la gestione e l'archiviazione dei flussi autorizzativi sanitari
- Sistema Gestione Assistenza Residenziale
- Diabetologia
- Sistema controllo consumi farmaceutici e spesa farmaceutica
- Sistema veterinaria e di alimenti
- Sistema Malattie Rare.

La caratteristica dei sistemi elencati è quella di avere scopo e dignità del livello regionale, infatti pur operando in molti casi a livello locale gestendo le informazioni relative agli eventi assistenziali erogati a favore dei cittadini, i relativi processi assistenziali hanno maturato una uniformità ed una condivisione su base regionale, per cui le informazioni costituiscono una base dati informativa omogenea nel significato e sono importanti sia per analisi di contesto sia per assolvere obblighi informativi di legge.

Da includere anche alcuni sistemi in fase di avanzata progettazione quali il *Centro di Prenotazione Interregionale*.

### **Sistemi Aziendali (ASUR e A.O.)**

I principali sistemi delle aziende sono:

- Anagrafe aziendale unica ASUR
- Anagrafe zonale di scelta e revoca
- LIS (Laboratory Information System)
- RIS (Radiology Information System)
- PACS (Picture Archiving Comunication System)
- SIO (Sistema Informativo Ospedaliero): composto principalmente da ADT (Accettazione Dimissione e Trasferimento), Ps (Pronto Soccorso), Gruppo Operativo, Reparto
- Sistema
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Vaccinazioni
- Protesica e presidi
- Medicina legale e fiscale.

Le aziende del sistema sanitario, in modo autonomo con scelte differenti per scopo e differite nel tempo, si sono dotate dei sistemi a supporto dei processi di cura ed amministrativi. In conseguenza di ciò permane l'ambito differenziato dei sistemi, che a sua volta rende in molti casi problematico lo scambio e la raccolta delle informazioni per una governance complessiva del sistema.

Il piano 2010-2012, in tal senso e nel quadro di un insieme di iniziative concordate con il Ministero della Salute, prospetta azioni progettuali con l'obiettivo di costituire sistemi di riferimento per le aziende e laddove non restrittivo delle rispettive e riconosciute autonomie, propone la progettazione di sistemi unificati.

## **Sistema ICT sociale e socio-sanitario**

Il contesto ICT per l'assistenza sociale e per l'integrazione socio sanitaria è rappresentato dai seguenti principali sistemi:

- Osservatorio Politiche Sociali
- Centro Documentazione Infanzia
- Sistema informativo Infanzia Adolescenza
- SINA (Sistema informativo non autosufficienza)
- Gestione Operativa Servizio Civile
- Osservatorio Regionale comportamento e abusi sui minori
- Sistema informativo delle Dipendenze
- SISP (Sistema informativo psichiatrico informatizzato)
- Osservatorio Immigrazione (in fase di studio preliminare)
- Osservatorio Carcere (in fase di studio preliminare).

Il piano sociale 2008-2010 ha promosso a livello regionale, per l'ambito dell'integrazione socio-sanitaria e sociale, interventi mirati a supportare il monitoraggio delle strutture e dei fenomeni sociali di maggiore rilevanza: materno infantile, disabilità, salute mentale, valutazione dei bisogni assistenziali.

L'ambito sociale a sua volta è popolato di sistemi collocati presso le amministrazioni chiamate alla erogazione delle prestazioni assistenziali, nel caso si sono affidate la parte sociale alle autonomie locali ed alle unità territoriali della sanità la parte socio-sanitaria .

## **XVI.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO**

Le fasi attuative del piano sanitario 2007-2009 e sociale 2008-2010 hanno consolidato il criterio di "network di servizi", costituendo un impianto infrastrutturale costituito dalla rete regionale di telecomunicazione della sanità e dato impulso all'azione di condivisione, uniformizzazione e concentrazione dei sistemi del livello regionale presso il "centro servizi" della Giunta Regionale. L'effetto congiunto di queste due risultanti, ha permesso alla componente sanitaria di costituire un primo nucleo di sistemi regionali unificati o nel caso più generale, a forte integrazione con i sistemi aziendali; la componente sistema informativo dei servizi sociali ha invece realizzato specifici sistemi in grado di supportare e monitorare i fenomeni sociali di maggior rilievo.

L'orientamento strategico per il prossimo triennio vede per l'ICT la ricongiunzione delle due realtà in un'unica piattaforma informativa, con l'obiettivo di coniugare le informazioni a livello fenomenologico degli eventi assistenziali sociali con le informazioni degli eventi sanitari nel loro valore sia fenomenologico che soggettivo; inoltre, nella continuità di quanto realizzato e nella prospettiva di un piano regolatore dei servizi integrati alla persona, ribadisce il ruolo fondamentale di raccordo dell'integrazione socio-sanitaria.

L'ICT in coerenza con i luoghi dell'assistenza sanitaria e sociale, ripartisce le proprie dotazioni presso le differenti realtà del sistema in un nuovo quadro di insieme che vede:

- l'assistenza sanitaria: consolidare il livello regionale ed integrare le tecnologie e l'organizzazione del livello aziendale con l'obiettivo di cingere il cittadino in una rete informativa unitaria in grado di conseguire il duplice obiettivo di costituire per lo stesso cittadino, il miglior patrimonio per la gestione della salute e per il sistema sanitario la gestione ottimale delle proprie risorse;
- l'assistenza sociale e socio-sanitaria: dare al ruolo regionale il compito di monitorare i fenomeni sociali di rilievo, prospettare il quadro d'insieme necessario alle azioni di governo ed ai ruoli locali gli strumenti per la fondamentale integrazione.

Il piano socio-sanitario 2010-2012, raccogliendo per l'ambito ICT l'esito dei precedenti piani, orienta il nuovo impegno verso la costruzione di una nuova dotazione informativa che garantisca al sistema regionale di:

- coinvolgere ed informare i cittadini promuovendo i migliori modi per avvalersi dei servizi della sanità e del sociale;
- facilitare l'accesso agli stessi servizi;
- costituire un patrimonio informativo soggettivo per la salute del cittadino (sanità + sociale) sul quale fondare una nuova modalità di relazione ;
- raccogliere a livello regionale le informazioni fenomenologiche e le informazioni degli eventi di assistenza sociale e sanitaria e costituirne la base informativa per il governo;
- controllare l'efficacia dell'erogazione dei servizi e tenerne informata la popolazione;
- controllare l'efficienza del sistema nell'allocazione e nell'utilizzo delle risorse;
- dare conto dell'equità assistenziale alla popolazione.

Attraverso un macro percorso di interventi programmati, i sistemi ICT debbono convergere su un assetto in grado di conseguire gli obiettivi della rinnovata modalità relazionale fra sistema regionale e cittadino.

### **XVI.2.1 Le componenti dell'intervento ICT**

Il nuovo quadro strategico porta a linee di intervento pensate per dare continuità alle azioni in corso, concentrando nel contempo gli sforzi nel potenziamento della dotazione informativa del sociale e facendo sì che possa attuarsi una convergenza verso un nuovo paradigma relazionale per una migliore assistenza integrata al cittadino.

A sostegno della linea strategica, le azioni Intervento ICT si articolano orientandosi su quattro specifiche direttrici:

- Accordo di programma ed i network di servizi per il sistema sanitario
- Centro servizi regionale
- Carta Regionale dei Servizi (Carta Raffaello)
- Sistema informativo per i servizi integrati alla persona
- Governance del sistema sanitario e sociale.

### **L'accordo di programma ed I network di servizi per il sistema sanitario**

Con DGR del n. 17 dell'11 gennaio 2010 e successivamente con sottoscrizione dello stesso in data 7 maggio 2010, la Giunta Regionale ha dato corso ad un "Accordo di Programma - 2009 II° stralcio" con il Ministero della Salute; nei termini di questo accordo si prevedono interventi a favore delle strutture del sistema sanitario regionale per un valore complessivo di 211 mln. di euro.

L'ICT (in prevalenza del sistema sanitario) è interessato per una parte consistente di questi interventi. Gli stessi sono finalizzati alla abilitazione di una piattaforma regionale a sostegno di una "rete di servizi" per la quale si consegue l'importante risultato di rendere ininfluente la localizzazione dei sistemi ad alto valore aggiunto necessari ai processi diagnostici, terapeutici e assistenziali.

Garantendo in tal modo ed in ogni caso, la diffusione degli stessi specifici servizi sull'intero territorio regionale, senza oneri di replicazione degli stessi sistemi e dei costi che ne potrebbero derivare.

	<b>Tipologia dell'intervento</b>	<b>Rete di riferimento</b>
1	<b>Anagrafe sanitaria regionale degli assistiti</b>	<b>Territoriale</b>
2	<b>Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale</b>	<b>Territoriale / Cure Primarie</b>
3	<b>Network Laboratori (laboratorio virtuale)</b>	<b>Diagnostica</b>
4	<b>Network Diagnostica Immagini</b>	<b>Diagnostica</b>
5	<b>Meta - Portale del Sistema Sanitario Regionale</b>	<b>Conoscenza</b>
6	<b>Sistema della Prevenzione e dello Screening</b>	<b>Territoriale/Prevenzione</b>
7	<b>Sistema dell' Emergenza Sanitaria e della Continuità assistenziale</b>	<b>Emergenza</b>
8	<b>Sistema della Telemedicina</b>	<b>Socio- sanitario</b>
9	<b>Sistema di Gestione e Controllo delle Prestazioni del SSR - Flussi informativi verso MEF e Welfare</b>	<b>Governo</b>
10	<b>Sistema Informativo Ospedaliero Regionale (ADT, Pronto Soccorso)</b>	<b>Ospedaliero</b>
11	<b>Centro Servizi Regionale</b>	<b>=====</b>

Costituiscono un importante completamento del percorso di innesto sulla realtà ICT dei "Network di servizi", due fondamentali reti regionali riguardanti: il SIA (Sistema Informativo Sanitario Unico regionale – Sottosistema Amministrativo e del Personale) ed il CUP -

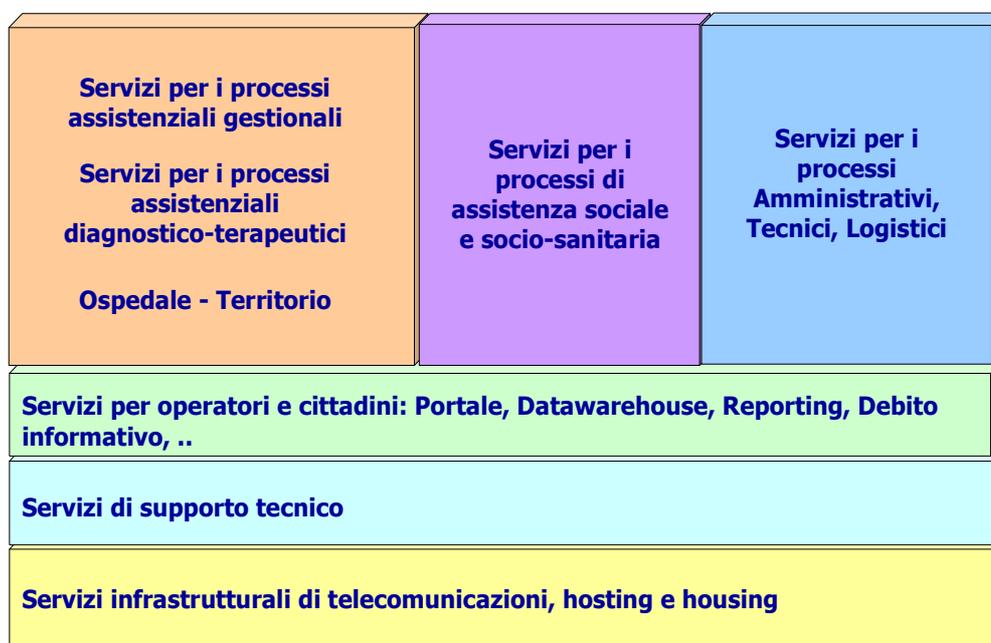
Regionale (Centro di prenotazione unico - REGIONALE). Il SIA ha configurato a livello regionale l'omogeneizzazione delle informazioni relative all'utilizzo delle risorse (ciclo passivo) ed ha permesso di uniformare, per il sistema sanitario regionale, le modalità e le procedure amministrative relative a: redazione degli atti amministrativi del bilancio, acquisizione di beni e servizi, gestione dei magazzini, gestione delle risorse umane.

Tramite la costituzione di due centri operativi di contatto con i cittadini, il CUP Unico Regionale è il secondo importante intervento di livello regionale. Questo intervento ha l'obiettivo di mettere a disposizione dei cittadini marchigiani un unico strumento per l'accesso alle prestazioni di contenuto specialistico, garantendo agli stessi maggiore equità ed un più vasto serbatoio di offerta dei servizi con il conseguente contenimento dei tempi di attesa.

