Relazione della V Commissione permanente

SICUREZZA SOCIALE (SERVIZI SOCIALI, ASSISTENZA SANITARIA E OSPEDALIERA, ASSISTENZA SOCIALE)

(Seduta del 1° dicembre 2011)

Relatore di maggioranza: FRANCESCO COMI
Relatore di minoranza: GIANCARLO D'ANNA

sulla 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

Nuova titolazione proposta dalla Commissione:

PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012/2014.
SOSTENIBILITA', APPROPRIATEZZA, INNOVAZIONE E SVILUPPO

RELAZIONE ORALE

PARERE ESPRESSO
DAL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO
AI SENSI DELL'ARTICOLO 4, COMMA 1, DELLA LEGGE REGIONALE 15/2008

(Seduta del 9 dicembre 2011)

Il Consiglio regionale dell'economia e del lavoro nella seduta del 9 dicembre 2011 ha esaminato il testo della proposta di atto amministrativo 14/2001 ad iniziativa della Giunta regionale concernente "Piano socio-sanitario regionale 2010-2012 - La salute: diritti e responsabilità per i cittadini delle Marche" nuova titolazione "Piano socio-sanitario regionale 2012-2014 - Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo";

Udita la proposta del relatore Gianni Venturi;

Visto gli articoli 14 e 16 del Regolamento interno del CREL

esprime parere favorevole

sollecitando tuttavia l'Assemblea Legislativa a inserire le seguenti modifiche:

1) Nel testo della delibera:
   dopo la lettera d) del punto 2 aggiungere : "e) la documentazione di cui alle lettere a, b, c, d, è messa a disposizione del CAL e del CREL nonché dei soggetti e degli organismi di partecipazione dei cittadini previsti dalla l.r. 17/2011".

Al punto 4 dopo "Commissione Assembleare":
aggiungere: ", acquisite le valutazioni di CAL e CREL,";
sostituire dopo la parola "Piani" la parola "industriali" con le parole "di Area Vasta";

2) Al capitolo II.2.5 a pag. 46 sulla metodologia di lavoro aggiungere, per ognuna delle quattro linee di analisi altrettanti "allegati e schede".

3) Al capitolo II.2.5 a pag. 47, capoverso "A seguito dell'approvazione …" sopprimere dopo le parole "tavolo regionale" la parola "interaziendale" ed aggiungere dopo "INRCA" le parole "con il compito di coordinare ed allineare i contenuti dei Piani di Area Vasta e l'implementazione delle reti cliniche agli indirizzi del presente Piano entro il 30 aprile 2012".

Di conseguenza sopprimere il capoverso "il tavolo regionale interaziendale…." fino al punto.
Sopprimere il capoverso successivo e sostituire con il seguente "I documenti di programmazione sono oggetto di concertazione preventiva con le OO.SS. ai vari livelli e sono adottati in via definitiva dopo parere obbligatorio della competente Commissione Consiliare acquisite le valutazioni di CAL e CREL".

Il CREL sottolinea inoltre come sul versante della integrazione socio-sanitaria rimanga tutt'ora irrisolta l'incongruenza, già più volte e formalmente segnalata, tra le funzioni attribuite alle Aree Vaste Territoriali dall'art. 9 della l.r. 17/2011, lettera c) (Integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali) e la mancata corrispondenza di tale responsabilità e titolarità al Direttore di Area Vasta di cui all'art. 10 della stessa legge regionale.
Il CREL infine segnala un elemento di preoccupazione sull'impostazione delle politiche di integrazione socio-sanitaria ed in particolare per la formulazione con la quale si afferma una centralità della famiglia nelle stesse "quale soggetto centrale dei benefici del sistema di welfare e quale soggetto attivo sussidiario del sistema dei servizi e delle strutture sociali". La famiglia non può essere concepita come soggetto erogatore dei servizi ma come destinatario di essi in relazione ai bisogni delle persone che la compongono.
In relazione a ciò il CREL ritiene di dover allegare l'intervento del rappresentante del Forum del Terzo Settore e per la Rete di Economia Solidale. (Allegato A).

Il Presidente
Graziano Fioretti

ALLEGATO A

INTERVENTO DEL RAPPRESENTANTE DEL TERZO SETTORE E DELL'ECONOMIA SOLIDALE

Intervengo come rappresentante del Forum del III settore (che rappresenta le centrali cooperative, le associazioni di volontariato e quelle di promozione sociale di matrice cattolica e non) e per la Rete di Economia Solidale che raccoglie soggetti associativi, imprese sociali ed eticamente orientate.

Premettiamo che la risposta al bisogno è la porta d'ingresso per la piena cittadinanza e che la dignità del lavoro sociale, i percorsi di imprese solidali, le azioni di sostegno attivate dal volontariato nei suoi molteplici ambiti sono elementi imprescindibili per l'accoglienza del bisogno dei cittadini in primis quelli più fragili.

Esprimiamo preoccupazioni di merito e di metodo per questo PIANO :

Nel merito:

1. PREOCCUPAZIONE per l'eccessivo sbilanciamento a favore delle azioni riguardanti l'ambito sanitario e in misura decisamente ridotta per quelle riguardanti l'ambito sociale.
   Investire nel sociale significa primariamente ridurre i costi del sanitario, esprimiamo perplessità per una visione sempre più aziendalista che si prende cura dei "grandi" numeri perseguendo riduzione dei costi per presunte economie di scala così come avviene nelle aziende. Crediamo che la cura della persona sia favorita da un servizio distribuito e diffuso sul territorio soprattutto in ambito sociale, servizio che facilita un'economia basata sulle relazioni capace anche di innescare volani economici a livello territoriale di rilevante interesse.
   Gli ambiti sociali territoriali sono lo strumento adeguato per rispondere vanno sostenuti e potenziati e non smantellati.
   Ci stanno profondamente a cuore le CONSEGUENZE NON ECONOMICHE delle AZIONI ECONOMICHE e non possiamo non sottolineare che si mettono a dura prova le comunità cui vengono scaricati importanti livelli di "attenzione e cura" alla persona.

2. PREOCCUPAZIONE Per la pesante e inevitabile conseguenza per le donne.
   Abbiamo letto a fondo il piano e ci sentiamo di dire che non basta inserire la medicina di genere (mezza pagina – pag. 11) per identificare i bisogni e le difficoltà delle donne che emergeranno dall'applicazione di questo piano.
   La razionalizzazione dei costi nei servizi significheranno la riduzione di personale, prevalentemente femminile, sia in ambito pubblico che in ambito di privato no profit, l'assenza di alcune misure pubbliche in ambito di servizi sociali significheranno un maggiore obbligo di risposta da parte delle donne che dovranno SUPPLIRE essendo in prima linea nell'assistenza alle tante categorie deboli in genere e non solo in ambito familiare.
   Pur condividendo diversificazione della proposta per i nidi (Agrinido e Nido Domiciliare pag. 181) riteniamo che tali proposte debbano essere intese come aggiuntive alla reti di servizi che attualmente rappresentano un'eccellenza e che debbano essere interpretate soprattutto a sostegno delle aree rurali dove ci sono realtà geograficamente decentrate dalle strutture attive nei territori e che per alcun motivo devono invece portare ad una privatizzazione del servizio attraverso lo smantellamento di ciò che già opera con successo.

3. Alcuni dubbi riguardano la volontà di porre al centro della visione proposta la centralità alla famiglia anche con opportune misure specifiche come si legge a pag. 180 "quale soggetto centrale dei benefici del sistema di welfare e quale soggetto attivo sussidiario del sistema dei servizi e delle strutture sociali".

Le perplessità sono due: da un lato riteniamo migliore un sistema che punti la visione sulla centralità della persona e dei suoi bisogni e dall'altro vorremmo evitare che famiglia diventi una sorta di SUPPLENTE PERMANENTE per qualsivoglia mancato servizio. Il benessere di una comunità si basa sulla compartecipazione alla crescita collettiva e sulla soddisfazione che noi chiamiamo BEN-VIVERE delle nostre comunità: metterle sotto stress potrebbe essere un cattivo misuratore della tenuta ed integrità della tanto decantata coesione sociale marchigiana – misurare la tenuta del nucleo familiare potrebbe essere decisamente deleterio invece che un suo sostegno.

Nel metodo:

PREOCCUPAZIONE per l'assenza di coinvolgimento nella stesura finale del piano nei confronti del Forum del III settore e dei suoi operatori. Auspichiamo quindi che la modalità partecipativa di concertazione, consultazione e co-progettazione tanto accuratamente descritta nel piano (pag. 182/183) diventi tale anche in vista delle normative in ambito sociale territoriale, che auspichiamo, in definizione.

Concludiamo con delle proposte:

Siamo consapevoli di agire e dover decidere per un tempo NUOVO e diventa necessario chiamare a raccolta le migliori risorse per costruire insieme con responsabilità.

Siamo in una DISCONTINUITA' (e non crisi) economica, sociale, antropologica e culturale, ambientale. Noi, attori del territorio, cerniera tra le economie locali e le realtà territoriali abbiamo l'ambizione di affrontarla con determinazione a sostegno di chi è maggiormente esposto. Quindi mentre le economie dei flussi si allontanano verso ALTRI LUOGHI ritenuti maggiormente profittevoli, noi proponiamo alle depauperate ECONOMIE DEI LUOGHI risposte nuove come i percorsi di microcredito e microfinanza e di imprenditoria sociale ed eticamente orientata.

Siamo convinti che è naufragata la credenza di un modello di sviluppo che pensava ad una ricaduta di ricchezza monetaria per tutti e che ne ha causato invece una maggiore concentrazione provocando disuguaglianze e ingiustizie sociali. A questo dobbiamo rispondere con un maggiore e crescente investimento nella rete sociale a cui non ci tireremo indietro. Ci piace pensare di poter essere non supplenti di un settore pubblico in difficoltà ma pionieri e sperimentatori di nuove possibilità.

Alla crescita dei bisogni, dobbiamo rispondere con l'attivazione delle risorse delle nostre comunità. All'aumento delle precarietà e di cittadini senza occupazione, dobbiamo rispondere sviluppando la buona occupazione nel settore del welfare per aumentare la qualità del ben-vivere delle persone.

Katya Mastantuono

1° PARERE ESPRESSO DAL CONSIGLIO DELLE AUTONOMIE LOCALI AI SENSI DELL'ARTICOLO 11, COMMA 4, DELLA LEGGE REGIONALE 4/2007

(Seduta del 29 aprile 2011)

Il Consiglio delle Autonomie locali nella seduta del 29 aprile 2011 ha esaminato la proposta di atto amministrativo n. 14/10 avente ad oggetto: "Piano socio-sanitario regionale 2010-2012 - La salute: diritti e responsabilità per i cittadini delle Marche"; nuova titolazione "Piano socio-sanitario regionale 2011-2013 - La salute: diritti e responsabilità per i cittadini delle Marche;

Visto l'articolo 11, comma 2, della l.r. 4/2007;

Udita la proposta del relatore Michele Maiani;

Visto l'articolo 18 del Regolamento interno del CAL;

esprime parere favorevole

con le seguenti raccomandazioni:

L'obiettivo dichiarato del piano SSR di rafforzare il ruolo di governo, indirizzo, monitoraggio e controllo della Regione relativamente all'area sanitaria e del sociale, obiettivo legittimo in funzione dell' efficientamento del sistema, non può tradursi in un esproprio di competenze a danno degli Enti Locali. Pertanto, è necessario venga ampliato e reso decisivo il confronto con gli Enti Locali.

L'area vasta, in quanto strumento di implementazione del governo della sanità, dovrà essere dotata di strumenti di programmazione e gestionali, quali il budget di gestione.

Nel ribadire la condivisione delle 5 Aree Vaste, coincidenti con i territori provinciali e sollecitando l'approfondimento di interventi finalizzati alla riduzione della mobilità passiva, il CAL ritiene necessario che l'indicazione dell'Area Montana vada adeguatamente monitorata per misurare gli effetti che potrà ingenerare; evidenzia, inoltre, la necessità di valutare la fattibilità dell'individuazione di un nuovo ospedale, baricentrico, che faccia da riferimento all'Area Vasta 3 (MC).

Il CAL, inoltre, ritiene vada esaminata, di concerto con i territori, l'articolazione dei distretti/ambiti sociali e il ruolo di governo di queste articolazioni ai fini della gestione, nonché implementate le sperimentazioni gestionali per attutire la mobilità passiva.

Nell'Ambito vanno previste funzioni non solo sociali (ADI, handicap, non autosufficienza, ecc.) ma anche di tipo socio-sanitario, mediante convenzioni con le zone sanitarie, permettendo, la possibilità di assunzioni.

Il CAL, infine, evidenzia che vanno semplificati i dipartimenti territoriali su area vasta. favorita una maggiore sussidiarietà del sistema per l'integrazione socio sanitaria, individuando specifici budget e completato il sistema di accreditamento delle strutture sia sanitarie che sociali, con le relative convenzioni tipo.

Il Presidente
Patrizia Casagrande Esposto

2° PARERE ESPRESSO DAL CONSIGLIO DELLE AUTONOMIE LOCALI AI SENSI DELL'ARTICOLO 11, COMMA 4, DELLA LEGGE REGIONALE 4/2007

(Seduta del 7 dicembre 2011)

Il Consiglio delle Autonomie locali nella seduta del 7 dicembre 2011 ha esaminato la proposta di atto amministrativo n. 14/10 ad iniziativa della Giunta regionale, concernente: "Piano socio-sanitario regionale 2010-2012 - La salute: diritti e responsabilità per i cittadini delle Marche" nuova titolazione "Piano socio-sanitario regionale 2012-2014 - 'Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo'";

Visto l'articolo 11, comma 2, della l.r. 4/2007;

Udita la proposta del relatore Michele Maiani;

Visto l'articolo 18 del Regolamento interno del CAL;

esprime parere favorevole

con le seguenti raccomandazioni:

L'obiettivo dichiarato del piano SSR di rafforzare il ruolo di governo, indirizzo, monitoraggio e controllo della Regione relativamente all'area sanitaria e del sociale, obiettivo legittimo in funzione dell' efficientamento del sistema, non può tradursi in un esproprio di competenze a danno degli Enti Locali. Pertanto, è necessario venga ampliato e reso decisivo il confronto con gli Enti Locali.

L'area vasta, in quanto strumento di implementazione del governo della sanità, dovrà essere dotata di strumenti di programmazione e gestionali, quali il budget di gestione.

Nel ribadire la condivisione delle 5 Aree Vaste, coincidenti con i territori provinciali e sollecitando l'approfondimento di interventi finalizzati alla riduzione della mobilità passiva, il CAL ritiene necessario che l' indicazione dell'Area Montana vada adeguatamente monitorata per misurare gli effetti che potrà ingenerare; evidenzia, inoltre, la necessità di valutare la fattibilità dell'individuazione di un nuovo ospedale, baricentrico, che faccia da riferimento all'Area Vasta 3 (MC).

Il CAL, inoltre, ritiene vada esaminata, di concerto con i territori, l'articolazione dei distretti/ambiti sociali e il ruolo di governo di queste articolazioni ai fini della gestione, nonché implementate le sperimentazioni gestionali per attutire la mobilità passiva.

Nell'Ambito vanno previste funzioni non solo sociali (ADI, handicap, non autosufficienza, ecc.) ma anche di tipo socio-sanitario, mediante convenzioni con le zone sanitarie, permettendo, la possibilità di assunzioni.

Il CAL, infine, ritiene sia favorita una maggiore sussidiarietà del sistema per l'integrazione socio sanitaria, individuando specifici budget e completato il sistema di accreditamento delle strutture sia sanitarie che sociali, con le relative convenzioni tipo.

Il Presidente
Matteo Ricci

Testo proposto

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.

Testo modificato dalla Commissione

L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA REGIONALE

Identico

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

Identico

Identico

Identico

Preso atto che la predetta proposta è stata preventivamente esaminata, ai sensi del comma 1 dell'articolo 22 dello Statuto regionale, dalla Commissione assembleare permanente competente in materia;

Visto il parere espresso, ai sensi dell'articolo 11, comma 2, della l.r. 10 aprile 2007, n. 4, dal Consiglio delle autonomie locali, nel termine ridotto dal Presidente dell'Assemblea legislativa ai sensi dell'articolo 12, comma 3, della citata legge;

Visto il parere espresso, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della l.r. 26 giugno 2008, n. 15, dal Consiglio regionale dell'economia e del lavoro, nel termine ridotto dal Presidente dell'Assemblea legislativa ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera b), della citata legge;

Identico

D E L I B E R A

1) di approvare il "Piano socio-sanitario regionale ~~2010-2012~~ **2012/2014 "Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo** ~~"La salute: diritti e responsabilità per i cittadini delle Marche"~~, così come descritto nell'allegato **B** che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2) di impegnare la Giunta regionale a trasmettere all'Assemblea legislativa regionale, ogni anno entro il mese di febbraio, una relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti del piano di cui all'allegato B che contenga almeno le seguenti informazioni:

a) i flussi di mobilità sanitaria attiva e passiva sia all'interno che all'esterno della regione suddivisi per attività specialistica, prestazioni in DEA e pronto soccorso, attività ambulatoriale;

b) lo stato di attuazione del processo di riorganizzazione della rete sanitaria con specifico riferimento ai Centri di eccellenza costituiti e alla riqualificazione delle strutture ospedaliere di dimensioni limitate o a bassa specialità verso funzioni orientate alla specialistica, ai servizi territoriali e socio- sanitari;

c) l'andamento del processo di riduzione delle liste di attesa;

d) la valutazione di efficacia sul versante finanziario delle scelte strategiche del piano con particolare riferimento a quelle indicate nelle lettere a), b), e c);

3) di stabilire che, nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, tutte le deliberazioni della Giunta regionale attuative del Piano socio-sanitario regionale 2012/2014 di cui all'allegato B, ivi comprese quelle di definizione del fabbisogno e dei posti letto, nonché quelle relative al raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza dei drg, sono adottate previo parere obbligatorio della competente Commissione assembleare;

4) di stabilire, altresì, che la competente Commissione assembleare esprima parere obbligatorio anche sui piani industriali di cui al capitolo II.2.5 dell'allegato B.

Allegato
Soppresso

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2010/2012

La salute: diritti e responsabilità per i cittadini delle Marche

IL PRESENTE ALLEGATO È SOSTITUITO DALL'ALLEGATO B

INDICE

PARTE I – PROCESSI DI GOVERNO 5

I OBIETTIVI DI PIANO E SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA 5

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

II INNOVAZIONE E SVILUPPO 17

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

III GOVERNANCE E SEMPLIFICAZIONE ORGANIZZATIVA 30

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

PARTE II – I PROCESSI SANITARI 63

IV SISTEMA EPIDEMIOLOGICO 63

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

V RETE DELLA PREVENZIONE E DELLA ASSISTENZA COLLETTIVA 67

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

VI RETE TERRITORIALE 74

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 Il contesto di riferimento..... 82
VI.4.2 La definizione della strategia e delle linee di intervento..... 83
VI.4.3 La pianificazione delle azioni..... 83

VII RETE DELL'EMERGENZA URGENZA 86

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 Definizione Potes 90
VII.3.2 Definizione fabbisogno di organico Centrali Operative 118 91
VII.3.3 Punti di Primo Intervento 91
VII.3.4 Rete dei Pronto Soccorso e DEA..... 91
VII.3.5 Elisuperfici 92

VIII RETE OSPEDALIERA 93

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

IX RETI CLINICHE 100

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 La rete cardiologica 102
IX.3.2 La rete per l'Ictus cerebrale..... 103
IX.3.3 La rete dell'unità spinale 104
IX.3.4 La rete oncologica..... 105
IX.3.5 La rete ematologica..... 106
IX.3.6 La rete nefrologica 107
IX.3.7 La rete dei trapianti..... 108
IX.3.8 La rete trasfusionale..... 109
IX.3.9 La rete gastroenterologica..... 110
IX.3.10 La rete neonatologica 110
IX.3.11 La rete diabetologica 112

X IL PRIVATO ACCREDITATO..... 114

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

PARTE III - I PROCESSI SOCIO-SANITARI 118

XI L'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA 118

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
XI.3.1 Assetto istituzionale 120
XI.3.2 Programmazione integrata sociale e sanitaria 121
XI.3.3 Organizzazione e gestione 121
XI.3.4 Processi, percorsi, procedure 123
XI.4 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 126
XI.4.1 Area materno-infantile, adolescenti e giovani 128
XI.4.2 Area disabilità 129
XI.4.3 Area salute mentale 129
XI.4.4 Area dipendenze patologiche 130
XI.4.5 Area anziani 130
XI.4.6 Area altre fragilità 131
XI.5 LE AZIONI E GLI ATTI PER L'IMPLEMENTAZIONE E LA STABILIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA 132

PARTE IV - I PROCESSI SOCIALI 134

XII I PROCESSI SOCIALI 134

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

PARTE V – I PROCESSI DI SUPPORTO 148

XIII IL SISTEMA QUALITA' E LO SVILUPPO DEL GOVERNO CLINICO 148

XIII.1 PRINCIPI E LINEE STRATEGICHE 148
XIII.2 GLI STRUMENTI DEL GOVERNO CLINICO 149
XIII.2.1 Il sistema di autorizzazione ed accreditamento istituzionale 149
XIII.2.2 La sicurezza del SSR e la gestione del rischio clinico 150
XIII.2.3 L'empowerment dei cittadini e la loro partecipazione allo sviluppo del SSR 152
XIII.2.4 Lo sviluppo delle pratiche basate sulle prove di efficacia 156
XIII.2.5 Il Monitoraggio, la valutazione degli interventi e l'Audit Clinico 157
XIII.2.6 L'Health Technology Assessment (HTA) 158
XIII.2.7 La formazione continua 159
XIII.3 INSERIMENTO DELLA QUALITA' E DEL GOVERNO CLINICO NELLA PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE REGIONALE E NELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE 163

XIV IL SISTEMA DELLE RISORSE UMANE 165

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

XV IL SISTEMA INFRASTRUTTURALE 173

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

XVI IL SISTEMA DI INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT) .. 178

XVI.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 178

XVI.1.1 Il cittadino, il sistema socio sanitario e le tecnologie ICT. 178

XVI.1.2 Assessment organizzativo, tecnologico e infrastrutturale ICT 179

XVI.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 181

XVI.2.1 Le componenti dell'intervento ICT 182

XVI.3 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 188

XVII IL SISTEMA DELLE TECNOLOGIE E DEI SERVIZI 190

XVII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 190

XVII.1.1 Laboratori 191

XVII.1.2 Anatomia patologica 192

XVII.1.3 Radioterapia 193

XVII.1.4 Medicina nucleare 196

XVII.1.5 Radiologia 198

XVII.1.6 ICT medicale 200

XVII.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO E LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI ... 202

XVIII IL SISTEMA FARMACO E I DISPOSITIVI MEDICI 204

XVIII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 204

XVIII.2 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 206

XVIII.3 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 210

LEGENDA 213

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 a 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 programmatorie 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. Obiettivo 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 se 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 se 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 programmatoria 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 Dl 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:
    - 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 mil 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.

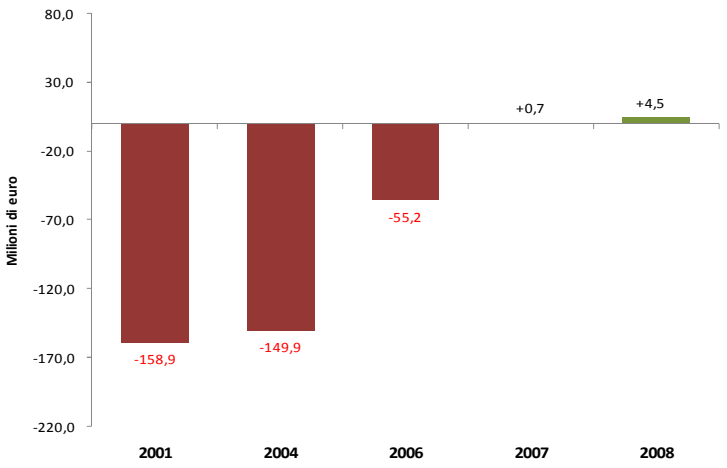
PROGRAMMAZIONE 2010-2012 COERENTE CON DL 78/2010	2010	2011	2012
	b	c	d
F.S.R. DISPONIBILE	2.644.688.459	2.667.328.120	2.714.393.601
MOBILITA' ATTIVA EXTRA-REG	90.987.046	90.987.046	90.987.046
ALTRI RICAVI	141.481.563	142.975.072	144.498.452
PAYBACK	8.056.000		-
TOTALE RICAVI SSR	**2.885.213.068**	**2.901.290.238**	**2.949.879.099**
TOTALE COSTI SSR	**2.945.172.410**	**2.983.920.326**	**3.021.192.118**
RISULTATO D'ESERCIZIO	**- 59.959.342**	**- 82.630.088**	**- 71.313.019**
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
RISULTATO D'ESERCIZIO	**40.658**	**369.912**	**186.981**

(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.

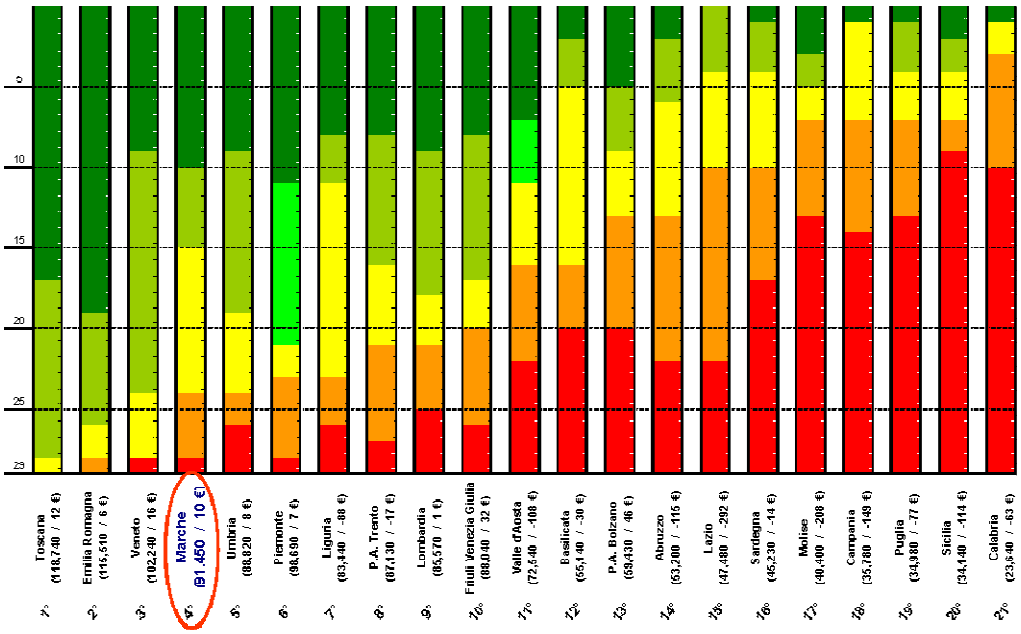
I.6 POSIZIONAMENTO DELLA REGIONE E RISULTATI RAGGIUNTI

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.



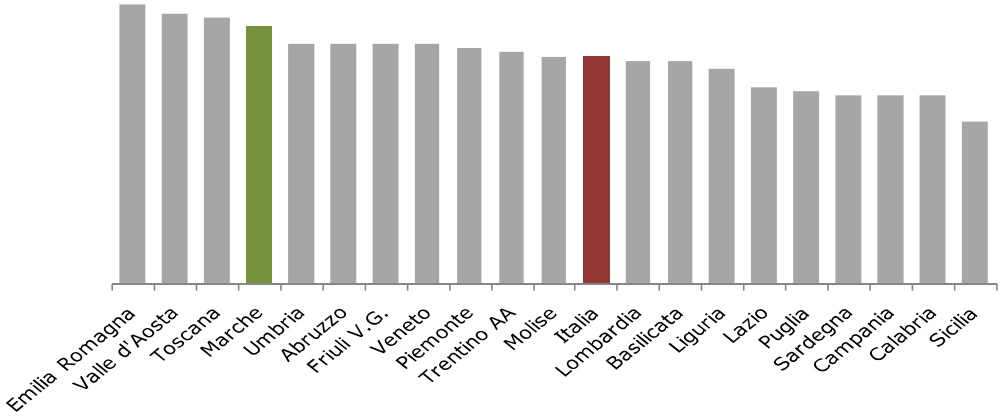
Risultati economici di competenza in milioni di €

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.***



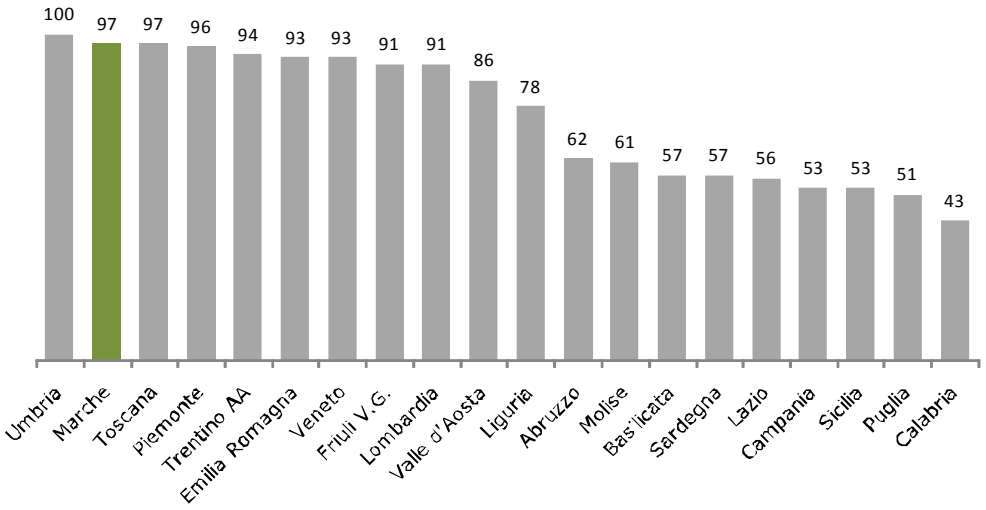
Fonte: Ministero della Salute - Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

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: Farmindustria- 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;

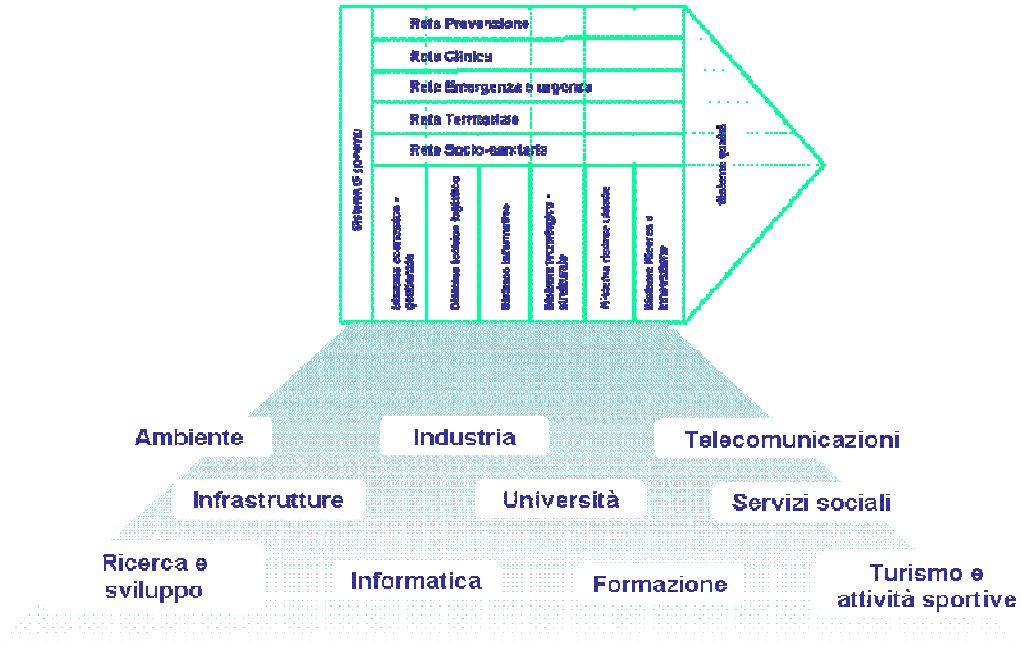
- il Progetto di gestione integrata sperimentale tra l'Ospedale C.G. Mazzoni di Ascoli Piceno e l'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto – ASUR zone territoriali n. 12 e n. 1 3 nel contesto dell'Area vasta 5, propedeutica all'istituzione degli Ospedali Riuniti Marche Sud;
- il modello 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 teritoriali 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 programmatorie.

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 infrastutturali.

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 dellla 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 inappropriatezza prescrittiva 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 oranizzazioni 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, nonchè 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 ampliamente 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 nazioanle 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, affinchè tali risorse si integrino nell'ambito programmatorio 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 a 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, affinchè 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 si 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 dellal 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.

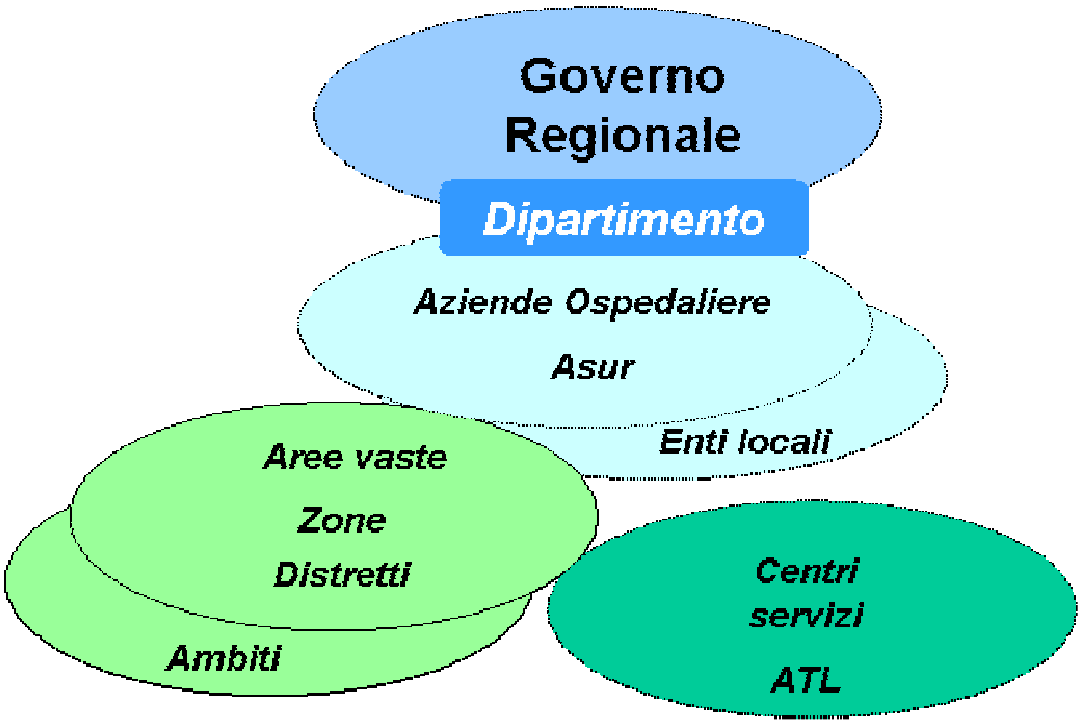
III.1 L'APPROCCIO METODOLOGICO GENERALE

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 crezione 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:

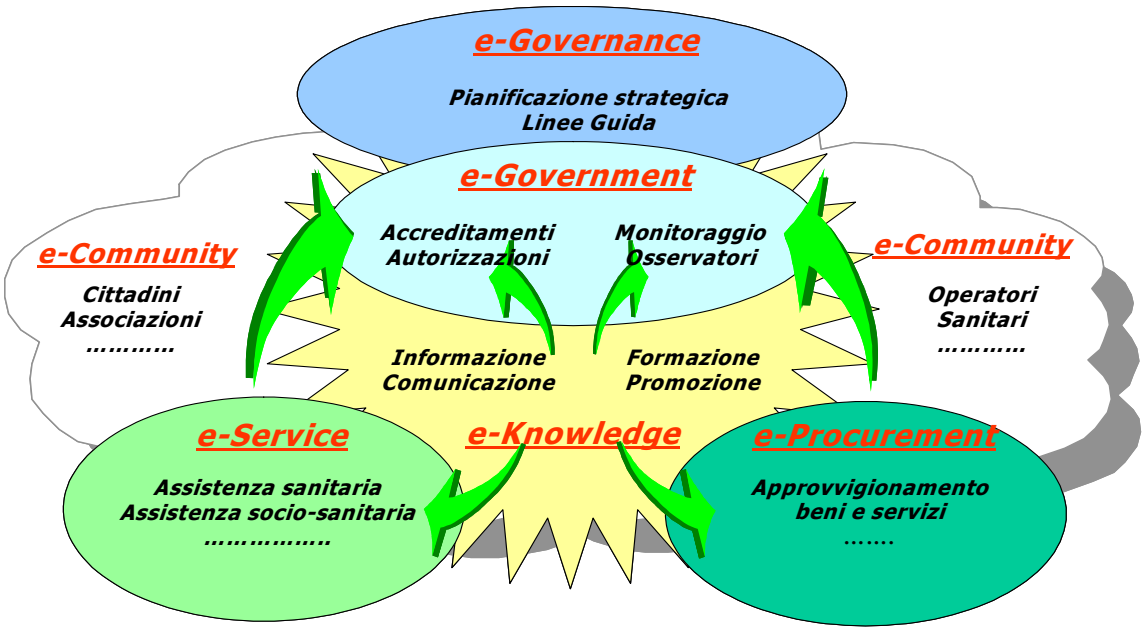
- elementi strategici, per inquadrare regole e principi che riguardano organizzazioni, attori e informazioni coinvolti nella "rete di azione e conoscenza" interna ai sistemi;
- elementi organizzativi, per definire le relazioni tra gli attori/enti coinvolti;
- elementi logico-funzionali, per descrivere 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.