### **Centro servizi regionale**

L'esigenza di garantire lo sviluppo, il riordino e l'ottimizzazione delle allocazioni delle risorse ICT regionali ed aziendali della sanità, presuppone la possibilità di disporre di un "Centro servizi regionale". Le caratteristiche che i sistemi sanitari e sociale chiedono al Centro Servizi Regionale è che questi sia un ambiente tecnologicamente evoluto ed attrezzato in grado di ospitare le apparecchiature, gli apparati tecnologici e di erogare i servizi infrastrutturali, applicativi e di supporto per i sistemi ICT del livello regionale (eventualmente anche del livello aziendale) per la sanità ed il sociale.

La fattibilità della rilocalizzazione e concentrazione dei sistemi è a sua volta favorita anche a seguito della disponibilità della rete di telecomunicazione sanitaria, questa rete estesa ed affidabile copre in modo adeguato le esigenze di connessione dei punti di erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.

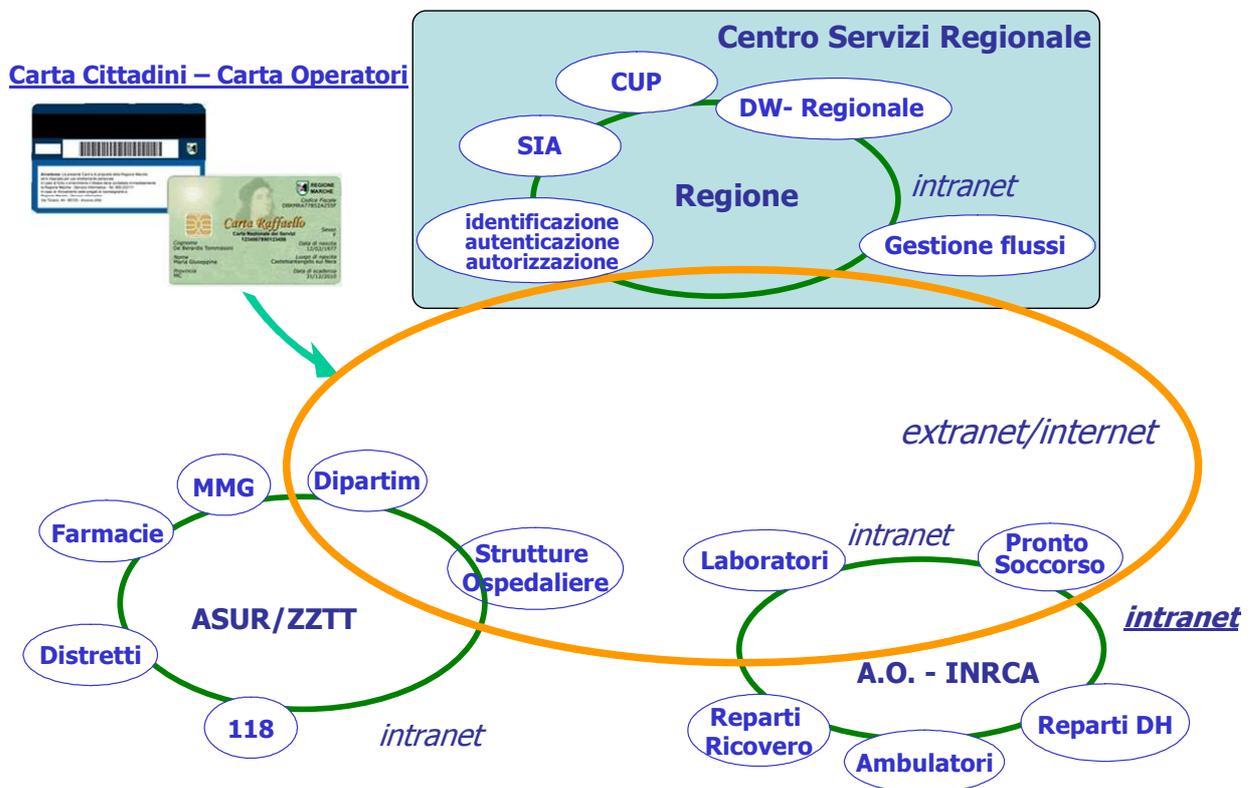


## Il Centro Servizi Regionale

L'evoluzione del ruolo prevista nella costituzione del Centro Servizi Regionale sarà quella di aggregare in modo sempre più deciso i sistemi informativi del livello regionale della sanità e del sociale, consentendo l'attivazione da un verso di economie di scala e dall'altro le garanzie date da una infrastruttura affidabile e controllata.

### Carta Regionale dei Servizi – Carta Raffaello

La dotazione di uno strumento, quale la carta elettronica, per dialogare con i soggetti dell'amministrazione sanitaria (e pubblica in generale), permette al cittadino di essere riconosciuto in modo inequivocabile dall'interlocutore a cui chiede informazioni o servizi. La necessità di un riconoscimento forte è dettata dalle norme di legge sulla privacy (Legge 196/2003) e dalla sensibilità delle informazioni comportate dal contesto della cura della salute.



La situazione attuale, pur nella constatazione di disporre di un'architettura avviata e di scelte tecnologiche di buona affidabilità, comporterà un intenso programma di promozione, comunicazione e contatti con la cittadinanza. Infatti l'utilizzo di uno strumento di dialogo con i soggetti erogatori dei servizi sanitari evoluto, necessita il coinvolgimento formativo di tutte le unità di relazione con il cittadino e ancor più impegnativo di abituare il cittadino stesso all'utilizzo di questo strumento.

Il conseguimento di questo obiettivo è naturalmente un passo di notevole importanza nella azione di contenimento del fenomeno *digital divide* in ambito regionale, ed è anche un prerequisito per la realizzazione ed il pieno utilizzo del "fascicolo socio-sanitario elettronico".

## **Sistema informativo per i servizi integrati alla persona**

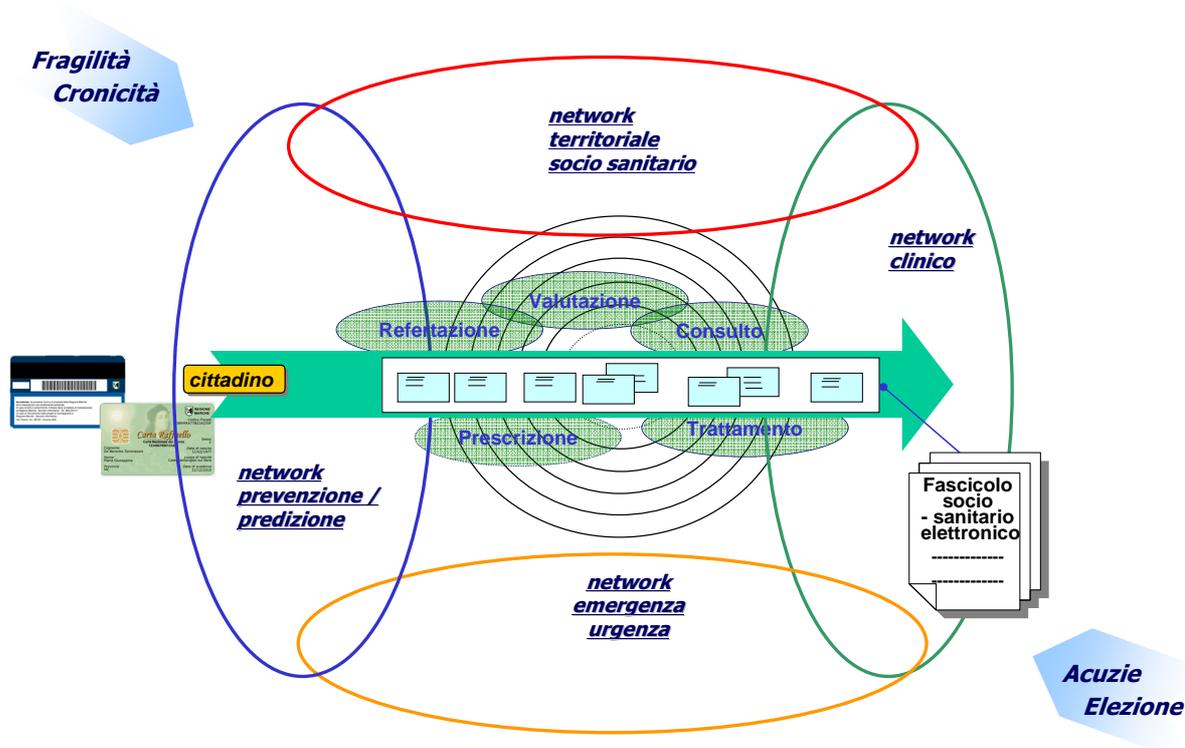
Il nuovo paradigma per il quale la Regione è tanto più vicina ai propri cittadini quanto è in grado di articolare i servizi assistenziali contrastando in modo tempestivo ed integrato le fenomenologie di degenerazione sociale o sanitaria, richiede che questa vicinanza si percepisca anche attraverso una maggiore integrazione delle informazioni correlate a queste fenomenologie.

Le azioni finalizzate a far convergere le informazioni dell'assistenza sanitaria e sociale verso il livello regionale sono funzionali a due scopi complementari: la presa in carico e gestione della fenomenologia, quale compito della programmazione assistenziale e la dotazione di strumenti di relazione con il soggetto assistito riconducibile al concetto di "fascicolo sanitario – sociale elettronico".

Il diverso grado di maturazione fra ICT a supporto del contesto sociale e del contesto sanitario, che consegue da una molteplicità di fattori quali l'approccio storico, la complessità dei processi in gioco ed i valori economici concernenti, costituirà nei prossimi anni una opportunità per stimolare una evoluzione più rapida dell'ICT del contesto sociale.

Questa opportunità sarà possibile in due fasi:

- una prima fase di integrazione, mantenendo le proprie autonomie organizzative e funzionali, utilizzando nel contempo le dotazioni infrastrutturali del contesto sanitario;
- una seconda fase, più complessa ed ambiziosa, attraverso la disponibilità di una dotazione informativa integrata per il sociale e per la sanità, si delineano nuovi percorsi a forte integrazione fra sociale e sanitario con esito finale consolidare la salute del cittadino nel "fascicolo socio-sanitario elettronico".



Laddove si disporrà di uno strumento per condurre un percorso integrato e interdisciplinare, si sarà in grado di contrastare i fenomeni sociali degenerativi e prevenire il conseguente manifestarsi delle relative patologie, con maggiore efficacia. Viceversa l'assistenza sociale potrà essere messa in campo in modo efficiente intersecando i percorsi terapeutici nei punti per i quali i soggetti deboli escano dall'ambito sanitario ed entrino nell'ambito sociale.

### ***Governance del sistema sociale e sanitario.***

La governance dell'assistenza sanitaria e sociale è affidata ai soggetti decisori del livello regionale, questi devono disporre di informazioni (tempestive 3-6 mesi) sugli esiti di efficacia e di efficienza dei due sistemi assistenziali. Altresì, gli stessi soggetti decisori sono, a loro volta, chiamati istituzionalmente a rendere conto della propria azione di “governance – government” ai soggetti decisori del livello nazionale nel loro ruolo di indirizzo e di controllo centrale. La centralizzazione dei sistemi del livello regionale risponde all'esigenza di disporre delle informazioni, laddove sono prese le decisioni di indirizzo e dove il controllo sugli esiti viene effettuato.

Il livello regionale dispone delle tecnologie per le attività di “decision making”, tramite un Data Warehouse (DW); il popolamento di questo DW prosegue, seppur in modo graduale, senza soluzione di continuità da circa diciotto mesi. Nato come complemento progettuale del SIA (Sistema Informativo Sanitario Unico regionale – Sottosistema Amministrativo e del Personale), il DW raccoglie e contiene le informazioni delle risorse economiche ed umane impiegate nell'ambito sanitario, attingendole dalla base dati del sistema amministrativo.

Da circa sei mesi sono in corso le attività per il caricamento delle informazioni relative ad alcune delle aree prestazionali del sistema sanitario, nello specifico: l'assistenza ospedaliera, l'assistenza specialistica e l'assistenza farmaceutica. Nel contempo si sono predisposte le elaborazioni preliminari per organizzare e condividere le informazioni dell'area risorse economiche (costi) e si stanno progettando i reports di valutazione preliminare.

Il triennio prossimo prospetta di seguire lo stesso percorso di convogliare nel DW le informazioni relative al contesto di erogazione dei servizi sanitari nella loro completezza e di attivare per il contesto sociale uno schema informativo per “prestazioni erogate - esito delle prestazioni – costi” in grado di guidare i soggetti decisori anche nel governo dell'ambito sociale.