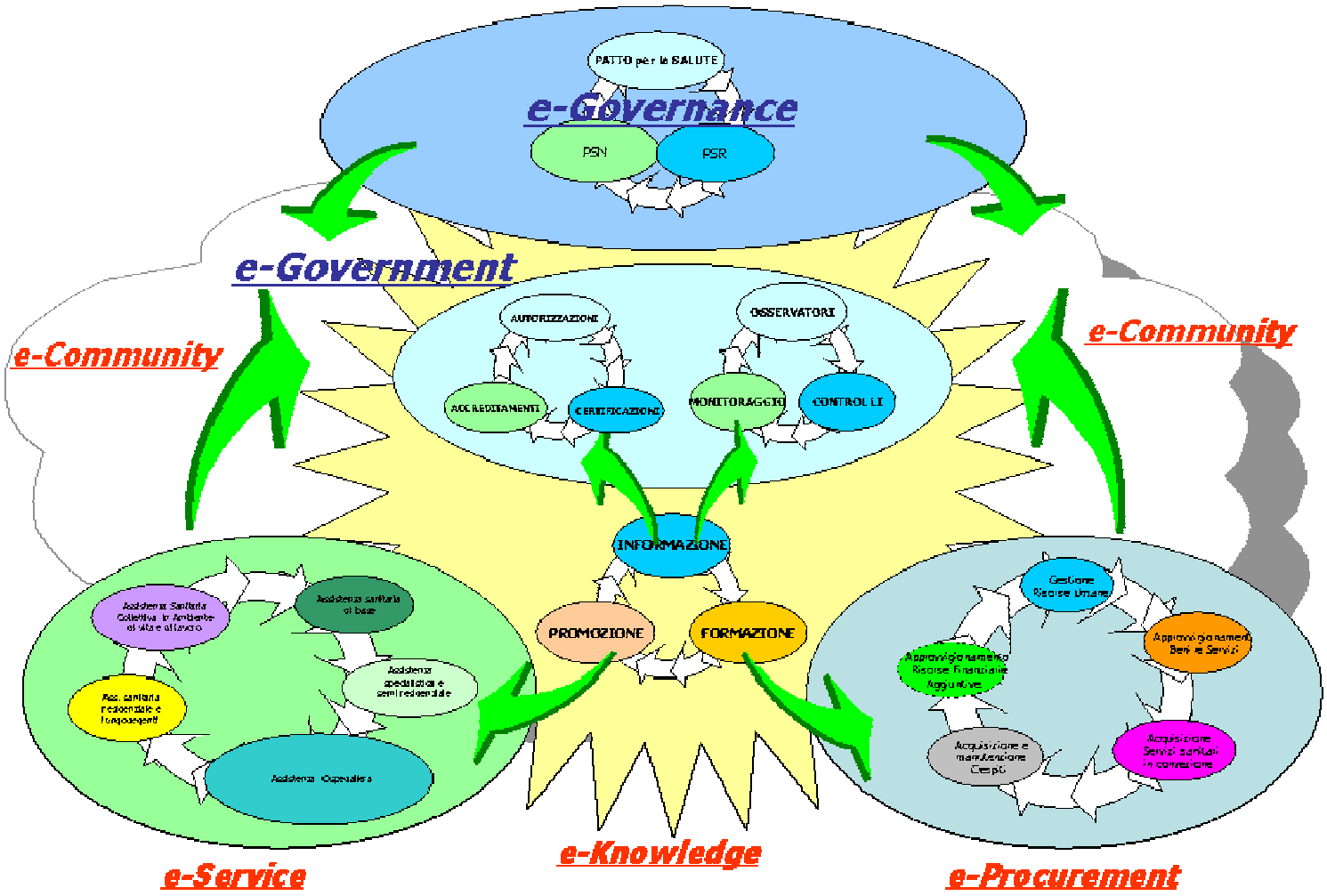
L'insieme di questi elementi concorre a classificare il funzionamento dell'intero sistema di welfare regionale all'interno di diverse macro aree a cui è riconducibile la strategia evolutiva dei processi operativi e delle modalità di acquisizione, offerta, diffusione e circolarità delle

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);


PATTO per la SALUTE
e-Governance
PSN
PSR
e-Government
e-Community
e-Community
AUTORIZZAZIONE
OSSERVATORI
ACCREDITAMENTI
CERTIFICAZIONE
MONITORAGGIO
CONTROLLI
INFORMAZIONE
PROMOZIONE
FORMAZIONE
Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di vita e di lavoro
Assistenza sanitaria di base
Assistenza specialistica e semiresidenziale
Ass. sanitaria residenziale e lungoassegnti
Assistenza Ospedaliera
Gestione Risorse Umane
Approvvigionamento Beni e Servizi
Approvvigionamento Risorse Finanziarie Assicurative
Acquisizione e manutenzione Cespiti
Acquisizione Servizi sanitari in convenzione
e-Knowledge
e-Service
e-Procurement

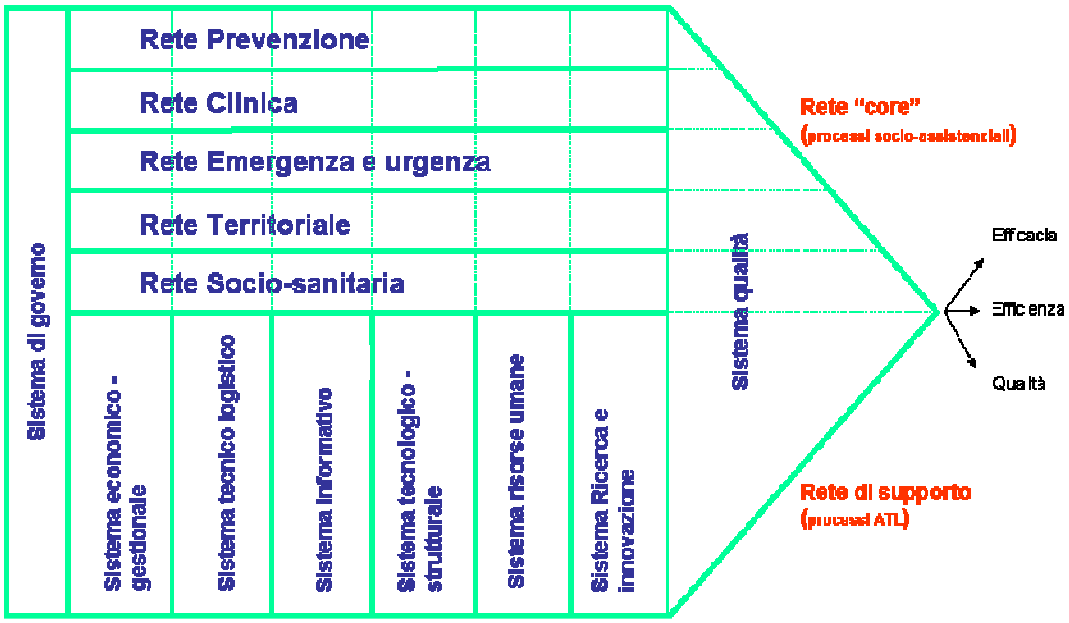
- *e-Procurement* rappresenta l'area dei processi preposti all'acquisizione dei beni e delle risorse dal mondo economico circostante. L'obiettivo dell'area è il miglioramento dell'efficienza nelle modalità di acquisizione e di impiego dei beni e delle risorse acquisite in una logica di economie di scala 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, le 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.



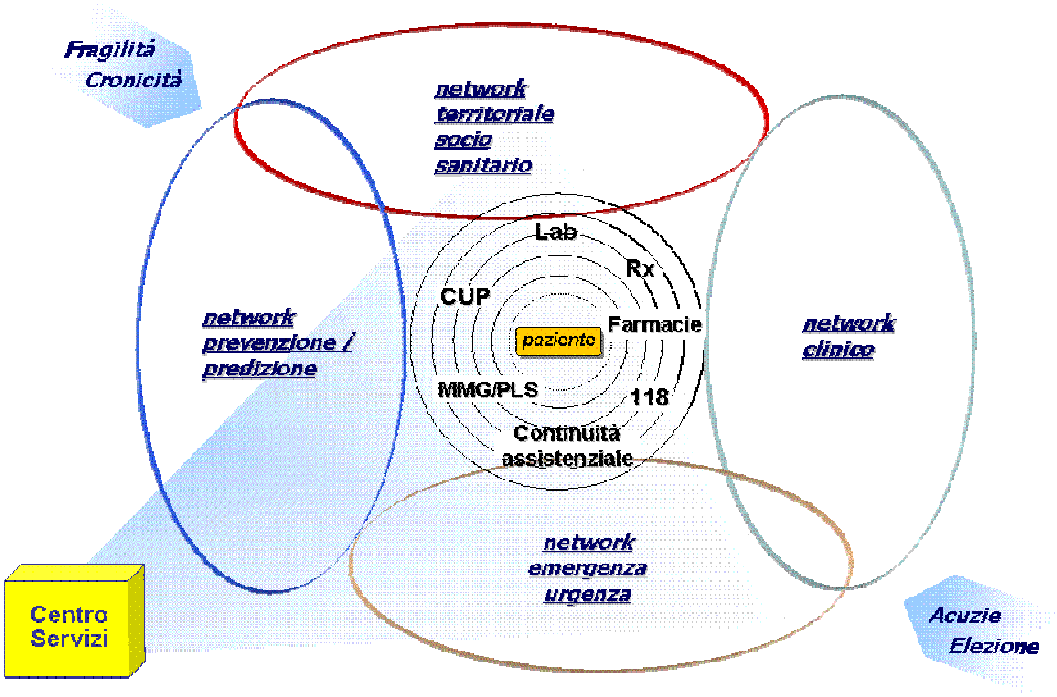
Le attività di "supporto" devono contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute del sistema garantendo che le sue condizioni complessive di funzionamento rispettino criteri di efficienza, efficacia, qualità ed economicità, nella migliore combinazione possibile, non devono assolutamente avere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

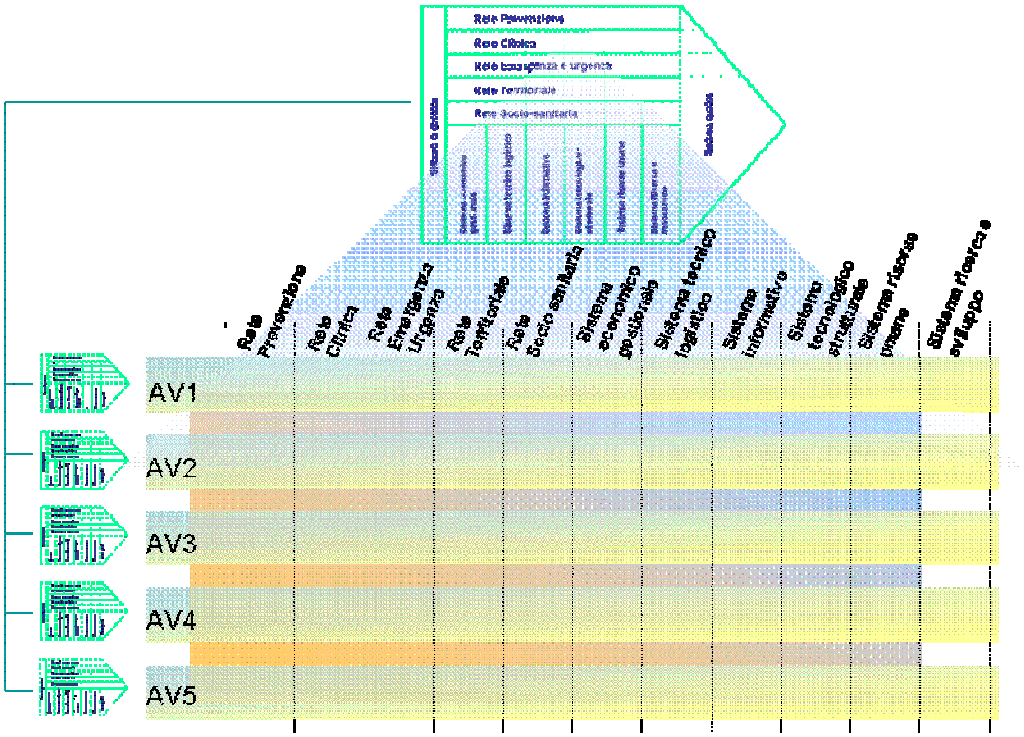
- promozione, coordinamento e regolazione di tutte le attività riguardanti la tutela della salute di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo che fanno capo al Servizio Sanitario Regionale;
- programmazione, controllo, coordinamento, supporto e organizzazione della rete sanitaria regionale, 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 definzione 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, atttraverso 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

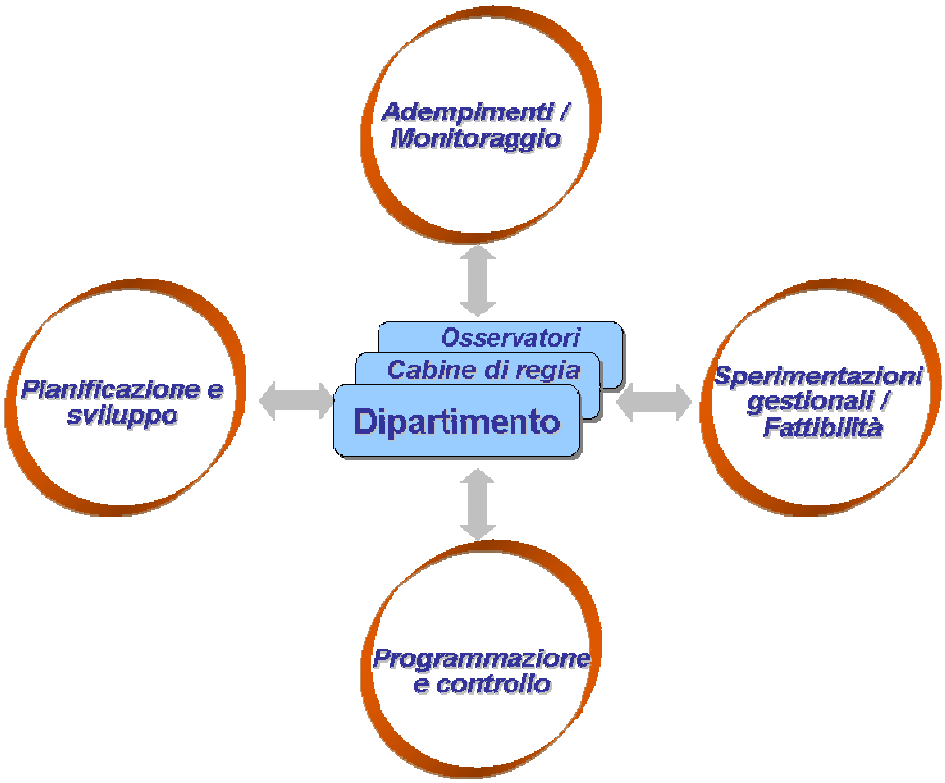
Area Vasta 5 ➡
- Integrazione Ascoli San Benedetto
- Cure primarie
- Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta

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 programmatoria 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 casisitica. 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 alttre 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 programmatorio 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 basato 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 prescinda dalla complessità rappresentata, né pensare ad un percorso decisionale che non sia condiviso e partecipato dagli assetti istituzionali periferici.

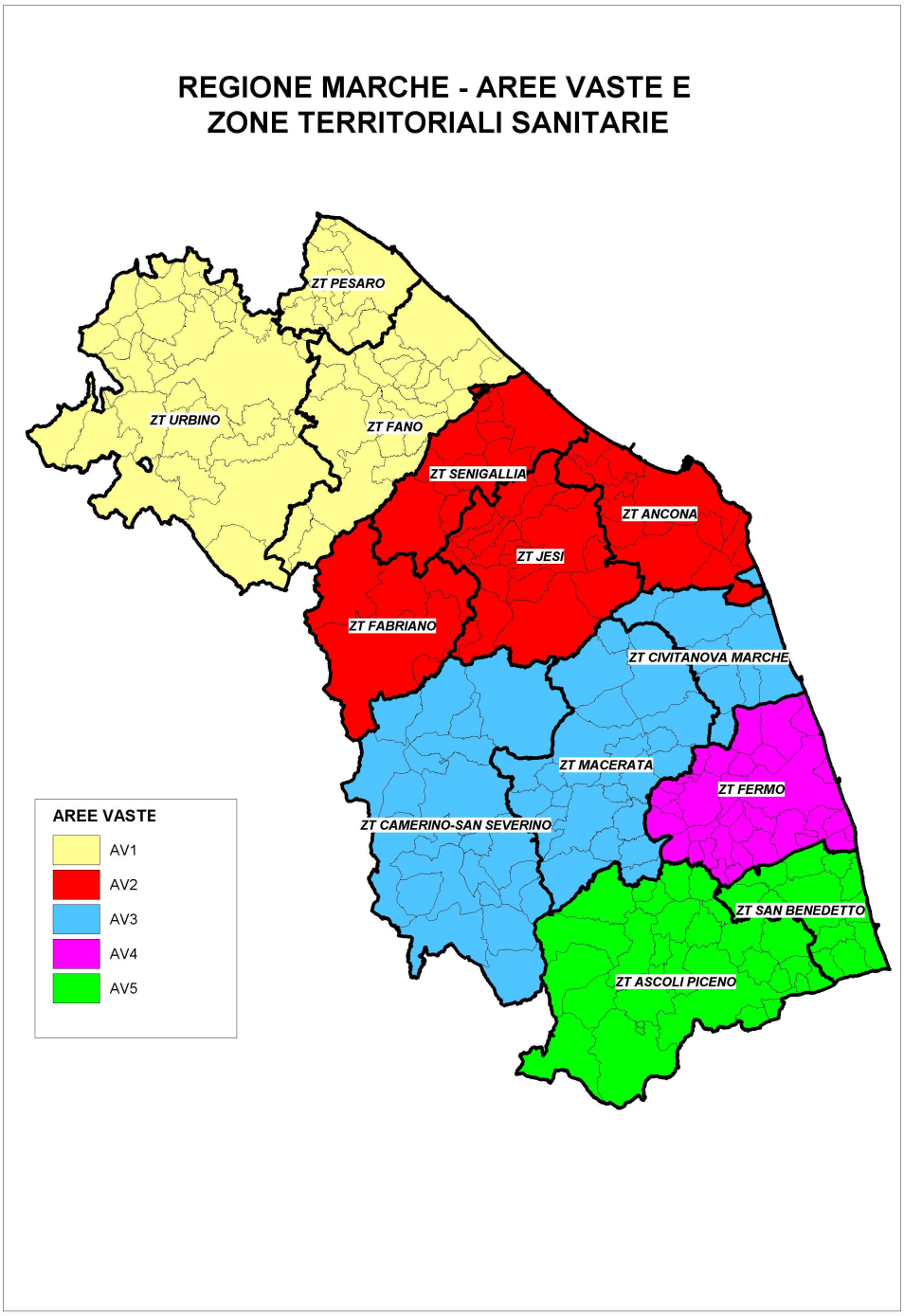
Rispetto all’integrazione sociale e sanitaria la prospettiva di semplificazione che si intende adottare non va colta nella logica “riduttiva”, ma nella corretta prospettiva della razionalizzazione delle risorse e nella “congiunzione” della responsabilità (a livello regionale e territoriale) tra il sociale 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...

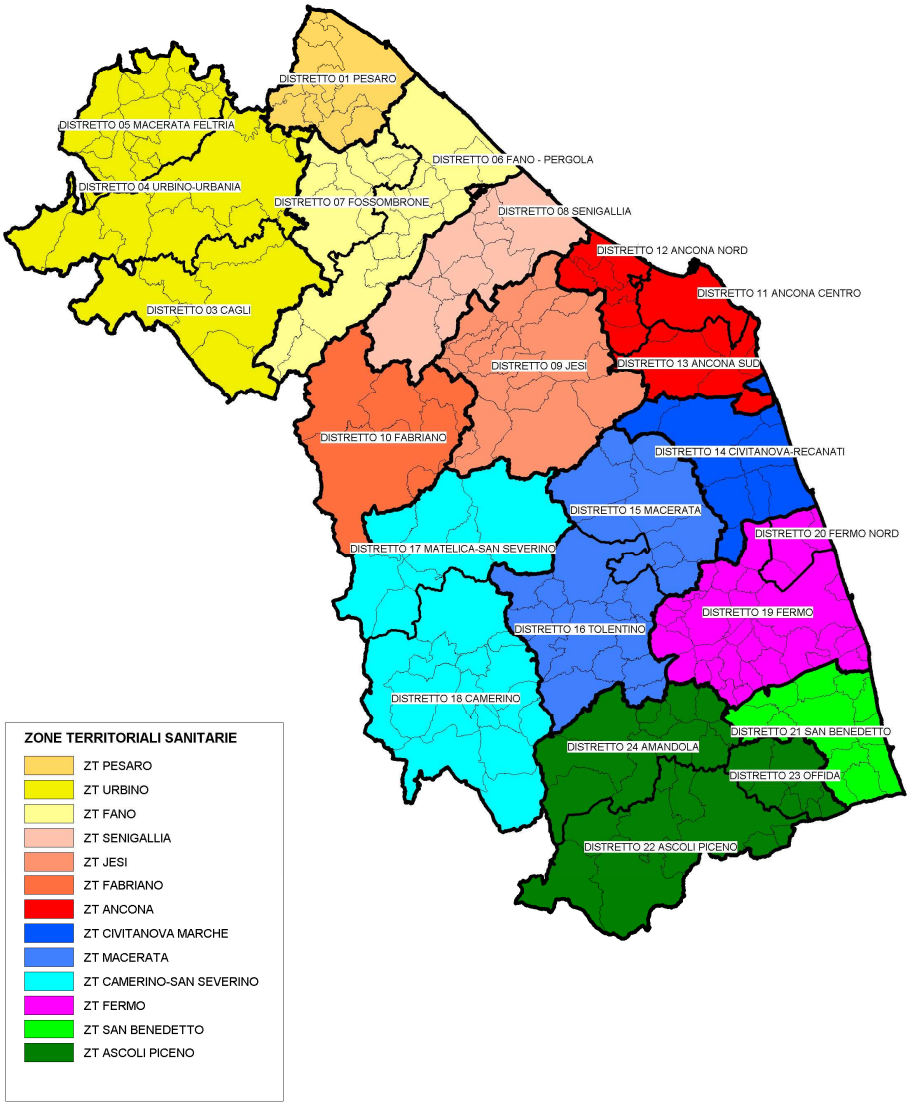
L'applicazione di una "griglia" (cfr. Figura 1) che tenga conto di queste variabili porterà al mantenimento della linearità gerarchica unitaria: ASUR, Area Vasta, Zona Territoriale, Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale, con assetti geografici variabili e, quindi, articolazioni quantitative 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.

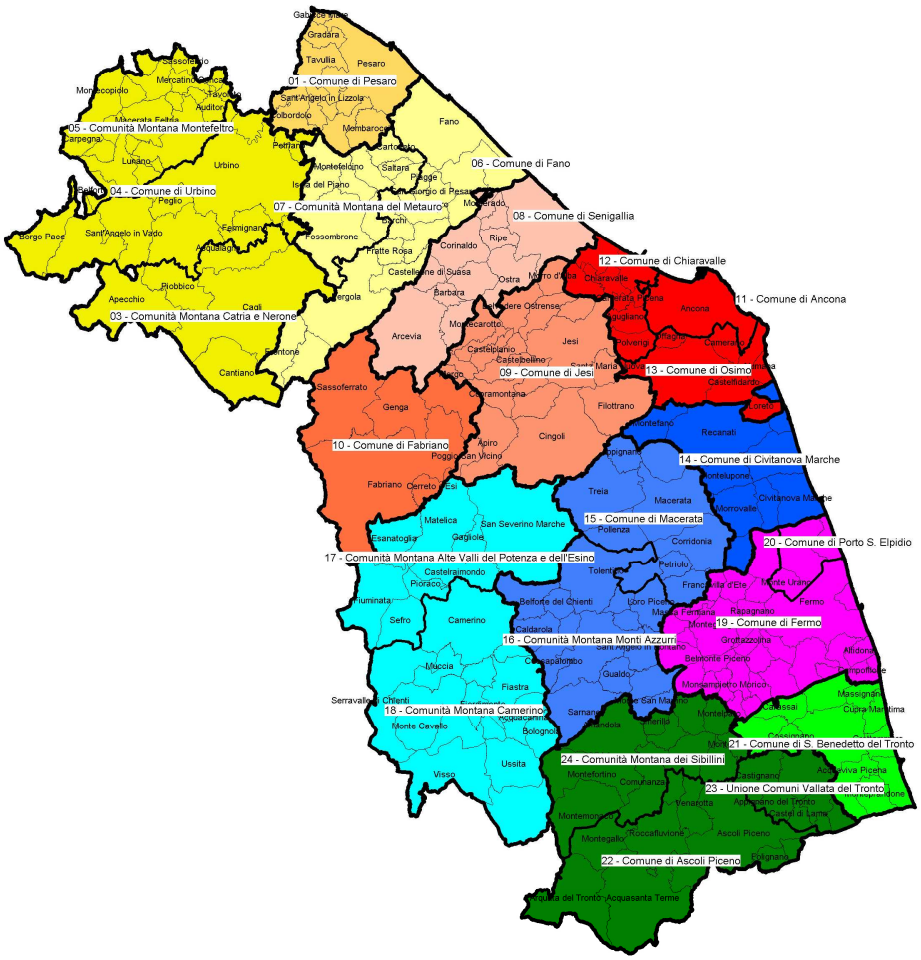
Unitarietà e articolazione dei territori marchigiani



REGIONE MARCHE - ZONE TERRITORIALI E DISTRETTI SANITARI



REGIONE MARCHE - AMBITI TERRITORIALI



Area Collinare – Costiera

Area COLLINARE-COSTIERA	
Popolazione	1.245.464
% pop.su totale regionale	79,9%
% superficie su totale reg.	48,9%
Nr.Comuni	149
Posti letto	5.230
% PL su totale regionale	80,4%
NR strutture ospedaliere	34
-di cui case cura accreditate	13

Aree Vaste		Zone Territoriali sanitarie		Distretti		Ambiti	
AV 1		ZT 1 Pesaro		DISTRETTO 01 PESARO		01 - Comune di Pesaro	
Popolazione	280.504	Popolazione	138.550	Popolazione	138.550	Popolazione	138.550
% pop.su totale regionale	18,0%	% pop.su totale regionale	8,9%	% pop.su totale regionale	8,9%	% pop.su totale regionale	8,9%
% superficie su totale reg.	11,6%	% superficie su totale reg.	3,2%	% superficie su totale reg.	3,2%	% superficie su totale reg.	3,2%
Nr.Comuni	31	Nr.Comuni	9	Nr.Comuni	9	Nr.Comuni	9
		ZT 2 Urbino		DISTRETTO 06 FANO - PERGOLA		06 - Comune di Fano	
		Popolazione	141.954	Popolazione	107.022	Popolazione	107.022
		% pop.su totale regionale	9,1%	% pop.su totale regionale	6,9%	% pop.su totale regionale	6,9%
		% superficie su totale reg.	8,4%	% superficie su totale reg.	5,7%	% superficie su totale reg.	5,7%
		Nr.Comuni	22	Nr.Comuni	14	Nr.Comuni	14
				DISTRETTO 07 FOSSOMBRONE		07 - Comunità Montana del Metauro	
				Popolazione	34.932	Popolazione	34.932
				% pop.su totale regionale	2,2%	% pop.su totale regionale	2,2%
				% superficie su totale reg.	2,7%	% superficie su totale reg.	2,7%
				Nr.Comuni	8	Nr.Comuni	8
AV 2		ZT 4 Senigallia		DISTRETTO 08 SENIGALLIA		08 - Comune di Senigallia	
Popolazione	443.289	Popolazione	79.602	Popolazione	79.602	Popolazione	79.602
% pop.su totale regionale	28,4%	% pop.su totale regionale	5,1%	% pop.su totale regionale	5,1%	% pop.su totale regionale	5,1%
% superficie su totale reg.	17,2%	% superficie su totale reg.	4,9%	% superficie su totale reg.	4,9%	% superficie su totale reg.	4,9%
Nr.Comuni	47	Nr.Comuni	11	Nr.Comuni	11	Nr.Comuni	11
		ZT 5 Jesi		DISTRETTO 09 JESI		09 - Comune di Jesi	
		Popolazione	109.106	Popolazione	109.106	Popolazione	109.106
		% pop.su totale regionale	7,0%	% pop.su totale regionale	7,0%	% pop.su totale regionale	7,0%
		% superficie su totale reg.	7,2%	% superficie su totale reg.	7,2%	% superficie su totale reg.	7,2%
		Nr.Comuni	21	Nr.Comuni	21	Nr.Comuni	21
		ZT 7 Ancona		DISTRETTO 11 ANCONA CENTRO		11 - Comune di Ancona	
		Popolazione	254.581	Popolazione	102.521	Popolazione	102.521
		% pop.su totale regionale	16,3%	% pop.su totale regionale	6,6%	% pop.su totale regionale	6,6%
		% superficie su totale reg.	5,1%	% superficie su totale reg.	1,3%	% superficie su totale reg.	1,3%
		Nr.Comuni	15	Nr.Comuni	1	Nr.Comuni	1
				DISTRETTO 12 ANCONA NORD		12 - Comune di Chiaravalle	
				Popolazione	70.839	Popolazione	70.839
				% pop.su totale regionale	4,5%	% pop.su totale regionale	4,5%
				% superficie su totale reg.	1,5%	% superficie su totale reg.	1,5%
				Nr.Comuni	7	Nr.Comuni	7
				DISTRETTO 13 ANCONA SUD		13 - Comune di Osimo	
				Popolazione	81.221	Popolazione	81.221
				% pop.su totale regionale	5,2%	% pop.su totale regionale	5,2%
				% superficie su totale reg.	2,3%	% superficie su totale reg.	2,3%
				Nr.Comuni	7	Nr.Comuni	7
AV 3		ZT 8 Civitanova Marche		DISTRETTO 14 CIVITANOVA-RECANATI		14 - Comune di Civitanova Marche	
Popolazione	218.642	Popolazione	122.724	Popolazione	122.724	Popolazione	122.724
% pop.su totale regionale	14,0%	% pop.su totale regionale	7,9%	% pop.su totale regionale	7,9%	% pop.su totale regionale	7,9%
% superficie su totale reg.	8,3%	% superficie su totale reg.	3,9%	% superficie su totale reg.	3,9%	% superficie su totale reg.	3,9%
Nr.Comuni	18	Nr.Comuni	9	Nr.Comuni	9	Nr.Comuni	9
		ZT 9 Macerata		DISTRETTO 15 MACERATA		15 - Comune di Macerata	
		Popolazione	95.918	Popolazione	95.918	Popolazione	95.918
		% pop.su totale regionale	6,2%	% pop.su totale regionale	6,2%	% pop.su totale regionale	6,2%
		% superficie su totale reg.	4,4%	% superficie su totale reg.	4,4%	% superficie su totale reg.	4,4%
		Nr.Comuni	9	Nr.Comuni	9	Nr.Comuni	9
AV 4		ZT 11 Fermo		DISTRETTO 19 FERMO		19 - Comune di Fermo	
Popolazione	169.180	Popolazione	169.180	Popolazione	118.217	Popolazione	118.217
% pop.su totale regionale	10,8%	% pop.su totale regionale	10,8%	% pop.su totale regionale	7,6%	% pop.su totale regionale	7,6%
% superficie su totale reg.	6,8%	% superficie su totale reg.	6,8%	% superficie su totale reg.	5,9%	% superficie su totale reg.	5,9%
Nr.Comuni	34	Nr.Comuni	34	Nr.Comuni	31	Nr.Comuni	31
				DISTRETTO 20 FERMO NORD		20 - Comune di Porto S. Elpidio	
				Popolazione	50.963	Popolazione	50.963
				% pop.su totale regionale	3,3%	% pop.su totale regionale	3,3%
				% superficie su totale reg.	0,9%	% superficie su totale reg.	0,9%
				Nr.Comuni	3	Nr.Comuni	3
AV 5		ZT 12 S.Benedetto		DISTRETTO 21 SAN BENEDETTO		21 - Comune di S. Benedetto del Tronto	
Popolazione	133.849	Popolazione	102.256	Popolazione	102.256	Popolazione	102.256
% pop.su totale regionale	8,6%	% pop.su totale regionale	6,6%	% pop.su totale regionale	6,6%	% pop.su totale regionale	6,6%
% superficie su totale reg.	5,0%	% superficie su totale reg.	3,3%	% superficie su totale reg.	3,3%	% superficie su totale reg.	3,3%
Nr.Comuni	19	Nr.Comuni	12	Nr.Comuni	12	Nr.Comuni	12
		ZT 13 Ascoli Piceno		DISTRETTO 23 OFFIDA		23 - Unione Comuni Vallata del Tronto	
		Popolazione	31.593	Popolazione	31.593	Popolazione	31.593
		% pop.su totale regionale	2,0%	% pop.su totale regionale	2,0%	% pop.su totale regionale	2,0%
		% superficie su totale reg.	1,6%	% superficie su totale reg.	1,6%	% superficie su totale reg.	1,6%
		Nr.Comuni	7	Nr.Comuni	7	Nr.Comuni	7

Area Montana

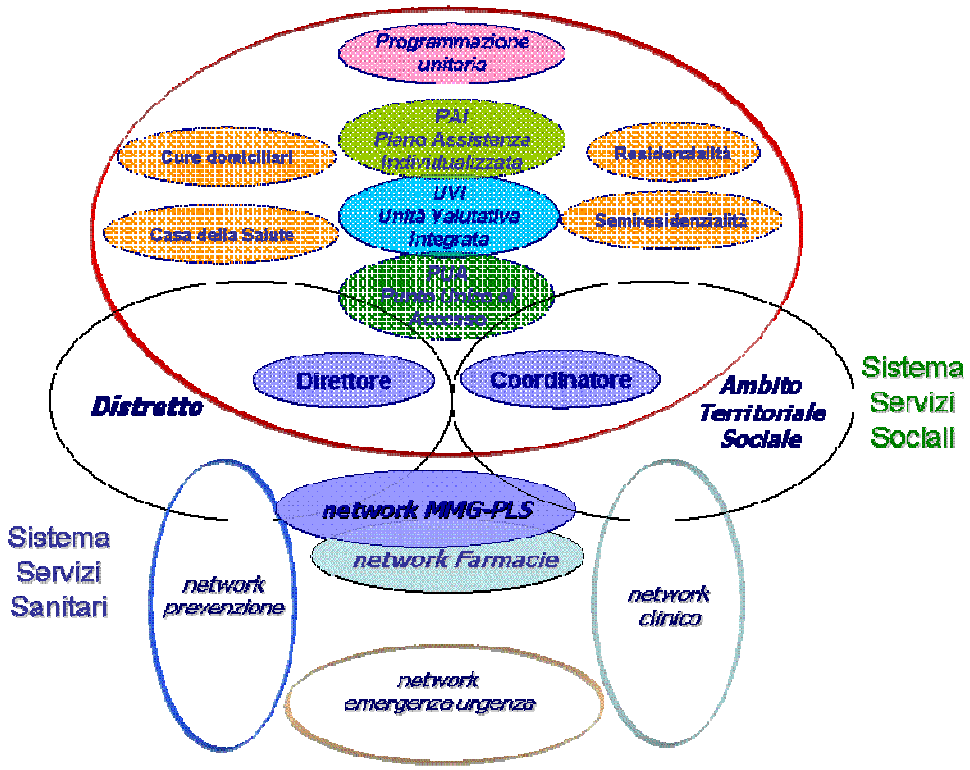
Area MONTANA	
Popolazione	314.078
% pop.su totale regionale	20,1%
% superficie su totale reg.	51,1%
Nr.Comuni	90
Posti letto	1.278
% PL su totale regionale	19,6%
NR strutture ospedaliere	11
-di cui case cura accreditate	0

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

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

SCHEMA LOGICO						
AREA SOCIALE		STRUTTURA	MACRO PROCESSO	STRUTTURA	AREA SANITARIA	
livelli erogativi	PROCEDURE-ATTIVITA'				PROCEDURE-ATTIVITA'	livelli erogativi
		PUA	ACCESSO	PUA		
	Registrazione dell'accesso		ACCOGLIENZA		Registrazione dell'accesso	
	Analisi del bisogno		• ASCOLTO		Analisi del bisogno	
			• INFORMAZIONE			
	Risposte informative e di orientamento		• ACCOMPAGNAMENTO		Risposte informative e di orientamento	
			ORIENTAMENTO			
			RACCOLTA SEGNALAZIONI GESTIONE DOMANDA			
	Erogazione prestazioni		• ATTIVAZIONE DIRETTA DI PRESTAZIONI IN RISPOSTA A BISOGNI SEMPLICI		Erogazione prestazioni	
	Dal momento dell'intervento UVI la prestazione diventa "complessa"					
		UVI	Segnalazione del caso complesso (bisogno sociosanitario) all'UVI.	UVI		
			• PRESA IN CARICO E INTEGRAZIONE CON I SERVIZI TERRITORIALI E OSPEDALIERI. RISPOSTA A BISOGNI COMPLESSI			
	Definizione end point	PAI			Definizione end point	
	Definizione azioni				Definizione azioni	
	Definizione attori				Definizione attori	
	Definizione percorso				Definizione percorso	
	Dimissione protetta				Dimissione protetta	
	Monitoraggio				Monitoraggio	

Servizi dell'integrazione socio-sanitaria

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 defribrillatore.