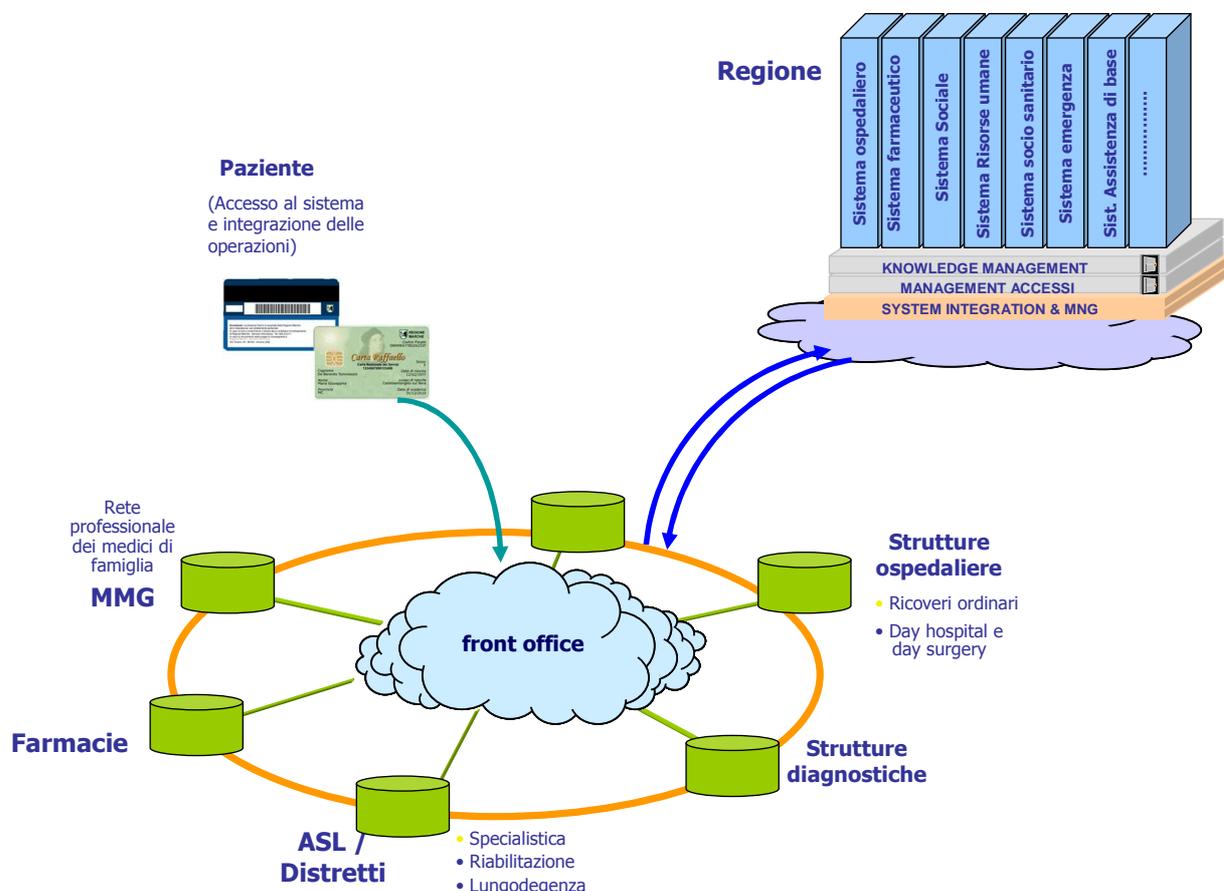
La piattaforma tecnologica di DW sarà naturalmente chiamata ad evolvere e diventare lo strumento per ottemperare al debito informativo come richiesto dal livello centrale.

L'adozione della modalità prospettata mette il nodo regionale in grado di assolvere con coerenza il duplice ruolo di:

- soggetto controllore e di indirizzo nei confronti dei soggetti attuatori della realtà sanitaria e sociale della regione: raccogliendo, esaminando ed utilizzando le informazioni raccolte per l'indirizzo programmatico;
- soggetto controllato dal livello nazionale: raccogliendo le informazioni così come previsto dalla normativa nazionale, controllandone la rispondenza e la completezza ed inviando poi il risultato ai punti di raccolta centrali predisposti.

Una esemplificazione grafica della duplicità del ruolo è evidente nella architettura informativa rappresentata con la figura che segue, dove attraverso flussi informativi bidirezionali si è in

grado di assicurare il controllo e la trasparenza del sistema a livello regionale ed i debiti informativi nei confronti del livello nazionale.



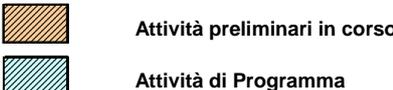
### XVI.3 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI

Nel triennio 2010-2012 si prefigurano azioni condotte con un elevato grado di contemporaneità, infatti a questo livello di aggregazione delle azioni di intervento di fatto non presuppongono vincoli sequenziali.

Ciononostante nella fase preliminare il maggior vincolo è costituito dalla necessaria tempestività per l'attivazione dei progetti previsti dall' "Accordo di programma", pena il venir meno delle condizioni previste per il finanziamento del Ministero. Per quanto sopra esposto è essenziale che questo primo intervento sia pianificato con i tempi e le modalità contenute nella relazione allegata all' "Accordo di programma" per la parte ICT.

**Programmazione degli interventi**

n. Nome intervento	2010				2011				2012			
	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q
1 <i>Anagrafe sanitaria regionale degli assistiti</i>	■	■	■	■								
2 <i>Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale</i>							■	■	■	■	■	■
3 <i>Network Laboratori (laboratorio virtuale)</i>					■	■	■	■	■			
4 <i>Network Diagnostica Immagini</i>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5 <i>Meta - Portale del Sistema Sanitario Regionale</i>					■	■	■	■	■	■		
6 <i>Sistema della Prevenzione e dello Screening</i>	■	■	■	■	■	■	■					
7 <i>Sistema dell' Emergenza Sanitaria e della Continuità assistenziale</i>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8 <i>Sistema della Telemedicina</i>			■	■	■	■	■	■	■	■		
9 <i>Sistema di Gestione e Controllo delle Prestazioni del SSR - Flussi informativi verso MEF e Welfare</i>	■	■	■	■	■	■						
10 <i>Sistema Informativo Ospedaliero Regionale (ADT, Pronto Soccorso)</i>							■	■	■	■	■	■
11 <i>IDC (Internet Data Center)</i>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■



Azioni a breve termine

Sviluppo della progettazione prevista per l'attivazione dell'Accordo di programma e predisposizioni dei relativi atti richiesti per il finanziamento dello stesso.

Azioni a medio termine

Prima fase

- Network di servizi per il sistema sanitario da "accordo di programma"
- Centro servizi regionale

Seconda fase

- Sistema informativo per i servizi integrati alla persona
- Carta Regionale dei Servizi – Carta Raffaello
- Governance del sistema sanitario e sociale

## **XVII IL SISTEMA DELLE TECNOLOGIE E DEI SERVIZI**

### **XVII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO**

Il sistema delle Tecnologie e dei Servizi è a supporto dei processi dell'intera area assistenziale e acquisisce un ruolo fondamentale per lo sviluppo delle reti della prevenzione, del territorio, ospedaliere, ecc.. Attraverso la riorganizzazione delle tecnologie e dei servizi si facilita il processo di integrazione tra i le strutture diagnostiche e cliniche e si rende omogenea l'assistenza garantendo equità, qualità e migliore accessibilità.

Nel corso dell'ultimo triennio, si è decisamente accresciuta la consapevolezza e l'attenzione, da parte delle istituzioni sanitarie regionali, verso il settore delle tecnologie sanitarie. Tale consapevolezza ha consentito l'avvio di alcuni processi di analisi del parco tecnologico biomedico installato nelle aziende sanitarie pubbliche della Regione Marche.

Dalla più recente rilevazione condotta dal GRTS nel 2008 nell'ambito di un progetto di ricerca finalizzata coordinato dalla Age.Na.S (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) si è avuto modo di verificare, con riferimento ad alcune tipologie di apparecchiature rilevanti per caratteristiche di costo e processo, che la dotazione tecnologica delle aziende sanitarie regionali è numericamente di buon livello.

Dal confronto con gli unici dati omogenei disponibili nella rilevazione (Emilia Romagna e Friuli V.G.) emerge infatti una sostanziale adeguatezza (in termini di numerosità) della disponibilità di tecnologie per le quali va altresì segnalato un elevato tasso di anzianità (associato talvolta ad obsolescenza) sia in termini di età media delle apparecchiature che di distribuzione demografica. Tale caratteristica, confermata anche nei lavori condotti dai vari gruppi di lavoro afferenti alla cabina di regia "Sistema Tecnologico-Strutturale", è probabilmente da attribuire alla pregressa consuetudine nelle istituzioni regionali sanitarie (regione ed aziende) di porre poca o insufficiente attenzione alla necessità programmatiche di investimenti sia in termini di sostituzione e rinnovo del parco tecnologico che di vera e propria innovazione.

L'analisi storica delle curve demografiche delle principali tecnologie consente infatti di individuare un andamento degli investimenti assai altalenante, dove, a fronte di brevi e concentrati periodi di forte rinnovamento (fine anni '90, primi anni '00), seguono lunghi periodi di sostanziale stasi.

Considerando e generalizzando che la vita utile di una apparecchiatura biomedica si attesta su di un finestra che va da un minimo di 7-8 anni (per le tecnologie più avanzate ed a più alta accelerazione evolutiva) ad un massimo di 11-12 anni (per le tecnologie più stabili e consolidate), ben si comprende il perché dell'alto tasso di anzianità del parco tecnologico misurato a fine decennio.

Occorre infine sottolineare che l'adozione negli ultimi tre anni di un approccio maggiormente sistematico alla programmazione in ambito tecnologie (sia in termini di investimento che di gestione), la possibilità di ricercare ed individuare flussi costanti di finanziamento (anche con l'apporto di privati), la contestuale disponibilità di risorse economiche rese disponibili con le linee del nuovo accordo di programma (articolo 20 - d.lgs. 67/88) ed i relativi procedimenti di acquisizione tuttora in corso, hanno di fatto consentito l'avvio di un processo strutturale di 'svecchiamento' progressivo della dotazione tecnologica delle strutture sanitarie pubbliche regionali; ne è un virtuoso esempio l'accresciuto tasso di sostituzione ed innovazione che ha

caratterizzato il settore delle TC multislice di ultima generazione e, con acquisizioni ancora in corso, la diagnostica per immagini di tipo oncologico, cardiologico ed osteo-articolare.

Attraverso il lavoro della cabina di regia “Sistema Tecnologico-Strutturale” e del Gruppo Regionale Tecnologie Sanitarie (GRTS) sono stati sviluppati i contenuti cui si fa riferimento nei successivi paragrafi.

### **XVII.1.1 Laboratori**

Elemento essenziale dell’attività di laboratorio analisi, fondamentale per garantire l’effettiva praticabilità di qualsiasi piano di riorganizzazione, risulta il supporto tecnologico, sia strumentale/diagnostico che informatico.

Il sistema a regime dovrà garantire come elemento base, un sistema informatico di laboratorio centrato sul paziente ed integrato con gli altri servizi informatici (anagrafe CUP, ecc) in grado di rendere possibile il cosiddetto “laboratorio unico logico”, il controllo della qualità del dato, la condivisione di richieste e risultati e la diffusione “on line” degli stessi.

In base a queste linee di indirizzo, la rete va ridisegnata tenendo conto dei seguenti obiettivi:

- sistema di laboratori pubblici integrato in rete su scala di area vasta e regionale;
- rete integrata di laboratori delle aziende sanitarie regionali;
- eliminazione della duplicazione dei servizi;
- garanzia in tutti i presidi ospedalieri periferici, in cui viene effettuata attività chirurgica, dell’attività diagnostica d’urgenza (qualora attualmente presente), ovviamente correlata al grado di complessità della struttura ospedaliera, centralizzando la normale attività di routine per Zona territoriale;
- nell’ASUR organizzazione di un sistema di laboratori in rete, con una struttura centrale a livello di area vasta che gestisce la rete, con livelli intermedi a livello di Zona Territoriale (aree dipartimentali funzionali di Area Vasta e strutture complesse nelle strutture di laboratorio degli ospedali di rete);
- prevedere anche la costituzione di aree dipartimentali funzionali interaziendali tra ASUR/AAOO/INRCA;
- mantenere nei Poli ospedalieri il punto prelievi le apparecchiature necessarie per gestire eventuali urgenze, secondo un pannello predefinito. In casi eccezionali, parte dell’attività può essere svolta nei laboratori dei poli ospedalieri, al fine di ottimizzare l’utilizzo del personale ivi operante;
- valorizzazione delle professionalità degli specialisti in medicina di laboratorio, oltre che per garantire la qualità della prestazione analitica, anche per perseguire l’appropriatezza e l’efficacia clinica del dato di laboratorio;
- attribuzione di maggiori responsabilità al personale tecnico in relazione all’attuale curriculum formativo;
- razionalizzazione dell’impiego delle risorse umane, economie di scala e risparmio dei costi di gestione;
- ottimizzazione nell’utilizzo della tecnologia;
- raggiungimento di soglie critiche per rendere “cost effective” l’inserimento di tecnologie ad alta produttività;
- riduzione dei tempi di risposta;

- utilizzo dell'informatica per decentrare e portare direttamente la risposta di laboratorio all'utente (paziente, Medico di Medicina generale o Pediatra di libera scelta, Ambulatori specialistici);
- soddisfazione dei requisiti di accreditamento e certificazione;
- garanzia della qualità del servizio attraverso la Verifica esterna della qualità (VEQ) interregionale.