III.5.3 La rete dell'ICT

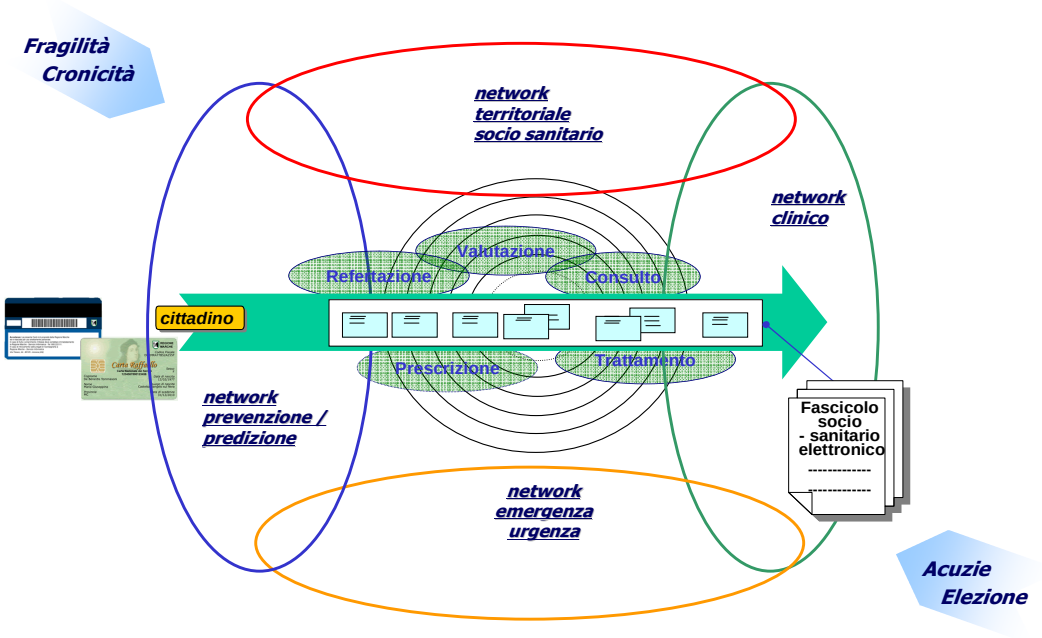
La costituzione di un modello a rete per l'assistenza sociale e sanitaria trova nell'*ICT (Information Communication Technology)* la dotazione naturale per il supporto ai nuovi processi che si vengono a istituire in un contesto di crescita e sviluppo.

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.

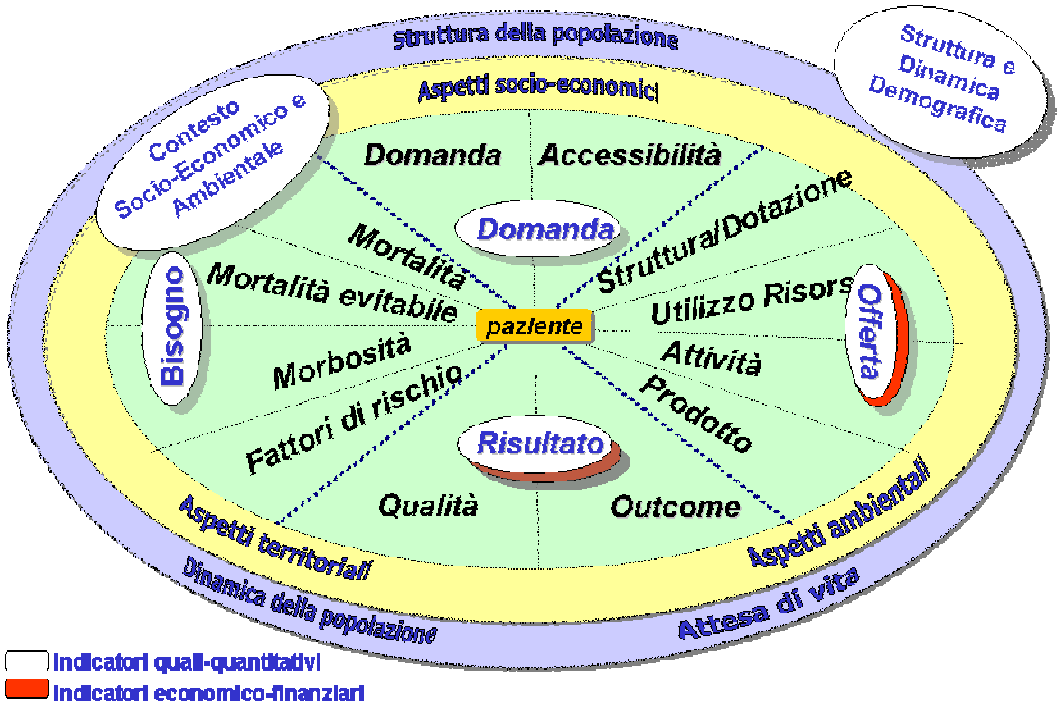


PARTE II – I PROCESSI SANITARI

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 Kmq (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 2009 (4.7%) e comunque sempre inferiore a quello registrato a livello nazionale 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 Tubercolosi

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 evidenzi 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 enni.

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/m3 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/m3, 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" (≥ 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, cosi 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

affermarsi 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 ha di 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-ISPESL-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 zonali 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:
    - screening oncologici (mammella, cervice e colon retto);
    - screening uditivo neonatale;
- le reti della prevenzione collettiva a servizio del sistema:
    - le reti epidemiologiche;
    - le per la comunicazione del rischio;
    - le reti per la promozione della salute;
    - 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 Kmq, come riportato nella allegata tabella

Zona Territoriale n.	Distretto Sanitario	Popol.ne	KMQ	Abitanti per Kmq
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 Territorialel 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
	TOT.DISTRETTI N.23	**1.434.557**	**9.037,13**	**158,74**

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'articolo10 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 compartecipate 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 forma 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 ampliamente definita all'interno delle 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 costituitivi. 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 entrerebbe 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 indicazione 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 inappropriatezza dell'utilizzo delle risorse medesime e minore efficacia dell'intervento;
- assenza della funzione di ricovero in sede extraospedaliera dedicata alle gravi cerebro-lesioni 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 inappropriatezza, 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 Utenza	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 Utenza	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 affrontato 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 marzo1992 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 smi 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;
- accorpare 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 inappropriatezza;
- 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. 1 3 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 teritoriali 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 esaustività 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-cardiochirugico.

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 articolare 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 palli azione;
- 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 consulenza 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 forzatamente 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 infat ti 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 31settimane 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 FiO2 >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°g rado (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 Ritorno1 (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 g2;
- 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;

[1] Seppure il sistema dei DRG non sia mai effettivamante entrato in funzione nella Regione Marche come criterio remunerativo, ma sia tuttora usato come "indicatore di attivita'" si dovra' 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

[2] In caso di pazienti particolarmente stabili il trasporto di ritorno potra' essere fatto anche a fronte di un peso corporeo inferiore a 1500 qualora pero' questo sia stabilmente "in crescita"

- basso rischio di Retinopatia della Prematurità3;
- FiO2 < 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 Sovrazonali 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 primi 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

[3] Eta' Gestazionale (EG) alla nascita > 28 settimane ed esame oculistico negativo o con Retinopatia della Prematurita' (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 (anno1987) 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 dalla 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 storci 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 equipes 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 condizionerà 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 termine 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 equipes 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 intravitreale 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 si 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 disposta 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 programmatorie 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:

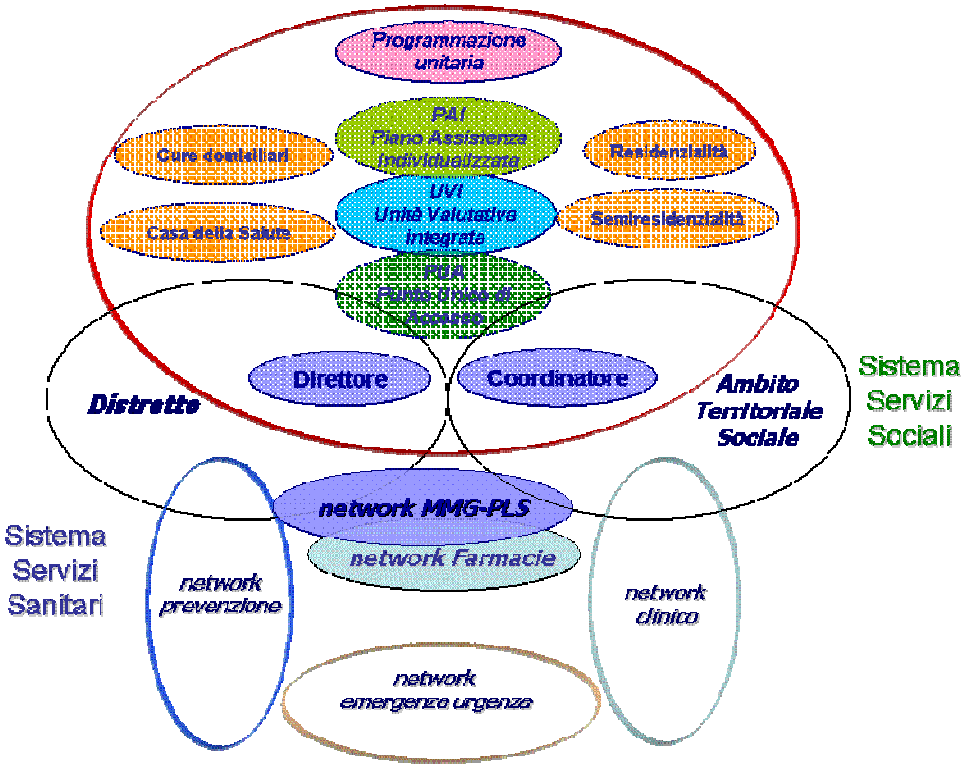
- responsabili dei Dipartimenti che si occupano di integrazione sociale e sanitaria (Dipendenze Patologiche, Salute Mentale, Riabilitazione, Prevenzione...);
- rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta del territorio;
- dirigenti dei Servizi sociali dei Comuni del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

SCHEMA LOGICO						
AREA SOCIALE		STRUTTURA	MACRO PROCESSO	STRUTTURA	AREA SANITARIA	
livelli erogativi	PROCEDURE-ATTIVITA'				PROCEDURE-ATTIVITA'	livelli erogativi
		PUA	ACCESSO	PUA		
	Registrazione dell'accesso		ACCOGLIENZA		Registrazione dell'accesso	
	Analisi del bisogno		• ASCOLTO		Analisi del bisogno	
			• INFORMAZIONE			
	Risposte informative e di orientamento		• ACCOMPAGNAMENTO		Risposte informative e di orientamento	
			ORIENTAMENTO			
			RACCOLTA SEGNALAZIONI			
			GESTIONE DOMANDA			
	Erogazione prestazioni		• ATTIVAZIONE DIRETTA DI PRESTAZIONI IN RISPOSTA A BISOGNI SEMPLICI		Erogazione prestazioni	
	Dal momento dell'intervento UVI la prestazione diventa "complessa"					
		UVI	Segnalazione del caso complesso (bisogno sociosanitario) all'UVI.	UVI		
			• PRESA IN CARICO E INTEGRAZIONE CON I SERVIZI TERRITORIALI E OSPEDALIERI. RISPOSTA A BISOGNI COMPLESSI			
	Definizione end point	PAI			Definizione end point	
	Definizione azioni				Definizione azioni	
	Definizione attori				Definizione attori	
	Definizione percorso				Definizione percorso	
	Dimissione protetta				Dimissione protetta	
	Monitoraggio				Monitoraggio	

Servizi dell'integrazione socio-sanitaria

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 "carenza", 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*
Materno-infantile, adolescenti e giovani	- Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative - Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche - Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni - Interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazione di disagio di disadattamento o di devianza - Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi - Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi - Prestazioni riabilitative e socioriabilitative a minori ed adolescenti - Prestazioni diagnostiche e terapeutiche, residenziali e semiresidenziali, a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico. - Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali - Progetti finalizzati ad esperienze terapeutico-relazionali, lavorative e di integrazione
Disabilità	- 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 - 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 - Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali - Atti riferiti a convenzioni con i Comuni per assistenza domiciliare di base - Progetti finalizzati ad esperienze terapeutico-relazionali, lavorative e di integrazione
Salute mentale	- Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale - Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo - Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali - Atti riferiti a convenzioni con i Comuni per assistenza domiciliare di base - Progetti finalizzati ad esperienze terapeutico-relazionali, lavorative e di integrazione
Anziani	- 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 - Assistenza domiciliare integrata - Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali - Atti riferiti a convenzioni con i Comuni per assistenza domiciliare di base

Dipendenze, disagi, fragilità	- Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale - Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali - Progetti finalizzati ad esperienze terapeutico-relazionali, lavorative e di integrazione - Patologie per infezioni da HIV - Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture residenziali - Patologie per infezioni da HIV - Eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo - Patologie per infezioni da HIV - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime semiresidenziale - Patologie per infezioni da HIV - Prestazioni e trattamenti in regime ambulatoriale e domiciliare - Pazienti terminali - Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore dei detenuti - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e, riabilitative e socioriabilitative per le dipendenze e disturbi mentali
Sussidiaretà	- Forme di rapporto con altri soggetti, istituzionali e non, che erogano prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale alle diverse tipologie di destinatari - Forme di rapporto con altri soggetti, istituzionali e non, impegnati nel reinserimento sociale, scolastico e lavorativo di diverse tipologie di destinatari - 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 - Predispone linee di indirizzo per le politiche aziendali riferite al terzo settore ed al volontariato, proponendo atti d'interesse aziendale per i servizi alla persona - Atti riferiti a convenzioni con Associazioni di volontariato, Cooperative sociali, Associazioni di promozione sociale relativamente a prestazioni o collaborazioni di carattere socio-sanitario

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 Consultori 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 équipe 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 contenti 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 delle legge delega sulla non autosufficienza mai però portata in parlamento. In quelle sede 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 concretizzatasi 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 programmatoria 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 programmatoria 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 programmatorio 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 pano 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 attarverso 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 al'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-presa in carico, informatizzazione delle procedure fin qui gestite con modalità cartacee-manuali (bandi, bollettazione, domande di accesso, ecc..), con indubbie 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 latra 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 programmatori 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 informatici 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.2.3 L'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 della azioni che producono miglioramento del proprio stato di salute. In questa ottica alcune esperienze di empowerment condotte nella Regione Marchee dimostratesi realizzabili ed efficaci, come ad esempio il ”disease and care manegent 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) affinchè 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 "Iniziative 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.2.5 Il 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 ridistribuzione delle risorse.

XIII.2.6 L'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 Appropriatezza 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

Formattati: Elenchi puntati e numerati

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^ 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'accreditamento 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'accreditamento 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 "amministrazione 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
ITALIA	**106.104,098**	**1.787**

La spesa pro-capite è calcolata con riferimento alla popolazione residente al I° 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.

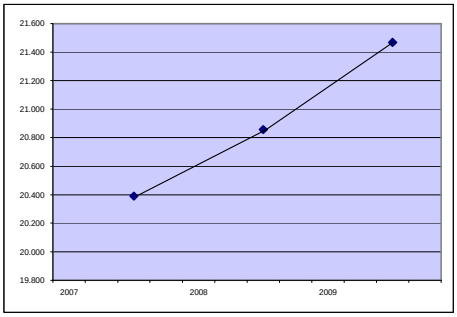
Di seguito viene riportato il riepilogo per Zona territoriale e Azienda sanitaria del personale dipendente del SSR, con contratto a tempo indeterminato e determinato, distinto tra dirigenza e comparto, nonché le collaborazioni coordinate e continuative. Sono inoltre riepilogati i dati relativi sia all'aggregato 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.

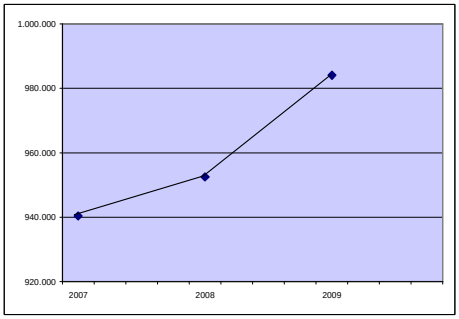
ANNO	2007				2008				2009			
AZIENDA / ZONA	TI + TD			CO.CO.CO.	TI + TD			CO.CO.CO.	TI + TD			CO.CO.CO.
	DIR	COMP	TOT.		DIR	COMP	TOT.		DIR	COMP	TOT.	
ZT 1 PESARO	86	503	589	17	85	536	621	4	86	592	678	7
ZT 2 URBINO	212	825	1.037	21	220	823	1.043	-	224	849	1.073	-
ZT 3 FANO	253	1.143	1.396	4	253	1.146	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
TOTALE	3.822	16.157	**19.979**	**411**	3.932	16.672	**20.604**	**252**	4.054	17.267	**21.321**	**147**
			20.390				**20.856**				**21.468**	

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
TOTALE	609	483	51	44	-	71

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**
TOTALE	113	32	12	2	3	8	41	153	78	425	2	**869**

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**
TOTALE	**81**	**23**	**10**	**3**	**5**	**9**	**17**	**123**	**77**	**351**	**2**	**701**

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 INCA	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**
TOTALE	**90**	**20**	**12**	**1**	**5**	**9**	**35**	**44**	**58**	**79**	**301**	**26**	**3**	**683**

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
TOTALE	**166**	**375**	**445**	**986**

(*) 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 (**)

FIGURA PROFESSIONALE	Usciti 2010	Usciti 2011	Usciti 2012	TOTALE
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
TOTALE	**7.571.000**	**16.264.000**	**21.297.000**	**45.132.000**

(**) 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 programmatorie 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 programmatorie 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 I° 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 2008-20010, 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.

Nelll'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 immumerevoli operatori delle ammnistrazioni pubbliche, fra cui anche l'amministrazione sanitaria; lo strumento tecnologico ha in sè 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, uniformatizzazione 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, prospettarne 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 si che possa attuarsi una convergenza verso un nuovo paradigma relazionale per una migliore assistenza integrata al cittadino.

A sostegno della linea 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.

Tipologia dell'intervento		**Rete di riferimento**
1	***Anagrafe sanitaria regionale degli assistiti***	**Territoriale**
2	***Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale***	**Territoriale / Cure Primarie**
3	***Network Laboratori (laboratorio virtuale)***	**Diagnostica**
4	***Network Diagnostica Immagini***	**Diagnostica**
5	***Meta - Portale del Sistema Sanitario Regionale***	**Conoscenza**
6	***Sistema della Prevenzione e dello Screening***	**Territoriale/Prevenzione**
7	***Sistema dell' Emergenza Sanitaria e della Continuità assistenziale***	**Emergenza**
8	***Sistema della Telemedicina***	**Socio- sanitario**
9	***Sistema di Gestione e Controllo delle Prestazioni del SSR - Flussi informativi verso MEF e Welfare***	**Governo**
10	***Sistema Informativo Ospedaliero Regionale (ADT,Pronto Soccorso)***	**Ospedaliero**
11	***Centro Servizi Regionale***	======

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 -

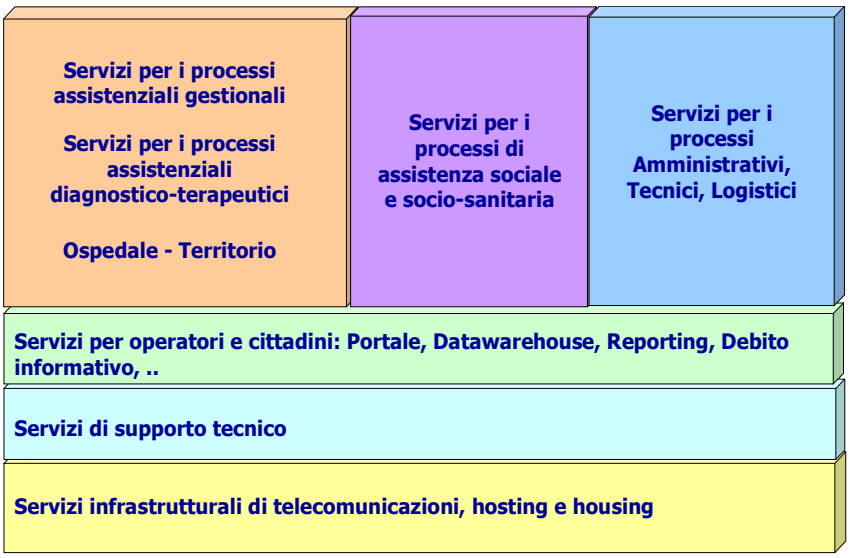
Regionale (Centro di prenotazione unico - REGIONALE). Il SIA ha configurato a livello regionale l'omogeneizzazione delle informazioni relative all'utilizzo delle risorse (ciclo passivo) ed ha permesso di uniformare, per il sistema sanitario regionale, le modalità e le procedure amministrative relative 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 rilocazione 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.

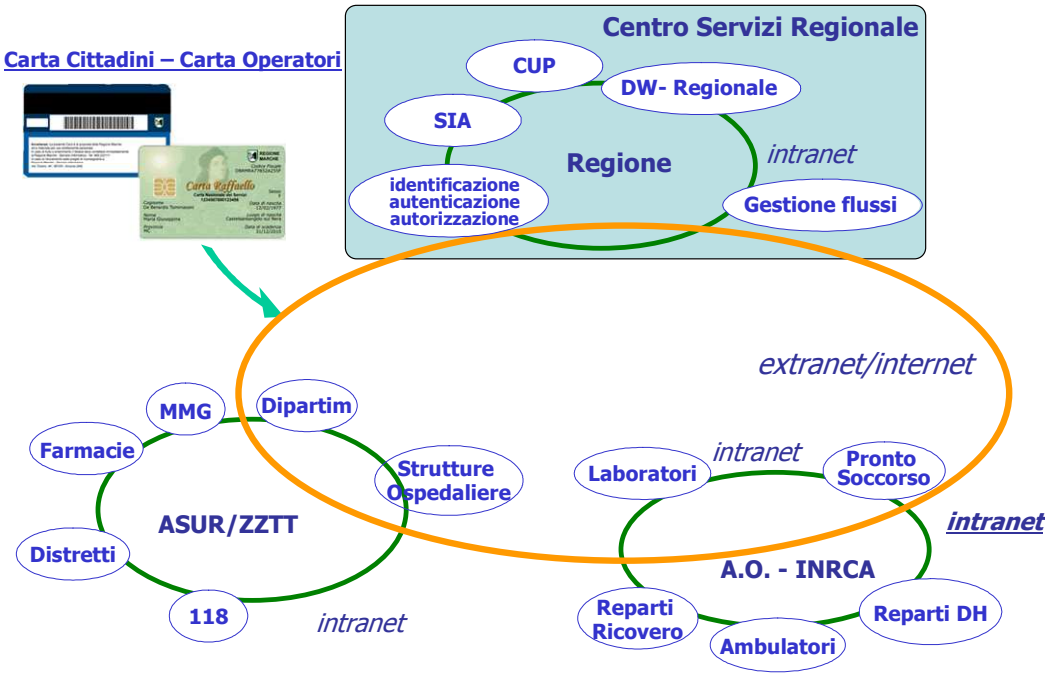


Il Centro Servizi Regionale

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 costatazione di disporre di un'architettura avviata e di scelte tecnologiche di buona affidabiltà, 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 "f*ascicolo socio-sanitario elettronico"*.

Sistema informativo per i servizi integrati alla persona

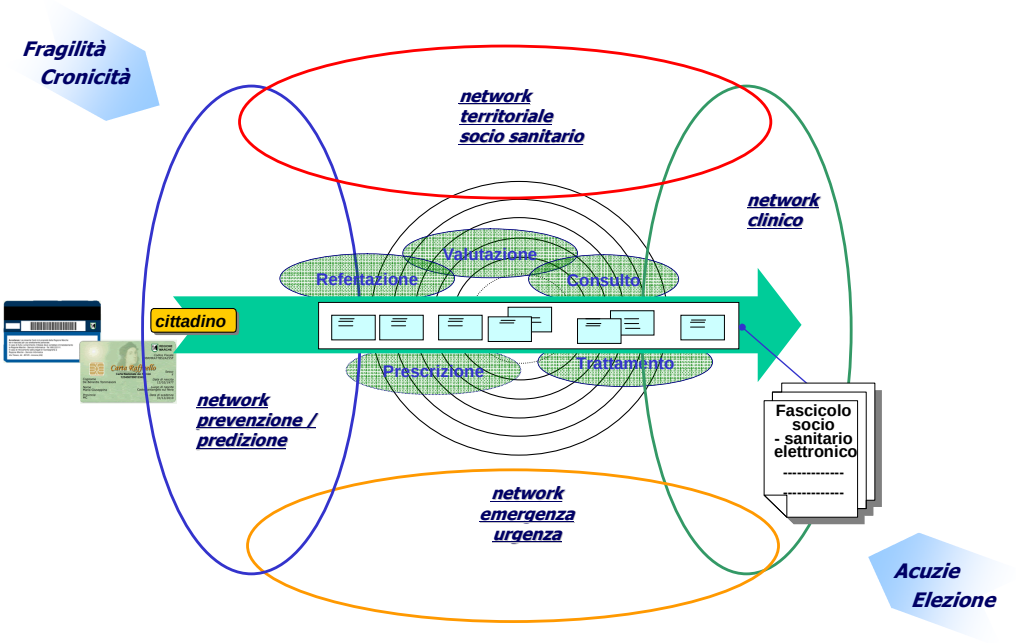
Il nuovo paradigma per il quale la Regione è tanto più vicina ai propri cittadini quanto è in grado di articolare i servizi assistenziali contrastando in modo tempestivo ed integrato le fenomenologie di degenerazione sociale o sanitaria, richiede che questa vicinanza si percepisca anche attraverso una 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 ammnistrativo.

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.

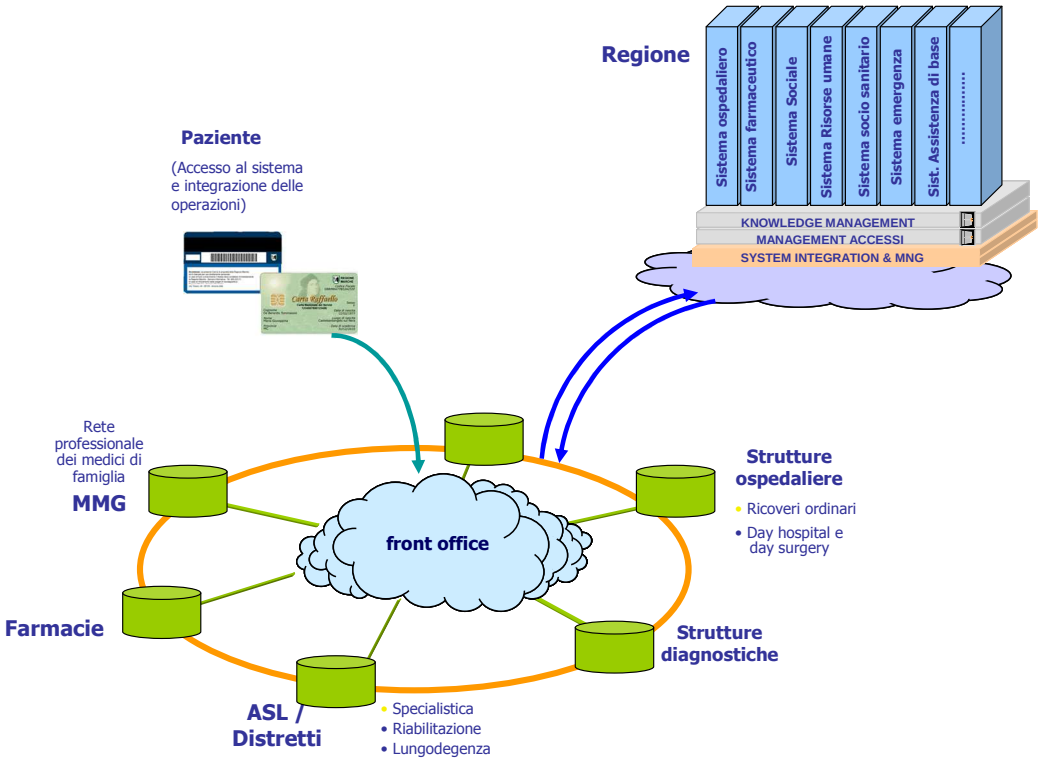
La piattaforma tecnologica di DW sarà naturalmente chiamata ad evolvere e diventare lo strumento per ottemperare al debito informativo come richiesto dal livello centrale.

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 programmatorio;
- 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

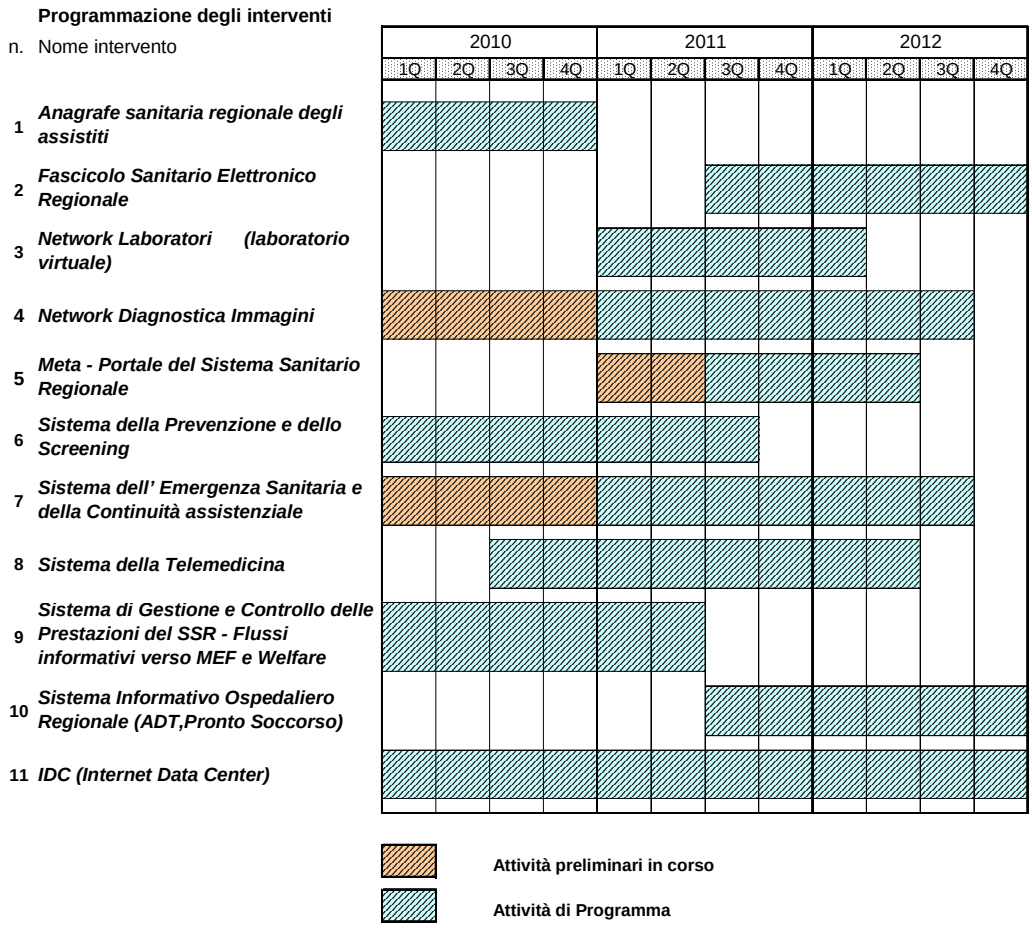
grado di assicurare il controllo e la trasparenza del sistema a livello regionale ed i debiti informativi nei confronti del livello nazionale.



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.



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 programmatorie 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 resesi disponibili con le linee del nuovo accordo di programma (articolo20 - 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, cardiologio 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 necessitino 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 istallata, 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 istallate 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 istallazioni 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, telediagnosi, 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 ospedaliera 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 Provincie 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;
- Ppartecipazione 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 puntroppo 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

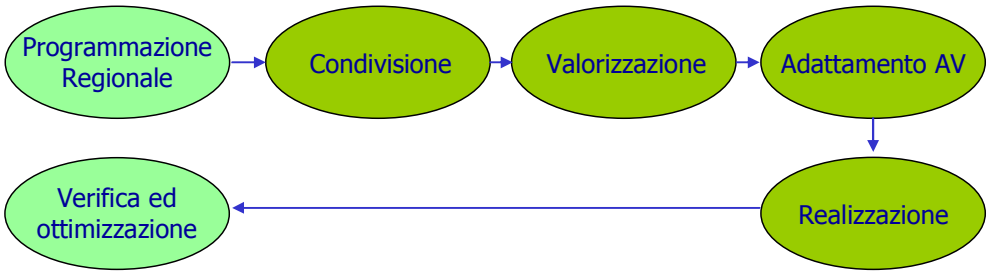
Nel quadro generale di un' esigenza di collegamento organico fra i dati epidemiologici relativi alla popolazione ed alle patologie, con le prestazioni assistenziali, incluse quelle farmaceutiche e con l'obiettivo di rilevare in modo più incisivo le aree di carenza della prevenzione e dove, viceversa, l'offerta terapeutica eccede il fabbisogno, andando a ridurre conseguentemente il rischio di inappropriatezza.