La nuova organizzazione dovrà pertanto mappare le necessità tecnologiche in funzione del ruolo svolto dai singoli laboratori secondo una strategia di distribuzione fisica delle attività e di aggregazione delle competenze in laboratori virtuali "logicamente unici".

Al processo di riorganizzazione dell'area dei laboratorio andrà parimenti affiancato un processo di integrazione dei sistemi applicativi.

Tale integrazione dovrà produrre in ultima analisi le ricadute organizzative e funzionali di:

- a) uniformità dei processi di gestione dell'evento diagnostica di laboratorio, dove siano comprese in questo le differenti tipologie di analisi ed il differente contesto dove si richieda l'evento (laboratorio asservito ai reparti dell'ospedale e alla prestazione al pubblico);
- b) accessibilità delle informazioni relative alla refertazione di laboratorio in un contesto regionale o di area vasta con l'obiettivo di ottimizzare per il cittadino, la diagnosi nel percorso di assistenza e per il sistema sanitario la riorganizzazione delle attività di analisi su scala di Area Vasta e Regionale.

### **XVII.1.2 Anatomia patologica**

L'Anatomia patologica rappresenta, sempre più, un servizio indispensabile alla diagnosi ed è un supporto alla clinica sempre più importante.

L'attuale organizzazione ospedaliera, suddivisa in Aziende ospedaliere, compresa l'INRCA, ospedali di rete ed ospedali di polo è polverizzata, in quanto diffusa su tutto il territorio regionale e ciò, ovviamente, non può consentire la presenza dell'Anatomia patologica in tutte le strutture.

Appare però evidente la necessità di garantire la funzione, compresa la citologia, negli ospedali dove si erogano prestazioni che richiedono l'attività citopatologica, ma è altrettanto chiaro che non si può pensare a strutture complesse in tutti gli ospedali, sia per la gestione economica, sia, a livello clinico, della limitatezza della casistica disponibile.

#### **Criticità**

Il precario rispetto dei tempi di refertazione è la critica più frequente contestata ai servizi di Anatomia patologica.

I tempi di refertazione sono correlati non solo al rapporto tra carichi di lavoro e risorse disponibili ma anche alle caratteristiche della casistica.

Inoltre la Diagnostica istopatologica comprende una fase tecnica di allestimento dei preparati, basata su procedure standardizzate svolte dal Personale tecnico, e una fase diagnostica, svolta esclusivamente dal Patologo, che, come ogni altro processo culturale, comporta un impegno variabile in funzione non di procedure - e quindi di tempi - ma della complessità del caso in esame. Altre attività quotidiane del Patologo comportano la partecipazione diretta alle discussioni multidisciplinari concordate e l'attività accademica, laddove viene svolta.

Infine, non possono essere trascurate le specificità del laboratorio di Anatomia patologica.

Queste, infatti, diversamente da quelle degli altri laboratori biomedici, non consentono rendimenti crescenti di scala; anzi, in Anatomia patologica, l'aumento dei carichi di lavoro comporta, di norma, una riduzione degli indici di produttività a causa, soprattutto, dell'incremento dei casi clinici complessi che richiedono un più consistente apporto di indagini speciali.

### **Il modello organizzativo: la rete funzionale**

Il modello organizzativo che si intende perseguire è quello della rete, facilmente costruibile grazie alla dislocazione regionale caratterizzata da solo 4 sedi.

L'attuale indirizzo, quello cioè di integrare gli ospedali in Aree Vaste all'interno delle quali è possibile la complementarietà delle attività, al fine di evitare duplicazioni e sottoutilizzi, può rappresentare un efficace sistema per superare le limitate dimensioni degli ospedali e del bacino di utenza che per alcune discipline non può essere troppo limitato per i motivi sopra indicati.

L'Anatomia patologica, alla quale dovrebbe essere associata anche la Citologia, per la sua specificità e per l'elevata specializzazione necessaria, deve essere assicurata da personale opportunamente formato ed addestrato al fine di garantire una risposta che dia la certezza della diagnosi.

È del tutto evidente che non è possibile istituire strutture complesse in tutti gli ospedali, di rete e di polo, della Regione, ma neppure lasciare lo *status quo* in quanto fonte di ritardi.

La costruzione di una rete di Anatomia patologica e di Citologia deve quindi passare attraverso una definizione delle strutture complesse da potenziare, nell'ottica di:

- assicurare le prestazioni negli ospedali non dotati del servizio;
- eseguire le prestazioni di altissima specificità;
- garantire un'omogenea qualità delle prestazioni.

Allo scopo di garantire l'omogenea qualità delle prestazioni l'ipotesi da perseguire è quella di individuare due livelli diagnostici: il primo, di base, assicurato da tutte le strutture sia periferiche sia centrali, esegue tutta la diagnostica citopatologica, inviando ad un secondo livello, specialistico ed inserito nell'Istituto di anatomia patologica dell'AOU, sia gli esami che necessitano di una *second opinion* sia quelli di altissima specificità. È fondamentale, comunque, che tra i due livelli specialistici vi sia un continuo contatto che rappresenti un sistema di formazione continua e che sia elemento indispensabile per assicurare un omogeneo trattamento dei materiali diagnostici. La disponibilità per la diagnostica intraoperatoria, per le discussioni multidisciplinari e, in generale, per ogni necessità di confronto è un obbligo non solo per il servizio residente ma anche per il Patologo che opera in regime di convenzione. E' opportuno ribadire che la competenza del Patologo dipende necessariamente dalla formazione ma è condizionata anche dalla entità e dalla complessità della casistica trattata.

### **XVII.1.3 Radioterapia**

Sulla base di analisi condotta secondo le stime prodotte dalla AIRO ( Associazione Italiana Radioterapia Oncologica), nel documento "La Radioterapia in Italia – Censimento delle

Strutture e delle attività ".pubblicato in Novembre 2008, il fabbisogno nelle Marche è stimabile almeno in 3812 trattamenti radianti/anno, a cui va aggiunto un 10% di ritrattamenti per un totale di 4638 pz/ anno.

Le strutture della Regione pur avendone le potenzialità tecnologiche per carenza di personale soddisfano solo in parte il fabbisogno stimato, di conseguenza si registra una notevole mobilità passiva e un numero elevato di pazienti che non ricevono le cure necessarie .

I Rapporti ISTISAN 02/20 e ISTISAN 04/34 individuano quattro Categorie di prestazioni radioterapiche (A-B-C-D) , sulla base del livello di complessità:

- A: trattamenti semplici con due campi contrapposti;
- B: trattamenti con campi multipli ed uso iniziale ma limitato della TC per il piano di cura;
- C: trattamenti particolarmente complessi, con campi conformati (3D-CRT) in cui è obbligatoria la rappresentazione tridimensionale della dose e la sua valutazione con istogrammi dose-volume e l'impiego di schermature personalizzate del campo di irradiazione e di immobilizzazioni personalizzate del paziente;
- D: trattamenti con "tecniche speciali" che richiedono attrezzature dedicate, quali Radiochirurgia, Brachiterapia, Total Body, Intensità Modulata (IMRT) , Radioterapia IntraOperatoria (IORT).

#### **TECNICHE STANDARD (trattamenti di cat.A,B,C): requisiti tecnologici**

Il setting tecnologico presente nei Centri di Radioterapia e Fisica Medica risulta per tutti adeguato all'effettuazione di trattamenti di categoria A e B, mentre poiché per quanto riguarda i trattamenti 3DCRT (cat.C) è necessario disporre dei requisiti minimi tecnologici indicati anche nel rapporto ISTISAN 04/34.

Permangono alcune carenze tra cui quella più vincolante è l'assenza di un TC simulatore presso le radioterapie di Ascoli Piceno e Macerata (in corso di acquisizione) che si avvalgono di accessi alla TC diagnostica per effettuare le tecniche 3D.

Questo comporta una limitazione numerica dei trattamenti di cat.C, oltre ad un workflow non ottimale e un difficile raggiungimento dei livelli di accuratezza richiesti.

#### **TECNICHE SPECIALI (trattamenti di cat.D): requisiti tecnologici**

Con tecniche speciali si intende identificare una serie di tecniche particolarmente elettive da impiegare su una casistica altamente selezionata che necessitano di tecnologie e sistemi dedicati come la Brachiterapia, la IORT, la TBI. La stereotassi encefalo e body, IGRT e la IMRT.

Brachiterapia: (ISTISAN 99/4) attualmente nella Regione solo la Radioterapia di Ancona dispone di un'apparecchiatura remote after loading per brachiterapia recentemente installata in idonei locali. Si presume che il numero di pazienti trattati con questa tecnica in un anno potrebbe essere sufficiente al fabbisogno regionale. Attualmente tutti i pazienti che necessitano di questo tipo di trattamento si rivolgono a centri extraregionali, incrementando la mobilità passiva già presente per i trattamenti radianti con fasci esterni.

IORT: attualmente solo la Radioterapia di Macerata dispone di tale tecnologia che di recente ha superato la fase di dosimetria e commissioning ed è stata messa in esercizio clinico . L'esperienza che verrà maturata dal centro potrà essere di riferimento per la regione e su tale base solo in futuro si potrà considerare la necessità di ulteriori installazioni.

TBI (Total Body Irradiation): la radioterapia di Ancona storicamente, con alcune interruzioni, ha sempre effettuato trattamenti di TBI e possiede le attrezzature e le condizioni ambientali per effettuarli. Di recente la Radioterapia di Ascoli Piceno ha acquisito l'attrezzatura necessaria ed ha avviato il trattamento per i primi pazienti.

Radiochirurgia e Radioterapia Stereotassica Encefalo: la Radioterapia di Ancona ha maturato una notevole esperienza in tale tecnica iniziata in collaborazione con la Neurochirurgia attorno al 1992 e consolidata dal 2002 in poi con l'acquisizione di un sistema dedicato.

Radioterapia Stereotassica Body: la radioterapia stereotassica body con frame verrà nel tempo superata dalle tecniche IGRT che permettono di realizzare una tecnica stereotassica frameless, che come dimostrato anche dall'esperienza del Centro di Radioterapia di Ancona su un gruppo di 12 pazienti messi a confronto, possono raggiungere lo stesso livello di accuratezza. Il sistema ha un costo contenuto e può essere utile a tutti i centri, non disponendo dell'IGRT, per un miglioramento del trattamento 3D conformazionale per realizzare con accuratezza sovradosaggi mirati.

IGRT (Image Guided Radiotherapy): ad oggi l'unico sistema di IGRT è in funzione presso la Radioterapia di Ancona dal giugno 2006; sono stati trattati con questa tecnica 67 casi nel 2007; dal marzo 2008 l'acceleratore lavora in doppio turno.

IMRT (Intensity Modulated Radiotherapy): nelle strutture di radioterapia delle Marche n. 3 acceleratori lineari dispongono di un sistema IMRT, n.2 a Pesaro e n.1 ad Ancona.

Presso il centro di Ancona la IMRT è in via di implementazione dopo due anni di esperienza consolidata nelle tecniche "image guided" con acceleratore lineare 21EX – Varian dotato di sistema per IGRT On Board Imager.

## **Gli investimenti**

Nell'esercizio della Radioterapia deve essere previsto un rinnovamento delle unità radianti (acceleratori lineari) con una frequenza tra i 10 e 12 anni; il periodo è variabile in funzione dello stato della macchina, accertato dai fisici medici, e dalla continuità di funzionamento (fermi macchina) e ovviamente anche del carico di lavoro supportato dalla macchina (n. ore di funzionamento).

Nella programmazione del rinnovamento vanno considerati i tempi necessari alla sostituzione degli acceleratori che in genere oscillano tra 12 mesi e 18 mesi.

Per quanto riguarda i sistemi di pianificazione TPS, hanno un tempo di obsolescenza molto più breve sia HW che SW e necessiterebbero di un aggiornamento costante nelle diverse release, per l'HW oggi non viene generalmente garantita la manutenzione per un periodo superiore a 3 anni.

Considerando infine che i sistemi dei diversi centri, adeguatamente aggiornati, permetterebbero una completa compliance Dicom RT e HL7 per i dati, è possibile ipotizzare l'adozione di un sistema che consenta la gestione informatizzata ed integrata delle attività radioterapiche ed anche l'utilizzo di un archivio digitale, eventualmente anche lo stesso impiegato per l'imaging radiologico, gestito da un unico centro servizi sulla base di un'anagrafica unica regionale.

Questo permetterebbe al medico radioterapista l'accesso all'imaging radiologico (TC, RM, Rx, CT-PET) del paziente in qualsiasi luogo della Regione sia stato effettuato l'esame e

averne una visione completa per valutare lo stato della malattia e prendere decisioni sul trattamento.

Un archivio unico dei pazienti trattati con i relativi piani di trattamento e imaging associato, EPID, DRR, Rx, CBCT permetterebbero al medico radioterapista e al fisico medico di effettuare il teleconsulto, di poter spostare i pazienti da un Centro all'altro anche per eventuali trattamenti speciali garantendo una ottimale continuità del trattamento.

Vista l'analisi effettuata sull'attuale dotazione tecnologica, le risorse umane, le professionalità specialistiche acquisite dai Centri di Radioterapia e Fisica Sanitaria delle Marche, si reputa necessario, nel prossimo triennio:

- incrementare la dotazione organica dei medici, fisici e tecnici afferenti alle strutture fino ad adeguarla ai parametri indicati dall'ISS. Questo permetterebbe di adeguarsi agli standard qualitativi oltre a soddisfare quantitativamente il fabbisogno e ridurre a valori fisiologici la mobilità passiva extraregionale, anche di abbattere le attuali liste d'attesa;
- dotare le strutture di Macerata ed Ascoli Piceno di un TC simulatore, in modo che possano soddisfare i requisiti tecnologici necessari all'effettuazione di trattamenti di categoria C e nel contempo aumentare il numero di prestazioni in questa categoria migliorando così la qualità globale delle prestazioni erogate (Il sistema TC simulatore di Macerata è in corso di acquisizione);
- individuare un modello per il monitoraggio delle prestazioni radioterapiche nelle Marche sia quelle effettuate dai centri regionali che quelle in mobilità passiva;
- realizzare il rinnovamento tecnologico previsto al fine di mantenere gli standard qualitativi ed assicurare la continuità dell'erogazione delle prestazioni;
- acquisire tecnologie innovative per lo sviluppo delle più moderne tecniche radioterapiche commisuratamente alle esperienze maturate, ai risultati ottenuti e alle patologie afferenti, questo al fine di creare centri di eccellenza e assicurare a tutti uno sviluppo adeguato;
- implementare un modello organizzativo che permetta la reale confluenza dei pazienti che richiedono trattamenti altamente specialistici nelle strutture regionali individuate.

#### **XVII.1.4 Medicina nucleare**

Le prestazioni erogate dalle Medicine Nucleari della nostra regione sono in costante crescita in analogia con quanto sta avvenendo nel resto dell'Italia e del mondo (cfr: BTSI, Bio-tech System Inc., Market Research in the Healthcare Field with Expertise in Medical Imaging and Radioisotopes, , Report 1 Marzo 2005).

Dall'analisi dell'attività globale (metodiche Medico-Nucleari tradizionali + PET) si nota che la maggior parte dei costi è relativa alla sola PET che rappresenta il 50 % del "valore" prodotto.

Dalla analisi dei dati emerge come la domanda espressa debba essere 'accompagnata', poiché riguarda strumentazioni ad alto costo e di critico impatto diagnostico (GAMMA CAMERE-TC, PET).

Inoltre il facile reperimento in sedi extraregionali di tali erogazioni in luoghi facilmente raggiungibili e in ambiti strategici può determinare importanti spazi di inadeguatezza.

Tutto ciò deve essere armonizzato con una distribuzione di macchine efficiente per erogare uno standard diagnostico di alto livello in Medicina Nucleare onde favorire e stabilizzare

ulteriormente la completa autonomia Regionale, di fatto ad oggi raggiunta con la sola esclusione delle prestazioni PET.

Tale autonomia diagnostica infatti rappresenta il 50 % dell'attività erogata in ambito regionale e raccoglie tale attività anche la quota di Mobilità attiva extra-regionale nell'ambito della disciplina.

Pertanto appare quanto mai opportuno ubicare le nuove installazioni PET, e personale relativo, in ambito provinciale onde far fronte sia alle fughe attuali e future oltre a probabili utilizzi per extra-regione (mobilità attiva).

In particolare per la PET sembrerebbe maggiormente funzionale ed economico sostituire le apparecchiature attualmente disponibili in ambito provinciale su supporto mobile con sistemi fissi dislocati in sedi opportune.

Lo stato della medicina-nucleare regionale è stato valutato alla luce del "Libro Bianco di Medicina Nucleare", documento ufficiale pubblicato dall'AIMN & IM (Associazione Italiana di Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare) che analizza la realtà nazionale suddivisa per Regioni, le applicazioni tecnologiche operative, la tecnologia installata, l'analisi dei problemi e le possibili soluzioni. Da tale analisi emerge che l'attuale dotazione strumentale appare datata (in alcuni casi obsoleta), non più consona alla mole ed alla tipologia delle indagini richieste ed eseguite. Le macchine attive infatti hanno dai 4 ai 12 anni di ciclo operativo e dal 2005 non sono state installate nuove macchine ad eccezione di un nuovo sistema a Macerata attualmente in corso di aggiornamento con sistema TC integrato.

Un parco macchine "vecchio", peraltro, influisce in maniera negativa sulla flessibilità diagnostica, sui tempi di esecuzione ed attesa per indagine (critici gli eventuali fermi macchina per riparazione con incremento costi) e quindi ulteriore dilazione dei tempi di attesa.

Va infatti considerato che per sistemi con vita operativa dai 5 agli 8 anni la risposta strumentale si riduce di un 20 % e dopo gli 8 anni di un 33 % (ovvero delle 11 installazioni con età > 5 aa se ne perdono di fatto 2 o 3).

Inoltre negli ultimi 10 anni si è assistito ad una graduale migrazione della tipologia delle indagini verso applicazioni di crescente interesse oncologico (PET, SPECT-TC con traccianti recettoriali, per diagnostica/dosimetria).

Nella nostra Regione il parco macchine della Medicina Nucleare è fermo alla domanda d'indagini "storica" degli anni '90.

Ne è riprova l'evoluzione della domanda di indagini PET che nell'anno 2003 era sui 6-700 esami ed oggi (base dati: 2007) arriva a 4600 (5420 considerando la mobilità passiva, di cui si stima una crescita esponenziale).

Oltre a ciò si fa presente che tale metodica di indagine oltre al campo prettamente oncologico viene sempre più utilizzata in altri settori medici come la cardiologia con richiesta/esecuzione di indagini specifiche che andrebbero a determinare ancor maggiormente la situazione debitoria.

Alla luce di ciò si evidenzia la assoluta necessità di porre rimedio in tempi brevi alla necessità di nuove tecnologie (sostitutive ed innovative) nell'ambito medico-nucleare regionale ai fini di stabilizzare l'esistente e migliorare le possibilità di risposta alla utenza, ricoverata ed ambulante regionale, frenando, e se possibile invertendo, la tendenziale crescita di mobilità passiva extraregionale.

Un parco macchine con età elevata pone inoltre i seguenti oggettivi problemi:

- difficoltà a realizzare interventi di investimento quantitativamente ed economicamente importanti, entro un breve lasso di tempo, per ridurre l'età media dell'installato;
- elevati costi per l'assistenza tecnica (canone annuale valutato nell'ordine del 10-20 % del prezzo di acquisto) a volte non giustificati per macchine con 8 o 10 anni di vita operativa (peraltro funzionalmente meno affidabili).

Gli investimenti tecnologici dovranno pertanto essere attentamente pianificati e rigorosamente programmati con una strategia di rinnovo costante e strutturale nel tempo.

### **XVII.1.5 Radiologia**

Dalla attività di analisi e benchmarking condotta dal Gruppo Regionale Tecnologie Sanitarie (GRTS) sui dati raccolti nell'ambito della rilevazione nazionale "Diffusione delle principali tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie" coordinata dalla Age.Na.S emergono interessanti informazioni sul parco tecnologico disponibile nei servizi di Diagnostica per Immagini della Regione Marche.

Lo studio dimostra infatti che la dotazione tecnologica in termini di numerosità risulta, anche nel confronto pesato con le regioni Emilia Romagna e Friuli V.G. (uniche regioni che assieme alle Marche hanno raccolto dati in maniera omogenea e confrontabile), sostanzialmente in linea con i fabbisogni stimati.

Risultano infatti essere installati:

- un numero di sistemi TC leggermente superiore alla media;
- un quantitativo di sistemi radiologici con tavolo telecomandato decisamente elevato (se non addirittura eccessivo);
- un numero assolutamente ragionevole di sistemi per computed radiography (si segnala a tale proposito che la Regione Marche fu tra le prime in ambito nazionale, alla fine degli anni '90, ad implementare sistemi RIS-PACS nei servizi di diagnostica per immagini. Dette implementazioni, in un periodo dove la tecnologia digitale diretta era economicamente di difficile sostenibilità, furono funzionalmente possibili ed efficaci solo grazie al processo di digitalizzazione indiretta fornita dai sistemi di computed radiography - CR);
- un numero adeguato di sistemi mammografici;
- un numero di sistemi per risonanza magnetica superiore alla media (da segnalare che per le apparecchiature RM perdura però l'assenza, nei centri di eccellenza, di apparecchiature ad altissimo campo. Dai dati sulle liste di attesa, con particolare riferimento alle prestazioni di ambito osteo-articolare, risulta inoltre necessario valutare la possibilità di differenziare gli specifici percorsi diagnostici e di ridisegnare l'offerta integrando la dotazione esistente con sistemi dedicati);
- un numero sostanzialmente adeguato di sistemi per angiografia digitale.

Unica eccezione a tale adeguatezza numerica riguarda i sistemi polifunzionali di radiologia digitale, oggettivamente presenti in quantità assai ridotta.

Lo studio in oggetto ha inoltre approfondito l'analisi indirizzandosi verso la valutazione e comparazione del tasso di anzianità (età media ed obsolescenza) e distribuzione demografica delle tecnologie in uso.

Tale valutazione si è fondata sui criteri proposti negli studi:

- "Age profile medical device" COCIR (European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Medical IT Industries) – (1996, 2000 e 2003);
- "Indagine Parco installato Apparecchiature di diagnostica per immagini delle strutture pubbliche (2004)" ANIE – SIRM.

Dalla applicazione dei suddetti criteri, ed in particolare dalla attività di benchmarking condotta con i criteri proposti da COCIR, emergono dati oggettivamente contrastanti con il giudizio di adeguatezza precedentemente evidenziato.

Se da un lato, infatti, il numero delle tecnologie è in linea con quello delle altre regioni, dall'altro appare evidente un livello di anzianità (talvolta obsolescenza) decisamente superiore alla media.

Le uniche tecnologie che non soffrono "mediamente" di un elevato livello di obsolescenza risultano essere:

- i sistemi TC, per i quali negli ultimi anni si è assistito ad un costante ed efficace piano di sostituzione;
- solo secondariamente, i tomografi a risonanza magnetica, dove oltre al processo di sostituzione si registrano, in qualche caso, interventi di upgrade tecnologico.

Contrariamente ai sistemi TC, per i tomografi a risonanza magnetica, a fronte di un dato medio appena sufficiente, coesistono però situazioni puntuali di elevata obsolescenza.

Mediamente grave il tasso di anzianità dei sistemi CR (oltre il 63% dei sistemi ha una età compresa tra i 7 ed i 10 anni) per i quali si rende necessaria una specifica pianificazione di sostituzione o di innovazione tecnologica per anticiparne l'ormai prossima obsolescenza.

Particolarmente critiche sono invece le risultanze emerse per i sistemi radiologici con tavolo telecomandato e, ancor più, per i sistemi mammografici.

## **Piano di sviluppo**

Lo sviluppo futuro della rete di diagnostica per immagini, in linea a quanto elaborato in Gruppi di progetto già costituiti (urgenza, elezione, screening, interventistica, neuroradiologia, ...), sarà l'obiettivo del Gruppo di Progetto "Radiodiagnostica".