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 (comorbilità) 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 esserre 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 magistali 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, antidodi, 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 attenzioni 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 metologie 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

Allegato B

(SOSTITUTIVO DELL'ALLEGATO ALLA P.A.A. N. 14/10)

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2012/2014

Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo

INDICE

PARTE I – PROCESSI DI GOVERNO 7

I OBIETTIVI DI PIANO E SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA 7

I.1 IL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-2014: CONTINUITÀ E SVILUPPO 7
I.2 OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 8
I.2.1 La promozione della salute e la partecipazione del cittadino 8
I.2.2 Il miglioramento dell'appropriatezza 8
I.2.3 Il contenimento dei Tempi di Attesa 8
I.2.4 La riduzione della mobilità passiva 9
I.2.5 Il consolidamento del governo clinico 9
I.2.6 Lo sviluppo dell'integrazione socio sanitaria 9
I.2.7 La perequazione delle risorse 9
1.2.8 ll rafforzamento della prevenzione e della predizione 10
1.2.9 La promozione della cultura di rete e della collaborazione professionale 10
1.2.10 Lo sviluppo della medicina di genere 10
I.3 LE LINEE DI INTERVENTO 11
I.4 SOSTENIBILITA' ECONOMICO/FINANZIARIA 14
I.5 POSIZIONAMENTO DELLA REGIONE E RISULTATI RAGGIUNTI 18
I.6 SCENARIO NAZIONALE E STRATEGIA REGIONALE 23
I.6.1 L'evoluzione dello scenario economico e normativo 23
I.6.2 I criteri e gli standard del Patto per la salute 24
I.6.3 Il contesto socio-demografico 25

II GOVERNANCE E APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA 28

II.1 IL SISTEMA DI GOVERNO 28
II.1.1 Strategia e programmazione 28
II.1.2 L'attuazione degli indirizzi strategici 30
II.1.3 Le Cabine di regia 31
II.1.4 Le regole operative 34
II.2 L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE 36
II.2.1 I modelli di riferimento 36
II.2.2 Lo sviluppo del sistema 40
II.2.3 Le criticità per l'evoluzione del sistema a rete 41
II.2.4 Aziende e Aree vaste 43
II.2.5 Il percorso operativo per l'implementazione del PSSR 45
II.2.6 L'implementazione delle reti cliniche 48
II.2.7 L'intensità di cura e di assistenza 49
II.2.8 La coerenza del sistema di governo 50
II.3 IL SOCIALE, L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E L'ASSETTO ORGANIZZATIVO TERRITORIALE 52
II.3.1 Asimmetrie e criticità: percorsi di riequilibrio e risoluzione 52
II.3.2 La semplificazione del livello territoriale 54
II.3.3 L'organizzazione del livello territoriale 55
II.3.4 I macroprocessi del livello territoriale 57
II.4 L'ORGANIZZAZIONE IN RETE 60
II.4.1 La rete dell'ICT 61
II.4.2 La rete nella medicina generale 62

II.4.3 La rete dell'assistenza specialistica territoriale 64
II.4.4 La rete delle farmacie 65
II.4.5 La razionalizzazione della rete dei servizi ATL 66

III INNOVAZIONE E CREAZIONE DEL VALORE 66

III.1 INNOVAZIONE E SVILUPPO PER LA SALUTE 66
III.1.1 Gli orientamenti della sanità 66
III.1.2 Lo sviluppo e la crescita 71
III.2 RICERCA, INNOVAZIONE E SVILUPPO 74
III.2.1 L'area della ricerca e dello sviluppo 74
III.2.2 Il ruolo dell'Università 76
III.2.3 L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) - INRCA 78
III.2.4 La Rete Nazionale di Ricerca sull'Invecchiamento e la Longevità Attiva - ITALIA LONGEVA 79
III.2.5 Il ruolo delle Fondazioni 81
III.2.6 I progetti e i programmi di cooperazione umanitaria 81
III.2.7 Pianificazione delle azioni 81
III.3 CHANGE MANAGEMENT 82
III.3.1 L'area della Formazione sanitaria 83
III.3.2 L'area della Formazione sociale 84

PARTE II – I PROCESSI SANITARI 88

IV SISTEMA EPIDEMIOLOGICO 88

IV.1 IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE 89
IV.2 LO STATO DI SALUTE 90
IV.3 I DETERMINANTI DI SALUTE 93
IV.4 INTERVENTI SULLA SALUTE E SERVIZI SANITARI 95

V RETE DELLA PREVENZIONE E DELLA ASSISTENZA COLLETTIVA E DELLA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA 97

V.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 97
V.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 101
V.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 102

VI RETE DELL'EMERGENZA URGENZA 106

VI.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 106
VI.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 107
VI.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 110
VI.3.1 Definizione Potes 110
VI.3.2 Definizione fabbisogno di organico Centrali Operative 118 111
VI.3.3 Punti di Primo Intervento 111
VI.3.4 Rete dei Pronto Soccorso e DEA 112
VI.3.5 Elisuperfici 112

VII RETE OSPEDALIERA 113

VII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 113
VII.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 114
VII.2.1 Assistenza ospedaliera 115
VII.2.2 Assistenza specialistica ambulatoriale 117

VII.2.3 Le liste di attesa *117*
VII.2.4 La mobilità passiva *119*
VII.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 120
VII.3.1 Le priorità cliniche *120*

VIII RETI CLINICHE 122

VIII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 122
VIII.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 123
VIII.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 124
VIII.3.1 La rete cardiologica *126*
VIII.3.2 La rete per l'Ictus cerebrale *127*
VIII.3.3 La rete dell'unità spinale *128*
VIII.3.4 La rete oncologica *129*
VIII.3.5 La rete ematologica *130*
VIII.3.6 La rete nefrologica *132*
VIII.3.7 La rete dei trapianti *132*
VIII.3.8 La rete trasfusionale *133*
VIII.3.9 La rete gastroenterologica *134*
VIII.3.10 La rete neonatologica *135*
VIII.3.11 La rete diabetologica *135*
VIII.3.12 Le malattie respiratorie croniche *137*

IX RETE TERRITORIALE 138

IX.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 138
IX.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 140
IX.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 142
IX.4 LA RIABILITAZIONE 146
IX.4.1 Il contesto di riferimento *146*
IX.4.2 La definizione della strategia e delle linee di intervento *147*
IX.4.3 La pianificazione delle azioni *148*

PARTE III - I PROCESSI SOCIO-SANITARI 151

X L'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA 151

X.1 IL CONTESTO ED I PROGRESSI NELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA 151
X.2 LA LINEA DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA 152
X.3 L'ASSETTO STRUTTURALE DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA 153
X.3.1 Assetto istituzionale *153*
X.3.2 Programmazione integrata sociale e sanitaria *154*
X.3.3 Organizzazione e gestione in una logica di rete *155*
X.3.4 Processi, percorsi, procedure *156*
X.4 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 158
X.4.1 Area materno-infantile, adolescenti e giovani *161*
X.4.2 Area disabilità *163*
X.4.3 Area salute mentale *164*
X.4.4 Area dipendenze patologiche *165*
X.4.5 Area anziani *166*
X.4.6 Area della Demenza *167*
X.4.7 Area altre fragilità *167*

X.4.8 Area del contrasto alla violenza sulle donne 169
Azioni in Emergenza 171
Azioni di Post emergenza 172
X.5 LE AZIONI E GLI ATTI PER L'IMPLEMENTAZIONE E LA STABILIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA 172

PARTE IV - I PROCESSI SOCIALI 174

XI PROCESSI SOCIALI 174

XI.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 174
XI.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 176
XI.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 186

PARTE V – I PROCESSI DI SUPPORTO 202

XII IL SISTEMA QUALITA' E LO SVILUPPO DEL GOVERNO CLINICO 202

XII.1 PRINCIPI E LINEE STRATEGICHE 202
XII.2 GLI STRUMENTI DEL GOVERNO CLINICO 203
XII.2.1 Il sistema di autorizzazione ed accreditamento istituzionale 203
XII.2.2 La sicurezza del SSR e la gestione del rischio clinico 204
XII.2.3 L'empowerment dei cittadini e la loro partecipazione allo sviluppo del SSR 206
XII.2.4 Lo sviluppo delle pratiche basate sulle prove di efficacia 211
XII.2.5 Il Monitoraggio, la valutazione degli interventi e l'Audit Clinico 211
XII.2.6 L'Health Technology Assessment (HTA) 212
XII.2.7 La formazione continua 213
XII.3 INSERIMENTO DELLA QUALITA' E DEL GOVERNO CLINICO NELLA PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE REGIONALE E NELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE 218

XIII IL SISTEMA INFRASTRUTTURALE 219

XIII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 219
XIII.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 220
XIII.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 221
XIII.4 I PRINCIPALI ATTI NORMATIVI 223

XIV IL SISTEMA DI INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT) 231

XIV.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 231
XIV.1.1 Il cittadino, il sistema socio sanitario e le tecnologie ICT. 231
XIV.1.2 Assessment organizzativo, tecnologico e infrastrutturale ICT 232
XIV.1.3 "Piano regionale per gli interventi informatici nella sanità 2012-2014" 234
XIV.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 235
XIV.2.1 L'approccio metodologico 237
XIV.2.2 Le componenti dell'intervento ICT 242
XIV.3 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 248

XV IL SISTEMA DELLE TECNOLOGIE E DEI SERVIZI 250

XV.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 250
XV.1.1 Laboratori 251
XV.1.2 Anatomia patologica 252
XV.1.3 Radioterapia 254
XV.1.4 Medicina nucleare 256

XV.1.5 Radiologia *258*
XV.1.6 Fisica medica *261*
XV.1.7 ICT medicale *262*
XV.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO E LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 263
PARTE VI – I FATTORI DI PRODUZIONE 266
XVI IL SISTEMA DELLE RISORSE UMANE 266
XVI.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 266
XVI.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 267
XVI.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 267
XVII IL SISTEMA FARMACO E I DISPOSITIVI MEDICI 269
XVII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 269
XVII.2 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 270
XVIII IL PRIVATO ACCREDITATO 278
XVIII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 278
XVIII.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 278
XVIII.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 279
XIX BENI E SERVIZI 282
XIX.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 282
XIX.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 283
XIX.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 284
LEGENDA 285

PARTE I – PROCESSI DI GOVERNO

I OBIETTIVI DI PIANO E SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA

Restano confermate, riguardo al servizio sanitario regionale, le competenze degli organi della Regione relative alle funzioni di programmazione, di indirizzo e di gestione.
L'assetto organizzativo del servizio sanitario regionale è disciplinato dalla legge regionale n. 13/2003 e successive modificazioni.
Il presente Piano costituisce strumento per la puntuale attuazione delle stessa legge regionale n. 13/2003 e successive modificazioni.

I.1 IL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-2014: 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 2012-1014 si sviluppa in continuità con i precedenti Piano sanitario regionale 2007-2009 e Piano sociale regionale 2008-2010 in una logica di sviluppo integrato e rappresenta il principale strumento di indirizzo strategico per la realizzazione del "sistema salute" della Regione Marche.

Il presente Piano rappresenta non solo la giustapposizione di linee programmatorie 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, in sintonia con gli indirizzi nazionali, 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:

I.2.1 La promozione della salute e la partecipazione del cittadino

Il presente Piano consolida e sviluppa 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. La Regione, nel promuovere la tutela della salute, individuale e collettiva, integra le politiche sanitarie e socio-sanitarie con le politiche relative allo sviluppo economico, alla tutela ambientale, all'urbanistica, ai trasporti, all'agricoltura, allo sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute. Le politiche di prevenzione sono assunte come prioritarie nella definizione del presente piano.

Alla promozione della salute partecipa in modo attivo il cittadino attraverso il completamento del Sistema Regionale di partecipazione alla tutela della salute, la Carta dei Servizi e l'Audit civico.

I.2.2 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. L'appropriatezza guida la riorganizzazione dei processi operativi del sistema attraverso la ridefinizione dei percorsi assistenziali e lo sviluppo dei processi di cura.

I.2.3 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) costituisce un valido supporto per la risoluzione di un problema che caratterizza l'intero sistema sanitario nazionale. E' inoltre indispensabile dare continuità allo sviluppo dell'appropriatezza prescrittiva, secondo l'indicazione dei Piani

di contenimento delle liste di attesa nazionale e regionale, con la conseguente corretta definizione delle priorità di accesso alla prestazione. Da ultimo lo sviluppo dei Protocolli Diagnostio-Terapeutici per le patologie ad elevato impatto sociale (patologie cardiovascolari, oncologiche) garantirà percorsi assistenziali con tempistiche adeguate.

I.2.4 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.

I.2.5 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.

I.2.6 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.

I.2.7 La perequazione delle risorse

La perequazione delle risorse, delle prestazioni, delle strutture tra le Aree vaste costituisce un obiettivo primario del presente piano ed il presupposto indispensabile per garantire il miglioramento dell'appropriatezza, il contenimento dei tempi d' attesa , la riduzione della mobilità passiva, l'equità del nuovo Welfare marchigiano.

Il Governo regionale del Servizio Sanitario dovrà pertanto tendere al superamento dei divari storicamente esistenti in un contesto che valuti la qualità delle prestazioni, l'appropriatezza assistenziale ed dei tempi di attesa, nell'ambito di un sistema a rete che assicuri la differenziazione delle attività erogate dalle Aziende ospedaliere e dall'INRCA rispetto a quella delle restanti strutture ospedaliere.

In particolare al fine di rispettare le indicazioni nazionali dei 3,3 posti letto per acuti , garantendo ovunque i medesimi livelli essenziali di assistenza, le riconversioni/trasformazioni/razionalizzazioni dei posti letto previste dal presente piano devono prioritariamente consentire il superamento dei divari esistenti tra le diverse Aree vaste e assicurare un indice di complessità elevato della casistica trattata dalle Aziende ospedaliere, ferme restando le forme di collaborazione tra le Aziende ospedaliere e le Aree vaste in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale in cui le Aziende operano.

Altra leva essenziale per garantire in maniera omogenea sul territorio i LEA è rappresentata dalla distribuzione del Fondo Sanitario tra l'ASUR e gli altri Enti del servizio sanitario regionale, nonché all'interno dell'ASUR tra le Aree vaste. Tale distribuzione dovrà prioritariamente garantire il superamento dei divari storicamente esistenti tra le Aree vaste.

1.2.8 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. Obiettivo 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.

1.2.9 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.

1.2.10 Lo sviluppo della medicina di genere

Lo sviluppo della ricerca biomedica ha posto ormai da tempo in evidenza l'influenza del sesso e del genere sulla fisiologia, sulla fisiopatologia, sulla clinica e sulla efficacia degli interventi diagnostico-terapeutici.

Uomini e donne infatti differiscono tra loro per fattori legati alla biologia (peso, percentuale di grasso corporeo, enzimi epatici, ormoni sessuali, ecc) e per fattori socio

culturali (l'educazione, stili di vita, ecc). A causa di tali differenze il decorso delle patologie e la risposta alle cure farmaceutiche variavano sensibilmente tra i due sessi.
E' accertato ad esempio che le persone rispondono diversamente, in relazione al loro sesso, ad alcuni tipi di farmaci (i lipofili, i calcio-antagonisti, ecc), che diversa è la propensione ad assumere medicinali e diverse sono le patologie che più frequentemente colpiscono uomini e donne.
Di tali differenze occorre tener conto al fine di garantire in maniera paritaria il diritto alla salute di tutti i cittadini indipendentemente dal genere.
Il presente piano fa propria questa impostazione e sviluppa, in particolare, la sua programmazione promuovendo iniziative volte:

- ad assicurare le pari opportunità ed a rimuovere le discriminazioni all'accesso alle cure, definendo procedure per l'inclusione del criterio della differenza di genere nella raccolta ed elaborazione dei flussi informativi centralizzati e periferici;
- ad individuare i settori della ricerca da privilegiare sulle tematiche dei fattori di rischio collegati ad alcune patologie emergenti tra la popolazione femminile e sull'invecchiamento;
- ad assicurare momenti di verifica (gender auditing) per valutare l'impatto di genere sulle scelte programmatiche contenute nel presente piano.

I.3 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 l' unificazione 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 programmatoria delle politiche sanitarie e dei relativi piani attuativi.

La riqualificazione e l'adeguamento strutturale

Il presente Piano fornisce indirizzi per il futuro finalizzati al ridisegno della rete ospedaliera nonché alla 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.

Il Dipartimento per la Salute e per i Servizi sociali in raccordo con l'Agenzia regionale sanitaria dovrà sviluppare tutte le strategie necessarie a tal fine sia attraverso la realizzazione della scuola di Formazione per Direttori Generali (ai sensi dell'accordo stato-regioni del 10 luglio 2003 che approva il testo dell'accordo interregionale sulla formazione manageriale di cui agli artt. 15 e 16-quinquies del d.lgs e s.m. e all'art 7. DPR 484/97 n.502/92 e s.m. e all'art 7. DPR 484/97), sia attraverso l'implementazione delle attività di formazione già in corso per i differenti profili professionali, utilizzando anche il Centro di Alta Formazione.

I.4 SOSTENIBILITA' ECONOMICO/FINANZIARIA

Risultati economico/finanziari anni 2007-2011

L'equilibrio economico finanziario, ottenuto negli anni 2007-2010 grazie all'attuazione delle manovre economiche ed organizzative coerenti con il PSR 2007-2009, costituisce un obiettivo fondamentale che la Regione Marche intende continuare a perseguire, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e garantendo il massimo livello di qualità nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

Le condizioni per consentire l'evoluzione del sistema socio sanitario regionale devono, pertanto, conciliare il rigore economico e l'efficienza produttiva, con una offerta di servizi in grado di soddisfare il bisogno espresso dai cittadini sia in termini quantitativi, che qualitativi.

I principali risultati raggiunti nel periodo 2007-2010 sono rappresentati da:

- il raggiungimento dell'equilibrio economico che è avvenuto attraverso il conseguimento dell'utile di esercizio pari ad Euro 1,15 mln nell'anno 2007, ad Euro 4,5 mln nell'anno 2008, ad Euro 0,5 mln nell'anno 2009 e ad un sostanziale pareggio nell'anno 2010;
- la contrazione nell'incremento della spesa delle risorse umane che è passata dal +6,07% del 2008 al +2,05% del 2010;
- la razionalizzazione della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, che è passata dal +2,68% del 2007 al +0,98% del 2010;
- il contenimento della spesa per beni e servizi con il passaggio dal +8,07% del 2006 al +3,57% del 2010;
- la riduzione del saldo negativo della mobilità sanitaria extraregionale che è passato da Euro 44,3 mln nel 2007 ad Euro 26,3 mln nel 2010, in seguito principalmente all'aumento della mobilità attiva extraregionale ed in parte grazie al passaggio dei comuni della Valmarecchia alla Regione Emilia Romagna che ha comportato una ulteriore riduzione della mobilità passiva;
- la razionalizzazione delle dotazioni strutturali delle reti ospedaliera, territoriale e socio sanitaria, con la riduzione dei posti letto per acuti (-4,8%) dal 2006 al 2010 e l'incremento dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza (+16,1%), insieme alla crescita dei posti letto per 1000 abitanti per la residenzialità e per le residenze protette;
- la riduzione degli interessi di mora verso i fornitori di beni e servizi, in seguito ad un'attenta politica di rispetto dei termini di pagamento delle fatture emesse dagli stessi;
- la riduzione degli interessi passivi derivante dal minor ricorso all'anticipazione bancaria, in seguito ad un'attenta distribuzione delle risorse di cassa assegnate mensilmente alle Aziende del SSR e all'INRCA.

I risultati economici positivi raggiunti negli anni 2007-2010 sono stati determinanti ai fini dell'individuazione della Regione Marche tra le regioni più virtuose nel contesto nazionale e per garantire alla stessa il riconoscimento annuale del saldo del 3% del FSN, che viene

trattenuto a livello ministeriale e la cui erogazione è subordinata alla verifica positiva dei risultati economici annuali raggiunti.

Alla luce di quanto sopra riportato e considerata l'evoluzione dell'attuale contesto di crisi economica al fine di tendere all'obiettivo del mantenimento dell'equilibrio economico è stato necessario porre in essere, a partire dall'anno 2011, ulteriori manovre strutturali e scelte operative coerenti con quanto previsto nella DGRM n. 17 del 17/01/2011 che dovranno comportare:

- il miglioramento dell'efficienza produttiva delle Aziende del SSR, dell'INRCA e del DIRMT, con interventi mirati a riorganizzare i processi nelle strutture, per garantire il progressivo allineamento dei costi a quelli sostenuti nelle strutture più efficienti, in coerenza con la Legge di Stabilità 2011;
- la prosecuzione dell'azione di adeguamento strutturale dell'attuale rete dell'offerta in coerenza con il Patto per la Salute 2010/2012, che consenta di superare le dispersioni e le ridondanze oggi non più sostenibili. Il rispetto di tali misure (tra cui (i) la riduzione di posti letto ospedalieri a 4 per mille abitanti, di cui 3,3 per acuti e 0,7 per lungodegenza e riabilitazione, (ii) il riadeguamento dei DRG a rischio di inappropriatezza dai 43 previsti nel DPCM 2001 ai 107 previsti nel Patto per la Salute 2010/2012, (iii) la riduzione del tasso di ospedalizzazione e la riduzione di strutture complesse, la riorganizzazione dei punti nascita, etc.) costituisce un obbligo di legge, che impone di riallocare le risorse che si renderanno disponibili con il trasferimento delle stesse dal livello di assistenza ospedaliera al livello di assistenza territoriale;
- la prosecuzione delle azioni di intervento sui fattori di produzione, al fine di continuare la razionalizzazione e l'efficientamento del sistema e consolidare ulteriormente i risultati finora conseguiti.