Ad esso spetterà il compito di definire il piano di riorganizzazione della rete della diagnostica per immagini nei suoi molteplici aspetti al fine di individuare e migliorare gli elementi più critici (equilibrio domanda/offerta, tempi di attesa, mobilità, appropriatezza, accessibilità, rapporto ospedale/territorio, risorse umane, risorse tecnologiche, razionalizzazione dell'offerta, qualità, attività intramoenia, rapporti con i privati, monitoraggio,...), declinando possibili soluzioni su dimensione di area vasta.

Dal punto di vista metodologico il lavoro del Gruppo di Progetto "Radiodiagnostica" si articolerà su tre distinte aree di intervento.

Per ciascuna di tali aree sono definiti i seguenti obiettivi:

#### *Area Tecnologie:*

- rilevazione ed analisi del parco tecnologico (quantità, distribuzione, tasso di utilizzo, produttività, vetustà, qualità, ecc.);
- identificazione di strumenti utili alla valutazione HTA, alla programmazione degli investimenti ed alla implementazione di nuove tecnologie (innovazione) in relazione allo sviluppo ed alla riorganizzazione del sistema di domanda-offerta;
- proposte operative di miglioramento (programmazione, horizon scanning, ...).

#### *Area Organizzazione e processi:*

- rilevazione ed analisi dei processi, dei percorsi e delle risorse impiegate (personale, attività e prestazioni, libera professione, bacino di utenza, case-mix epidemiologico, percorsi clinici e diagnostici, ecc.);
- identificazione degli ambiti di intervento e relative proposte di miglioramento del sistema domanda-offerta (HTA di processo) in relazione (e confronto) alle reti cliniche ed ai principali percorsi diagnostici (elezione/routine, diagnostica oncologica, screening, emergenza-urgenza, trauma, neuroradiologia, diagnostica cardiologica, interventistica, teleradiologia,...);
- proposte di miglioramento (organizzazione e processi) declinate su dimensione locale/area vasta/regione.

#### *Area Appropriatezza/liste di attesa/mobilità:*

- rilevazione ed analisi dei principali indicatori di produzione delle attività di radiodiagnostica (domanda, offerta, liste di attesa, mobilità attiva-passiva, attività libero professionale, committenza, privato puro,...);
- identificazione degli strumenti utili alla verifica e controllo dei livelli di appropriatezza (cfr.nuovi LEA) e della qualità diagnostica, alla riduzione dei tempi di attesa, alla accessibilità ai servizi, al contenimento della mobilità passiva (auto sostenibilità regionale);
- proposte di miglioramento declinate su dimensione locale/area vasta/regione.

Nella definizione dei piani di rinnovo ed innovazione delle tecnologie emittenti radiazioni ionizzanti, in linea con le indicazioni provenienti dalle principali società scientifiche nazionali ed internazionali, particolare attenzione dovrà essere posta agli aspetti dosimetrici di contenimento della dose irradiata al paziente ed alla popolazione.

### **XVII.1.6 ICT medicale**

Con ICT medicale vengono definiti tutti quei sistemi informativi sanitari di tipo verticale e specialistico che rientrano nella definizione di 'dispositivo medico', come già descritto dal d.lgs 46/97, recepimento della direttiva europea EEC 93/42 "Medical Device", e recentemente modificato dal d.lgs 37/10, recepimento della direttiva EEC 2007/47.

Secondo tale nuova definizione sono da intendersi a pieno titolo dispositivi medici ad esempio:

- i sistemi RIS-PACS (Radiological Information Systems – Picture, Archiving and Communication Systems);
- i sistemi LIS (Laboratory Information Systems);
- i sistemi CIS (Cardiology Information Systems);
- tutti i sistemi informativi espressamente destinati alla gestione, elaborazione, archiviazione e presentazione di dati e segnali biomedici a fini diagnostici o terapeutici, diretti o indiretti, o che influenzino l'uso di un dispositivo medico. Rientrano in tale definizione ad esempio i sistemi per anatomia patologica, radioterapia, medicina nucleare, endoscopia, ecc..

Per tali sistemi, alla stregua delle altre tecnologie biomediche, vanno necessariamente adottate adeguate modalità di governo (analisi dell'installato, pianificazione e programmazione degli investimenti) e di gestione (aggiornamento, gestione della sicurezza, formazione, manutenzione, integrazione, ecc..).

Le strutture sanitarie pubbliche della Regione Marche si sono da anni dotate in modo esteso di sistemi di ICT medicale.

Ad esempio, con le più recenti acquisizioni in unione di acquisto di sistemi integrati da parte di quattro zone territoriali ASUR (San Benedetto del Tronto, Fano, Jesi, Fabriano) si è di fatto concluso l'iter di informatizzazione di tutti i servizi di radiodiagnostica della regione.

Identicamente tutti i Laboratori Analisi hanno integrato la propria strumentazione analitica (catene di automazione, preanalitica, analizzatori multiparametrici, ecc..) con sistemi LIS.

Relativamente scarse o del tutto assenti le installazioni di sistemi informativi medicali dedicati a cardiologia, medicina nucleare, radioterapia, endoscopia, ecc.

Quantunque esistano alcune eccezioni occorre inoltre sottolineare che raramente i sistemi ICT medicali in uso sono caratterizzati da elevati livelli di integrazione con gli altri applicativi sanitari del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e da dimensione sovrazonale e/o sovraziendale.

Il percorso dei prossimi anni, peraltro in qualche caso già virtuosamente avviato, vedrà le necessità di connettere massivamente i sistemi di ICT medicale con tutto il sistema informativo sanitario e di integrare i vari sistemi locali (zonali e/o aziendali) su di una dimensione geografica più consona di area vasta, includendo, dove necessario e possibile, anche le strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali, le cure primarie, i MMG, i PLS, ecc..

Dovranno pertanto essere realizzati, in linea con la principale tendenza del mercato, progetti che, mirando alla interoperabilità sovrazonale e sovraziendale degli attuali sistemi, massimizzino i benefici e le positive ricadute di tale tecnologia.

Discorso a parte meritano i sistemi destinati specificatamente ad attività di telemedicina, telemonitoraggio, tediagnosi, e-care, telesoccorso e teleassistenza che, unitamente alla distribuzione e diffusione di dispositivi di home-care, mobili e personalizzati, potranno sostenere e facilitare il cambiamento della organizzazione sanitaria regionale dallo schema più tradizionale, fondato sulle attività ospedaliere di ricovero-diagnosi-cura, verso soluzioni di continuità tra assistenza ospedaliera ed assistenza territoriale, cure specialistiche e cure primarie, sanitario e socio-sanitario che, nella complementarietà dei ruoli, esaltino l'appropriatezza e l'efficacia dei percorsi di cura.

Da segnalare infine la necessità di disporre in breve tempo di sistemi informativi efficienti che supportino i percorsi più critici della rete di emergenza/urgenza (sistemi di teleconsulto neuroradiologico e neurochirurgico, sistemi per l'area trauma, sistemi di telediagnosi cardiologica, ecc.).

## **XVII.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO E LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI**

La Regione Marche, a fronte di una popolazione di circa 1.500.000 ab. prevalentemente residenti sulla fascia costiera, è caratterizzata da una elevata dispersione territoriale di strutture sanitarie pubbliche.

Tale dispersione, nel corso degli anni, ha di fatto impedito lo sviluppo omogeneo e controllato del sistema tecnologico; l'installato esistente, le modalità di programmazione e pianificazione degli investimenti in tecnologie sanitarie e le stesse politiche di gestione, manutenzione e controllo del parco tecnologico, differiscono tra zona e zona, tra azienda ed azienda, in modo talvolta rilevante.

L'assenza di una visione più elevata dei bisogni di tecnologia espressi dall'intero sistema sanitario regionale e la mancanza di strumenti che relazionassero la dotazione di apparecchiature biomediche alle prestazioni sanitarie erogate ha infatti indotto investimenti mirati più al soddisfacimento dei requisiti meramente localistici che a quelli dell'intero sistema.

La consolidata esperienza di altre regioni ha invece dimostrato che, soprattutto nei campi della programmazione e del controllo, della produzione dei servizi intermedi e degli acquisti è possibile e strategicamente vantaggioso allargare le competenze verso forme di concentrazione funzionale e strutturale, a livello sovrazonale e sovraziendale, di servizi amministrativi, di logistica e di produzione sanitaria intermedia.

Senza ledere le legittime prerogative di autonomia territoriale ed aziendale e mirando coerentemente alla sostenibilità economica ed alla appropriatezza organizzativa dei servizi, evitando cioè i rischi di frammentazione, scarsa qualità e diseconomia, è ad esempio possibile organizzare il sistema di governo delle tecnologie sanitarie e dei servizi tecnico-professionali su di un bacino di utenza ottimale per dimensione ed omogeneità di bisogni.

Tale razionalizzazione, che può essere modulata sino alla concentrazione fisica dei processi e dei settori che agiscono entro questi servizi, migliora il rendimento delle risorse e la qualità delle prestazioni erogate senza peraltro alterare gli equilibri e l'autonomia tra le diverse istituzioni.

D'altro canto deve essere evitata quella eccessiva centralizzazione di competenze e funzioni che, con particolare riguardo al sistema di governo delle tecnologie sanitarie, rischierebbe di generare una inevitabile astrazione culturale dal contesto tecnologico reale del personale tecnico in esso operante.

Appare pertanto evidente che l'organizzazione ottimale per il governo strategico del sistema tecnologico dovrebbe fondarsi su di una struttura a geometria variabile, composta da un nucleo centrale stabile, al quale vengono demandate funzioni di gestione dei processi ordinari, coadiuvato da un network di professionisti di area sanitaria e tecnica, operanti nelle aziende, che possono essere coinvolti su specifici progetti e che, proprio in virtù della loro

autonomia professionale, forniscono continuativamente al livello centrale un fondamentale apporto culturale ed informativo.

Dovrà essere pertanto istituzionalmente definito a livello centrale un luogo di aggregazione di tale network che possa integrarsi, per gli aspetti tecnologici, con il Gruppo Regionale Tecnologie Sanitarie (GRTS) già costituito con decreto del Dirigente del Servizio Salute n.91/S04 del 27/07/2009.

A tale struttura, al GRTS ed ai gruppi di progetto costituiti dal network saranno affidati, specificatamente per l'ambito tecnologie sanitarie, i seguenti principali compiti ed obiettivi:

- promozione della cultura della gestione corretta, sicura, economica ed appropriata delle tecnologie biomediche e sanitarie attraverso l'istituzione, nelle Aziende sanitarie ed ospedaliere del SSR o in ambiti sovra-aziendali al cui interno operino uno o più ospedali, di servizi di Ingegneria Clinica adeguatamente dimensionati (tale obiettivo rientra tra quelli enunciati nel Programma Regionale di Rischio Clinico approvato con Delibera di Giunta Regionale n.1513 del 28 settembre 2009 in recepimento dell'accordo del 20 marzo 2008 ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente "La gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure");
- partecipazione attiva ai diversi gruppi di progetto afferenti alle cabine di regia costituite (Sistema Qualità, Sistema Informativo ICT, Sistema Tecnologico-Strutturale, Revisione l.r.20/00 – Autorizzazione ed Accreditamento, ecc.);
- partecipazione alla definizione delle linee di indirizzo regionali per l'individuazione dei campi di intervento e degli investimenti in nuove tecnologie (innovazione) e rinnovo (sicurezza, affidabilità, performance) in relazione ai processi ed ai percorsi assistenziali (prevenzione, diagnosi, terapia e cura, riabilitazione) e di presa in carico;
- alimentazione dei flussi informativi;
- implementazione e gestione dell'Osservatorio tecnologie;
- Definizione di progetti di fattibilità per nuovi interventi organizzativi e strutturali;
- attività di Health Technology Assessment (HTA) ed Horizon Scanning in intesa con la funzione regionale di Health Technology Assessment;
- Partecipazione alla elaborazione di strategie di sviluppo ed innovazione ed alla realizzazione di progetti tecnologici in ambito sanitario (supporto alla progettazione, validazione, realizzazione, monitoraggio).

## **XVIII IL SISTEMA FARMACO E I DISPOSITIVI MEDICI**

### **XVIII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO**

L'assistenza farmaceutica al cittadino è regolata dalle normative emanate da organi centrali tra cui il Ministero della Salute e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), e dalle Regioni; viene erogata dalle farmacie convenzionate, dalle farmacie ospedaliere e dai servizi farmaceutici territoriali.

Le farmacie ospedaliere forniscono i farmaci per l'assistenza ospedaliera, in regime di ricovero ordinario e day hospital, per le prestazioni fornite dalle strutture pubbliche e per l'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare, oltre alla distribuzione diretta per l'uso domiciliare. Le farmacie convenzionate erogano i farmaci a carico del SSR.

I farmaci da banco definiti O.T.C. (over the counter) e i farmaci SOP (senza obbligo di ricetta) possono essere venduti liberamente e sono definiti farmaci da automedicazione, che possono essere venduti anche da altri esercizi commerciali diversi dalle farmacie e sono a totale carico del cittadino.

Dall'esame dei dati della Regione si evince, per il triennio ultimo scorso, che la spesa farmaceutica convenzionata ha registrato una significativa riduzione in valori economici ed un aumento dei volumi di consumo, mentre quella non convenzionata è in costante progressione di spesa e consumi.

Complessivamente gli incrementi di spesa e dei consumi trovano spiegazione in alcuni fattori "contingenti" che hanno determinato tale espansione, quali:

- l'aumento dei bisogni (maggior ricorso al farmaco, ampliamento dell'area "medicalizzata" della vita umana);
- l'aumento dei costi dei farmaci (i nuovi farmaci hanno costi più elevati per esigenze di rispondere a maggiori benefici per il paziente);
- l'invecchiamento della popolazione (la Regione Marche ne detiene il primato a livello nazionale);
- l'affinamento della ricerca con la scoperta dei meccanismi e delle interazioni fini del farmaco con i costituenti del corpo umano (nuovi farmaci "bersaglio");
- le nuove conoscenze scientifiche che hanno portato alla scoperta del genoma e della possibilità di produrre nuove molecole farmacologicamente attive;
- le distorsioni del mercato farmaceutico, talora indotte da mercato e non dalle effettive esigenze di salute.

Inoltre, queste dinamiche valoriali e di consumo sono meglio comprensibili considerando alcune criticità concomitanti quali:

- i farmaci a brevetto scaduto, equivalenti e/o "branded", che possono rispondere efficacemente alle esigenze terapeutiche con aggravio minore per la spesa del SSR, non sono utilizzati in misura adeguata;
- soluzione di continuità assistenziale tra ospedale e territorio con conseguenti possibili disomogeneità nella prescrizione, accessibilità e costo dei farmaci destinati al controllo di patologie croniche;

- mancato sostegno dei MMG e PLS nelle strategie terapeutiche per rispondere ad una maggiore appropriatezza nella prescrizione dei farmaci;
- iniziative insufficienti che promuovano la vigilanza sulla sicurezza nell'uso dei farmaci (farmacovigilanza) e la prevenzione dell'errore (rischio clinico).

Ciò non disgiunto da un'ultima considerazione di costume per la quale sempre più la popolazione considera il farmaco come bene di consumo, anziché come "strumento per il bisogno di salute".

Da parte del sistema sanitario concorrono altresì fenomeni di discreta disomogeneità a livello regionale sul grado di implementazione delle attività assistenziali in tema di politica del farmaco. Infatti analizzando i processi farmaco-correlati si osserva che :

- deve essere migliorato il coordinamento centrale delle scelte strategiche;
- le sperimentazioni organizzative di AV sono ancora in fase preliminare;
- sussistono solo specifiche situazioni di nicchia in cui si sono sviluppati progetti a carattere settoriale (personalizzazione delle dosi pediatriche, monitoraggio di alcuni farmaci biologici, coordinamento di percorsi terapeutici su alcuni profili di assistenza).

Il sistema tuttavia non è stato inerte e fatto rilevante per il contrasto di queste criticità è che già con il piano sanitario 2007-2009 nell'ambito del nostro territorio regionale si è dato l'avvio alla creazione della Commissione Regionale per l'Appropriatezza Terapeutica (CRAT).

In questo ambito la sottocommissione Onco-ematologica ha intrapreso un' azione condivisa per la elaborazione di linee di indirizzo di carattere regionale con l'obiettivo di fornire ai professionisti indirizzi nella prescrizione dei farmaci nella logica della appropriatezza terapeutica.

Le linee di indirizzo sono state create nel rispetto delle EBM e di quanto dettato dalle principali società scientifiche di settore, dando priorità alla qualità assistenziale pur nella rilettura complessiva di valutazioni economiche.

Per quanto la dotazione informativa necessaria all'esame dei dati di efficienza del sistema farmaceutico, si vuole comunque sottolineare alcuni obiettivi di grande importanza già raggiunti, per altri e con maggiore difficoltà si stanno attivando le procedure tecnico organizzative di rilevazione ed esame al fine di ridurre al minimo le aree di carenza che purtroppo ancora oggi permangono.

Infatti, allo stato attuale le procedure in essere permettono di :

- rilevare in modo accurato la spesa farmaceutica territoriale (convenzionata e distribuzione diretta) ed ospedaliera;
- valutare correttamente le scelte e quantificare i trasferimenti dei costi tramite un sistema informatico unico regionale con le anagrafiche uniche per i farmaci e per i dispositivi medici.

## XVIII.2 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO

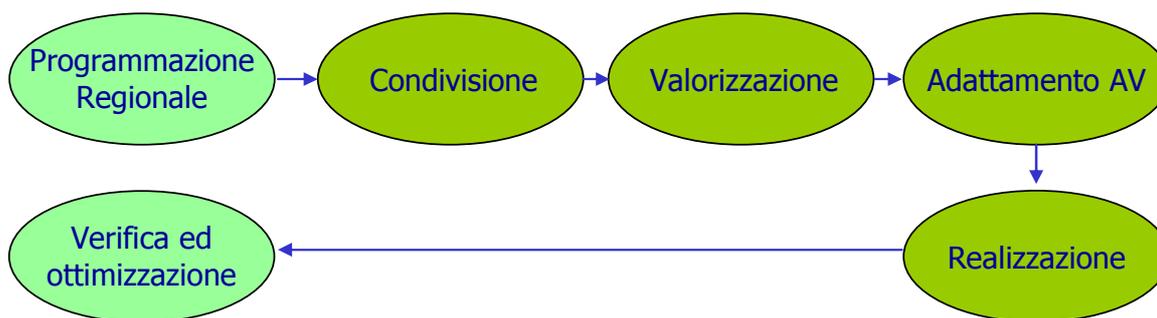
Nel quadro generale di un' esigenza di collegamento organico fra i dati epidemiologici relativi alla popolazione ed alle patologie, con le prestazioni assistenziali, incluse quelle farmaceutiche e con l'obiettivo di rilevare in modo più incisivo le aree di carenza della prevenzione e dove, viceversa, l'offerta terapeutica eccede il fabbisogno, andando a ridurre conseguentemente il rischio di inappropriatazza.

Si ritiene che in tale contesto dovrà essere più attentamente analizzato il flusso dei dati prescrittivi per singola classe terapeutica dei farmaci, collegandolo all'incidenza e alla prevalenza delle patologie.

Nello specifico occorre impiantare sistemi quali-quantitativi per la rilevazione e la conoscenza delle reali esigenze assistenziali di alcuni sottogruppi di popolazione che necessitano di un' assistenza farmaceutica più impegnativa, quali:

- pazienti "fragili" o "marginali"(anziano, neonato, malattie rare, malattie croniche gravi, portatori di handicap), pazienti nei quali è più elevata la domanda di sicurezza nell'assunzione dei farmaci, stante la peculiarità della condizione fisiopatologica, la cronicità delle terapie;
- pazienti con patologie plurime (comorbidità) che necessitano di più informazione, più umanità, più accoglienza integrale della persona evitando settorializzazioni, passaggi di competenze, "abbandoni terapeutici";
- pazienti in aree geografiche o con condizioni socio-assistenziali che ne riducono la facilità di accesso alle terapie, inclusi gli immigrati, per i quali occorre evitare difformità di erogazione dell'assistenza farmaceutica all'interno della Regione.

Il sistema regionale deve sostenere e dare impulso alla progettazione mirata alla integrazione di iniziative ed alla definizione di percorsi terapeutici, prospettando le azioni in un'ottica di AV, con uno schema di percorso:



### Il modello di sviluppo progettuale

Le azioni mirate ad ottimizzare l'ambito delle prestazioni farmaceutiche segue un modello di sviluppo che comprende:

- la definizione di alcuni obiettivi essenziali ed urgenti;
- la realizzazione della struttura organizzativa indispensabile per sostenere le fasi del progetto (lo "scheletro" dell'assistenza farmaceutica);

- l'implementazione dei percorsi assistenziali, logistici, organizzativi a beneficio dell'efficienza fruibile da parte del cittadino;
- la verifica delle potenzialità del sistema, l'individuazione di carenze di strutture, personale, professionalità, il superamento di situazioni locali di sofferenza affinché ogni componente del sistema Sanità-Regionale possa al meglio svolgere i suoi compiti in un'ottica di AAVV integrate;
- la realizzazione di una rete informatica di collegamento e di coordinamento delle attività al fine di eliminare diseconomie ed aree di minore accessibilità al bene farmaco;
- l'avvio di progetti di analisi del rischio e di riduzione dell'errore farmaco-correlata, l'avvio di sistemi organizzativi di informazione e documentazione sul farmaco, con il potenziamento delle attività di farmacovigilanza;
- Il modello assistenziale e di politica del farmaco deve anche poter prevedere nuove azioni e nuovi percorsi che vanno incontro al bisogno del cittadino e tengono conto delle nuove potenzialità informatiche, tecniche e culturali che si rendono via via disponibili. In questa ottica vanno previste attività ed alcune competenze innovative (laboratorio di bio-farmacia; Farmacista di continuità assistenziale, farmacista clinico, farmacista monitor, coordinamento MMG e PLS con Ordini professionali ed Aziende Ospedaliere).

## **Il modello attuativo**

L'attuazione dello stesso ambito progettuale avviene attraverso le strutture presenti nel territorio regionale a presidio della salute pubblica e deve essere coordinato dal livello regionale in modo da garantire coordinamento, programmazione, indirizzo, controllo e monitoraggio complessivo del sistema farmaco. A tale ambito di governo regionale dovranno far capo le seguenti strutture:

- Strutture Dipartimentali in un'ottica di AV: con le finalità di realizzazione nell'ambito del territorio di AV di tutte le iniziative di carattere organizzativo, logistico, culturale, informativo, di produzione (farmaci magistrali o officinali), di supporto alle sperimentazioni cliniche, di monitoraggio, di vigilanza, di prevenzione del rischio clinico farmaco-correlato in un'ottica di integrazione e di rete. In tale ottica dipartimentale di AV va valutata l'esigenza di risorse umane;
- Commissione Regionale per il PTOR per la proposta, redazione, valutazione, aggiornamento e diffusione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero – Territorio Regionale;
- Commissione Regionale per l'Appropriatezza Terapeutica (Delibera n.135 del 26.02.2007 e Decreto Dirigenziale n. 94 del 15.10.2007);
- Commissione Regionale per l'Appropriatezza in Oncologia per la valutazione e la redazione di linee-guida sull'impiego dei farmaci in oncologia e in raccordo con la rete Oncologica (DGR 274/2010);
- Farmacie convenzionate con il SSR con compiti di rendere disponibili in modo capillare il farmaco nel territorio, promozione della salute ed educazione sanitaria e contributo alla continuità Ospedale – Territorio, secondo le normative nazionali ed i programmi predisposti e concordati con il SSR.

La revisione ed il rafforzamento dell'assistenza farmaceutica secondo il modello proposto avviene attraverso singole fasi attuative a seguito elencate:

- creazione di un gruppo ristretto di progetto con compiti di approfondimento, confronto, predisposizione e supporto alle scelte strategiche;
- individuazione dei compiti e delle finalità assegnate al coordinamento regionale e delle Strutture Dipartimentali di AV;
- costituzione di commissioni di AV sul monitoraggio della spesa farmaceutica, sull'implementazione locale di linee-guida, per l'alleanza medico-paziente-farmacista pubblico e convenzionato;
- costituzione di un Nucleo Regionale di acquisti di beni sanitari a livello regionale (Centro Servizi);
- valutazione ed approvazione di progetti di AV per l'ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica, per il monitoraggio della spesa, per la gestione del rischio clinico, per l'assessment tecnologico, per la gestione delle risorse umane, tecnologiche, logistiche, finanziarie.

L'obiettivo del piano è quello di indirizzare l'organizzazione dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale in modo da favorire l'uso appropriato e razionale del farmaco e di quanto sopra indicato per i dispositivi medici in un'ottica di AV.

L'AV rappresenta un territorio autonomo nel governo del bisogno di salute della popolazione che assiste. Al suo interno realizza i modelli assistenziali sopra descritti, dai più elementari a quelli più complessi in un'ottica di coordinamento ed integrazione. A loro volta le ZT partecipando della revisione dell'AV si riorganizzano, qualificano ed implementano i servizi e le attività necessarie.

#### **Azioni:**

- progetti di Continuità Assistenziale che prevedano anche la presenza di Farmacista esperto di ospedalizzazione domiciliare (Governo Clinico);
- progetti ed iniziative di informazione scientifica sul farmaco dal parte del SSR, in ambito ospedaliero e territoriale. Qualificare l'informazione medico scientifica dell'industria farmaceutica (appropriatezza) sui farmaci e dell'industria fornitrice dei dispositivi medici al fine di migliorare le informazioni rese attraverso delle linee guida regionali;
- promuovere azioni di collegamento con i MMG e PLS: azioni di supporto per l'appropriatezza prescrittiva, supporto documentale ed informativo, monitoraggio dei pazienti critici, ecc. (Appropriatezza);
- individuazione di percorsi virtuosi nella prescrizione di classi di farmaci a maggior onere per il SSR, in ambito ospedaliero e territoriale (Appropriatezza);
- approfondimento degli aspetti etici, tecnici e scientifici sull'utilizzo di principi attivi in età pediatrica, con particolare riferimento ai farmaci "off label", alla sorveglianza di effetti collaterali specifici, alla condivisione di protocolli terapeutici dedicati;
- strutturazione del coordinamento regionale;

- riorganizzazione dei Servizi Farmaceutici Territoriali in un'ottica di AV, tenendo conto delle caratteristiche del territorio, della popolazione servita, della localizzazione delle strutture sanitarie, delle competenze esistenti e di quelle da implementare, della necessità di garantire le strutture complesse necessarie per poter adeguatamente adempiere alle finalità ed ai compiti;
- gare regionali uniche per farmaci, tra cui le soluzioni infusionali, gli emoderivati, i vaccini e per i dispositivi medici;
- riorganizzazione delle attività del farmacista ospedaliero in un'ottica di AV (distribuzione interna, logistica, produzione di laboratorio, nutrizione parenterale, UmaCa, documentazione ed informazione, ecc.);
- progetti di monitoraggio di categorie selezionate di farmaci ad alto costo;
- sviluppare un'adeguata azione di vigilanza e controllo prescrittivo anche attraverso gli organismi previsti (UCAD);
- progetti di Risk Management per AV su indicazioni e linee guida regionali (Prevenzione e Sicurezza);
- farmacista clinico e farmacista di reparto o dipartimentale a supporto delle UU.OO. per la riduzione del rischio clinico, l'incremento dell'appropriatezza, la farmacovigilanza, la prescrizione alla dimissione (prevenzione dell'induzione);
- incremento della distribuzione diretta tramite le farmacie ospedaliere ed i servizi farmaceutici territoriali (soprattutto per le terapie croniche: farmaci per scompenso cardiaco, post-IMA, antidiabetici, antiglaucoma, Eparine a Basso Peso Molecolare, ecc.);
- incremento della distribuzione dei farmaci tramite il Progetto Marche (Distribuzione per Conto) anche con nuovi modelli organizzativi al fine di rendere un miglior servizio all'assistito;
- progettazione e realizzazione di Laboratori Farmaceutici Specialistici (oltre ai laboratori galenici, NPT, UmaCa, per tossico-nocivi, Laboratorio di Controllo di Qualità, Laboratori per Radiofarmaci, Laboratori per la personalizzazione di farmaci biologici – "biofarmacia") in grado di assicurare terapie anche non convenzionali.

#### **Dotazioni tecnologiche previste:**

- sistemi di monitoraggio della spesa farmaceutica omogenei a livello regionale (uniformando la reportistica e l'elaborazione dei dati provenienti dalle diverse ZT);
- armadi informatizzati di reparto;
- sistemi di documentazione ed informazione farmacotossicologica ed accesso a fonti documentali;
- informatizzazione della prescrizione ospedaliera alla dimissione e sistema che consenta di seguire l'iter prescrittivo del paziente.

### **Dotazioni logistiche:**

- magazzini centralizzati in grado di servire un territorio di AV;
- modalità di trasporto e di consegna in AV;
- organizzazione di un Magazzino Centralizzato Regionale per i farmaci ad altissimo costo non programmabili (farmaci da biotecnologia per malattie rare, emoderivati per trapianti, meningiti batteriche acute, antidoti, ecc.);
- organizzazione del Magazzino Centralizzato (regionale o per AV) per i farmaci, (soluzioni infusionali comprese) e per i dispositivi medici per le calamità e catastrofi;
- laboratori e servizi in un'ottica di AV.

### **Risultati sanitari attesi:**

- adesione agli obiettivi generali di piano;
- maggiore attenzione esigenze assistenziali del territorio;
- sostanziale miglioramento del servizio all'assistito;
- contenimento dei fenomeni di fuga verso altre Regioni;
- riduzione del rischio clinico e delle sacche di inefficienza sanitaria;
- incremento dell'appropriatezza nell'impiego dei farmaci e dei dispositivi medici;
- uniformità e omogeneità di trattamento sul territorio regionale.

### **Risultati Economici attesi:**

- migliore utilizzo delle risorse disponibili (umane, tecnologiche, professionali);
- contenimento della spesa farmaceutica territoriale;
- contenimento della spesa per i dispositivi medici erogati sul territorio utilizzati in ambito ospedaliero;
- contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, al fine di utilizzare le risorse per i farmaci innovativi ad alto costo;
- riduzione delle diseconomie.

## **XVIII.3 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI**

Il periodo di piano socio sanitario 2010-2012 deve prevedere con sollecitudine la predisposizione di alcuni interventi che, nella maggior parte delle situazioni, non prescrivono sincronie o dipendenze vincolanti, per cui si riportano le azioni essenziali per portare il sistema di assistenza farmaceutica in una condizione di maggior efficienza e controllo. Le principali azioni sono:

- incentivazione del monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera costituendo un osservatorio con tali finalità, per una più attenta ed analitica percezione dell'evoluzione

delle scelte terapeutiche e per il governo delle aree a maggior impatto sulla spesa ospedaliera e territoriale;

- revisione della DGR n. 135 del 26 febbraio 2007, al fine di riprogrammare gli obiettivi della stessa fornendo strumenti operativi di contenimento della spesa, di registrazione delle attività, con il coinvolgimento dei professionisti;
- rivisitazione del Progetto Marche, in modo da recuperare margini economici, mantenendo aperti i percorsi offerti al cittadino nel reperire farmaci tra cui quelli del PHT, implementando i sistemi di monitoraggio e di controllo delle prestazioni erogate;
- rivisitazione del Progetto Ossigeno, servizio di ossigeno terapia domiciliare fornito tramite le farmacie convenzionate, e del servizio fornito direttamente dalle strutture sanitarie con dispositivi medici, in modo da recuperare margini economici, anche attraverso dei nuovi modelli organizzativi al fine di migliorare il servizio ed implementando i sistemi di monitoraggio e controllo delle prestazioni erogate;
- gare uniche regionali per i farmaci, compresi gli emoderivati, le soluzioni infusionali, l'ossigeno terapeutico e gli emoderivati;
- gare uniche regionali per i dispositivi medici ad alto costo e per quelli che effettuano numerose prestazioni di notevole impatto sanitario ed economico;
- costituzione di un coordinamento Regionale con finalità di coordinamento, programmazione, indirizzo, controllo e monitoraggio;
- costituzione delle Strutture Farmaceutiche Dipartimentali di AV con le finalità di realizzazione nell'ambito del territorio di competenza di tutte le iniziative correlate ai farmaci e ai dispositivi medici di carattere organizzativo, logistico, culturale, informativo, di produzione, di supporto alle sperimentazioni cliniche, di monitoraggio, di vigilanza, di prevenzione del rischio clinico correlate ai farmaci e ai dispositivi medici in un'ottica di integrazione e di rete;
- rivisitazione dei Prontuari Terapeutici Ospedalieri di AV, integrato con il territorio che dovranno tener conto, in un'ottica di coordinamento ed integrazione, delle ricadute che le scelte terapeutiche aziendali possono avere nel territorio;
- promuovere la scelta dei farmaci a brevetto scaduto ad ogni livello possibile. Nell'ambito del SSR non si dovrà far ricorso a farmaci sotto brevetto o in scadenza brevettuale in tutti i casi in cui è disponibile l'equivalente terapeutico a minor prezzo;
- riassetto della logistica ed organizzazione per AV dell'assistenza farmaceutica;
- prescrizione informatica dei farmaci in ambito ospedaliero per pazienti in dimissione, postvisita specialistica;
- progetti di continuità assistenziale ospedale territorio per i farmaci e i dispositivi medici;
- indirizzi regionali e progetti di risk management per AV;
- armadi informatizzati;
- prontuario terapeutico Ospedale Territorio Regionale.

## **DISPOSITIVI MEDICI**

I dispositivi medici (dispositivi medici impiantabili attivi, diagnostici in vitro) rappresentano un fondamentale strumento del SSN sia per quanto riguarda le attività sanitarie. Le nuove tecnologie che assorbono sempre più importanti risorse non possono che non essere valutate dal punto di vista del SSN e attraverso nuove metodologie come HTA, per le limitate risorse finanziarie.

Ad integrazione di quanto indicato il SSR dovrà:

1. utilizzare la classificazione nazionale dei dispositivi medici (CND);
2. istituire una Commissione Unica Regionale per HTA dei i dispositivi medici;
3. favorire la sperimentazione clinica dei Dispositivi Medici;
4. istituire un comitato etico unico regionale per la sperimentazione clinica dei dispositivi medici;
5. rivisitare i sistemi di sorveglianza e vigilanza sui dispositivi medici;

applicare ai dispositivi medici, per quanto sia possibile, le norme sulla pubblicità dei farmaci di cui al d.lgs. 219/2006.

## LEGENDA

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFA	Attività Fisica Adattata
AGENAS	Agenzia Nazionale per I Servizi Sanitari Regionali
AIIC	Associazione Italiana Ingegneri Clinici
AIMN & IM	Associazione Italiana di Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare
AIRO	Associazione Italiana Radioterapia Oncologica
ANIE	Federazione Nazionale Imprese Elettrotecniche ed Elettroniche
AO	Azienda Ospedaliera
AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
ARS	Agenzia Regionale Sanitaria
ASP	Azienda Servizi alla Persona
ASUR	Azienda Sanitaria Unica Regionale.
ATS	Ambito Territoriale Sociale
CIS	Cardiology Information Systems
Co.ge.aps	Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie
COCIR	European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Medical IT Industries
CR	Computed Radiography
DDP	Dipartimento Dipendenze Patologiche
DGR	Delibera Giunta Regionale
DICOM	Digital Imaging and COmmunications in Medicine
DRG	Diagnosis Related Group.
DSM	Dipartimento Salute Mentale
ECM	Educazione Continua in Medicina
FSR	Fondo Sanitario Regionale
GRTS	Gruppo Regionale Tecnologie Sanitarie (GRTS) della Regione Marche.
HL7	Health Level 7
HS	Horizon Scanning
HTA	Health Technology Assessment
IMA	Infarto Miocardico Acuto
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.
ISEE	Indicatore della Situazione Economica Equivalente
ISS	Istituto Superiore di Sanità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza.
LIS	Laboratory Information Systems
LIVEAS	Livelli essenziali e uniformi delle prestazioni sociali
MMG	Medici di Medicina Generale
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
PACS	Picture Archiving & Communication System
PAD	Programma delle Attività Distrettuali (l.r. 13/03)
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PATH	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in hospitals
PAZ	Piano delle Attività Zonali (l.r. 13/03)
PCS	Piano Comunitario per la Salute
PdZ	Piano di Zona - sociale (L. 328/00)
PET	Tomografia ad Emissione di Positroni

PLS	Pediatri di Libera Scelta
PSSR	Piano Socio Sanitario Regionale.
PUA	Punto Unico di Accesso
RIS	Radiology Information System
RM	Risonanza Magnetica
SDS	Sportello della Salute
SIMES	Sistema Informativo degli Errori in Sanità
SINA	Sistema Informativo per la Non Autosufficienza
SIND	Sistema Informativo Nazionale Dipendenze
SIO	Sistema Informativo Ospedaliero
SIRM	Società Italiana di Radiologia Medica
SISR	Sistema Informativo Sociale Regionale
SSR	Sistema Sanitario Regionale
TC	Tomografia computerizzata
U.O. SeS	Unità Operativa Sociale e Sanitaria
UCAD	Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali
UMEA	Unità Multidisciplinare dell'Età Adulta
UMEE	Unità Multidisciplinare dell'Età Evolutiva
UPS	Ufficio di Promozione Sociale
URP	Uffici Relazioni con il Pubblico
UVD	Unità Valutativa Distrettuale
UVI	Unità Valutativa Integrata
VEQ	Verifica esterna della qualità
ZT	Zona Territoriale