Con DGRM n. 1161 del 01/08/2011, inoltre, è stato definito il processo di budgeting per l'anno 2011 prevedendo il mantenimento dell'equilibrio economico da parte delle Aziende del SSR, dell'Inrca e del DIRMT. Il mantenimento dell'equilibrio implica il contenimento del livello complessivo dei costi nei limiti delle c.d. risorse disponibili.

In relazione alle Aziende del SSR, all'Inrca ed al DIRMT, nella tabella che segue vengono riportati:

(i) il trend del finanziamento del FSN e del FSR negli anni 2007 -2010,

(ii) i risultati economici raggiunti negli anni 2007 - 2010,

(iii) la previsione delle spese per l'anno 2011.

	FONDO NAZIONALE	2007	2008	2009	2010	2011
	Fondo sanitario nazionale	96.040,00	100.572,00	103.321,00	105.398,00	106.632,50
	Ulteriori risorse di cui alla Proposta di Intesa del 21/07/2011	-	-	-	-	105,00
	REGIONE MARCHE					
	Fondo sanitario regionale	2.450,533	2.567,299	2.641,750	2.689,910	2.685,983
	restituzione quota f.do per Valmarecchia	-	-	-	- 32,27	-
	Fondo sanitario regionale	2.450,533	2.567,299	2.641,750	2.657,635	2.685,983
A = A1+A2+A2bis	TOTALE FSR (Disponibilità di cassa senza mobilità)	2.450,533	2.567,299	2.641,750	2.657,635	2.685,983
A1	di cui FSR destinato alle Aziende del SSR, all'INRCA e al DIRMT	2.404,219	2.515,704	2.589,282	2.603,992	2.649,657
A2	di cui FSR destinato alle Aziende del SSR, all'INRCA e al DIRMT e ad altri soggetti con specifico vincolo di destinazione	46,313	51,595	52,468	53,644	36,326
B	Obiettivi Nazionali	34,899	39,599	41,219	41,972	40,853
C	Ulteriori risorse di cui alla Proposta di Intesa del 21/07/2011 - quota stimata Regione Marche	-	-	-	-	2,763
E= A1+B+C	TOTALE RISORSE REGIONALI DISPONIBILI DESTINATE ALLE AZIENDE DEL SSR, ALL'INRCA E AL DIRMT	2.439,118	2.555,303	2.630,501	2.645,964	2.693,273
D	quota una tantum riconosciuta da Regione Emilia Romagna	-	-	-	6,732	-
		BILANCIO CONSUNTIVO	BILANCIO CONSUNTIVO	BILANCIO CONSUNTIVO	BILANCIO CONSUNTIVO	BUDGET
		2007	2008	2009	2010	2011
	RISORSE DISPONIBILI (al netto degli scambi infragruppo)	2.676,248	2.807,777	2.911,530	2.944,378	2.958,253
F = E +D	di cui RISORSE REGIONALI DISPONIBILI	2.439,118	2.555,303	2.630,501	2.652,696	2.693,273
	COSTI (al netto degli scambi infragruppo)	2.675,092	2.803,202	2.910,974	2.944,358	2.958,253
	RISULTATO ECONOMICO	1,155	4,575	0,557	0,020	0,000

Previsione economico/finanziaria anni 2012-2014

Il sistema di finanziamento del SSR rappresenta il quadro delle risorse economico/finanziarie all'interno del quale il Servizio Sanitario Regionale (SSR) deve orientare i propri comportamenti indirizzandoli verso strategie finalizzate a garantire livelli elevati di efficienza ed efficacia. Pertanto l'equilibrio economico-finanziario costituisce il vincolo ed al tempo stesso l'obiettivo da raggiungere per il SSR, garantendo nel contempo l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate.

Il Patto per la Salute 2010/2012, inoltre, ribadisce la necessità di garantire l'equilibrio economico-finanziario anche attraverso il miglioramento delle procedure amministrativo-contabili finalizzato a garantire la certificazione dei bilanci delle Aziende e degli Enti del SSR.

In particolare, l'art 11 del Patto per la Salute 2010/2012 prevede, tra l'altro, che le Regioni si impegnino ad avviare le procedure per la c.d. certificabilità dei bilanci, implementando un percorso finalizzato a garantire l'identificazione delle procedure contabili allo scopo di assicurare la certezza dei dati di bilancio delle Aziende e degli Enti del SSR. Tale valutazione straordinaria diventa condizione necessaria ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN come stabilito dall'art 4 del Patto per la Salute 2010/2012. Le Aziende del SSR e l'INRCA dovranno, pertanto, garantire nel triennio 2012/2014:

- il rispetto dell'obiettivo economico-finanziario di competenza dell'anno di rifermento;

- la possibilità di accesso da parte della Regione ai dati contabili allo scopo di effettuare il monitoraggio e/o ulteriori verifiche straordinarie;
- la preventiva presentazione alla Regione della documentazione rilevante ai fini della certificazione prevista dall'articolo 6, dell'Accordo Stato-Regioni del 23/03/2005, attestante il rispetto degli andamenti economici in funzione dell'obiettivo di budget assegnato oppure la presentazione di un piano che preveda le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei valori previsionali assegnati. Si ricorda, infine, che ai sensi dell'articolo 6, dell'Accordo Stato-Regioni del 23/03/2005, il mancato rispetto degli obiettivi di budget assegnati è motivo di decadenza dei Direttori Generali delle Aziende del SSR e dell'INRCA.

La tabella successiva riporta la previsione del finanziamento del FSN e del FSR in relazione agli interventi di razionalizzazione derivanti dal D.L. n. 98 del 06/07/2011 convertito dalla Legge n. 111 del 15/07/2011 (Manovra Finanziaria anno 2011).

FONDO NAZIONALE	2011	2012	2013	2014
Fondo - Patto per la Salute anni 2010/2012	106.934,00	106.934,00	106.934,00	106.934,00
Bambin Gesù- Patto per la Salute anni 2010/2012	- 50,00	- 50,00	- 50,00	- 50,00
Risorse aggiuntive - Patto per la Salute anni 2010/2012	419,00	2.993,00	2.993,00	2.993,00
Risorse aggiuntive di cui alla Proposta di Intesa del 20/04/2011	347,50			
Risprse aggiuntive L 191/2009 (Manovra economica giugno 2011)				
Incremento dello 0,5% previsto dal D.L. 98/2011 (art. 17)			549,00	549,00
Incremento dell' 1,4% previsto dal D.L. 98/2011 (art. 17)				1.546,00
Risorse decurtate dal D.L. 78/2010: personale	- 418,00	- 1.132,00	- 1.132,00	- 1.132,00
Risorse decurtate dal D.L. 78/2010: farmaci	- 600,00	- 600,00	- 600,00	- 600,00
Risorse aggiuntive ancora da assegnare				
Fondo sanitario nazionale	**106.632,50**	**108.145,00**	**108.694,00**	**110.240,00**
Ulteriori risorse di cui alla Proposta di Intesa del 21/07/2011	105,00	-	-	-
REGIONE MARCHE				
Fondo sanitario regionale	**2.688,746**	**2.724,082**	**2.737,910**	**2.776,853**
Il FSR 2011 è comprensivo della quota non ancora ripartita di cui alla Proposta di Intesa del 21/07/2011				

Si noti come il trend di crescita del Fondo Sanitario Regionale nel corso degli ultimi anni, così come riportato nella tabella che segue, mette in evidenza la drastica riduzione delle risorse destinate alla sanità. Va inoltre segnalato che sulla base del d.lgs.68 /2011, a partire dall'anno 2013, entrerà in vigore il nuovo sistema di finanziamento basato sui costi standard, in funzione del quale è prevista una nuova rideterminazione delle risorse da concordare nell'ambito dell'Intesa Stato-Regioni, in coerenza con:

(iv) il fabbisogno dei livelli essenziali di assistenza (LEA), erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza,

(v) il quadro macroeconomico complessivo,

(vi) il rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria.

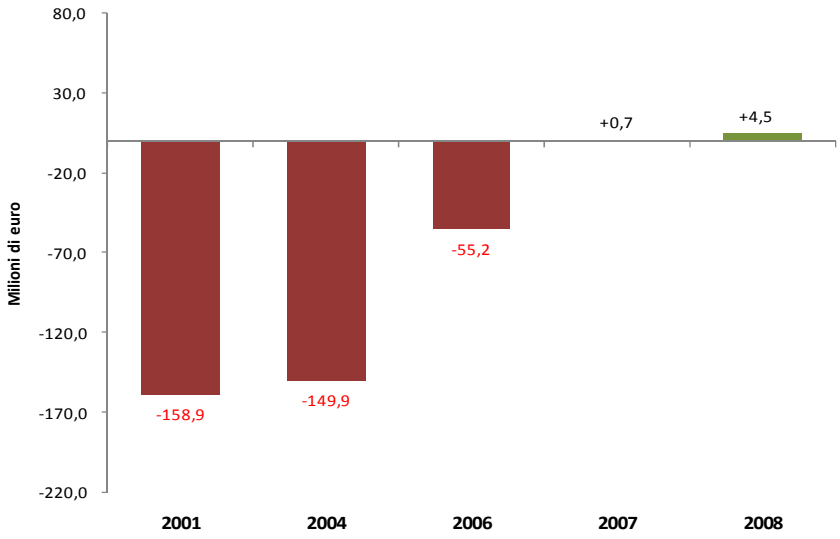
Pertanto la previsione indicata e riportata nella tabella sottostante, potrebbe subire delle modificazioni.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Fondo sanitario regionale	**2.450,533**	**2.567,299**	**2.641,750**	**2.689,910**	**2.688,746**	**2.724,082**	**2.737,910**	**2.776,853**
Incremento assoluto rispetto all'anno precedente		116,766	74,451	48,160	31,110	35,336	13,828	38,942
Incremento % rispetto all'anno precedente		4,76%	2,90%	1,82%	1,16%	1,31%	0,51%	1,42%

L'incremento 2011/2010 è stato calcolato considerando il fondo 2010 al netto della restituzione della quota per la Valmarecchia pari ad euro 32,27 mln. Si precisa inoltre che il FSR 2011 è comprensivo della quota relativa ai ticket gennaio - maggio 2011, non ancora ripartita, di cui alla Proposta di Intesa del 21/07/2011

I.5 POSIZIONAMENTO DELLA REGIONE E RISULTATI RAGGIUNTI

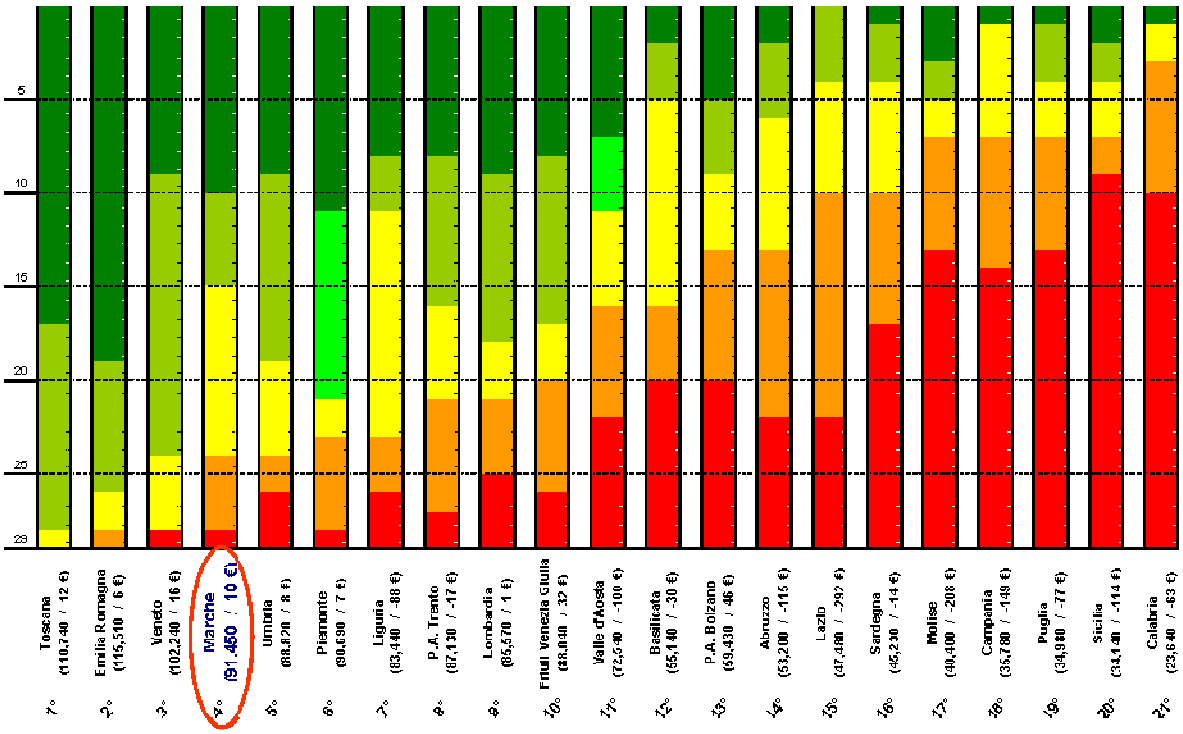
In relazione ai risultati raggiunti, la Regione Marche si colloca ai primi posti sia in termini economici, avendo garantito il pareggio di bilancio e mettendo i cittadini al riparo da ulteriori pressioni fiscali, sia in numerosi studi di verifica a livello nazionale che testimoniano la bontà della qualità ed efficacia 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 €

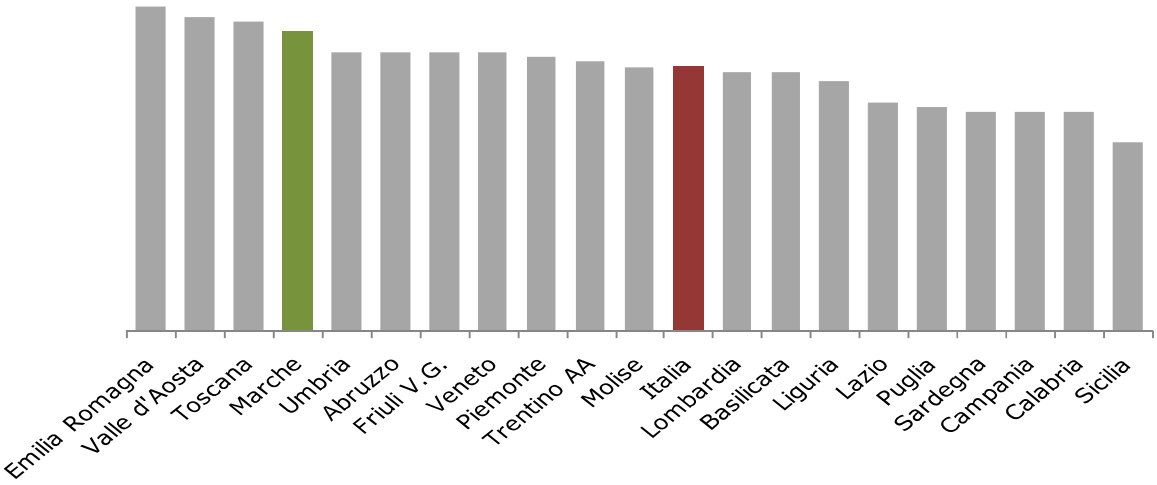
Dall'analisi dei dati risultanti dal "*sistema di valutazione delle performance*" del Sistema Sanitario, basato su una metodologia messa a punto dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore "Sant'Anna" di Pisa, commissionato dal Ministero della Salute, che

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.*



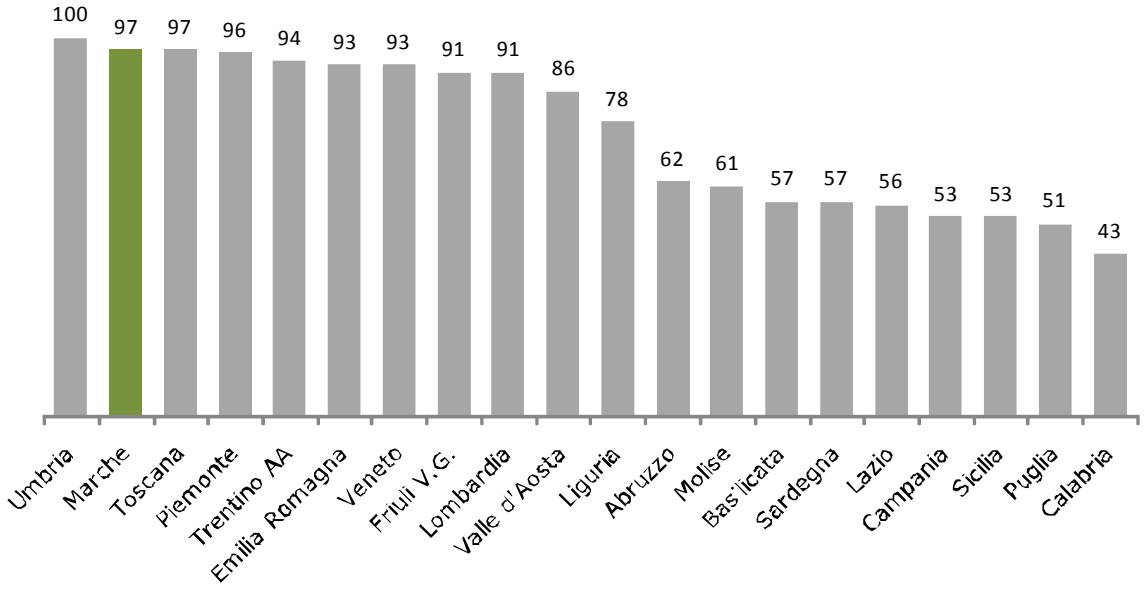
Fonte: Ministero della Salute - Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

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

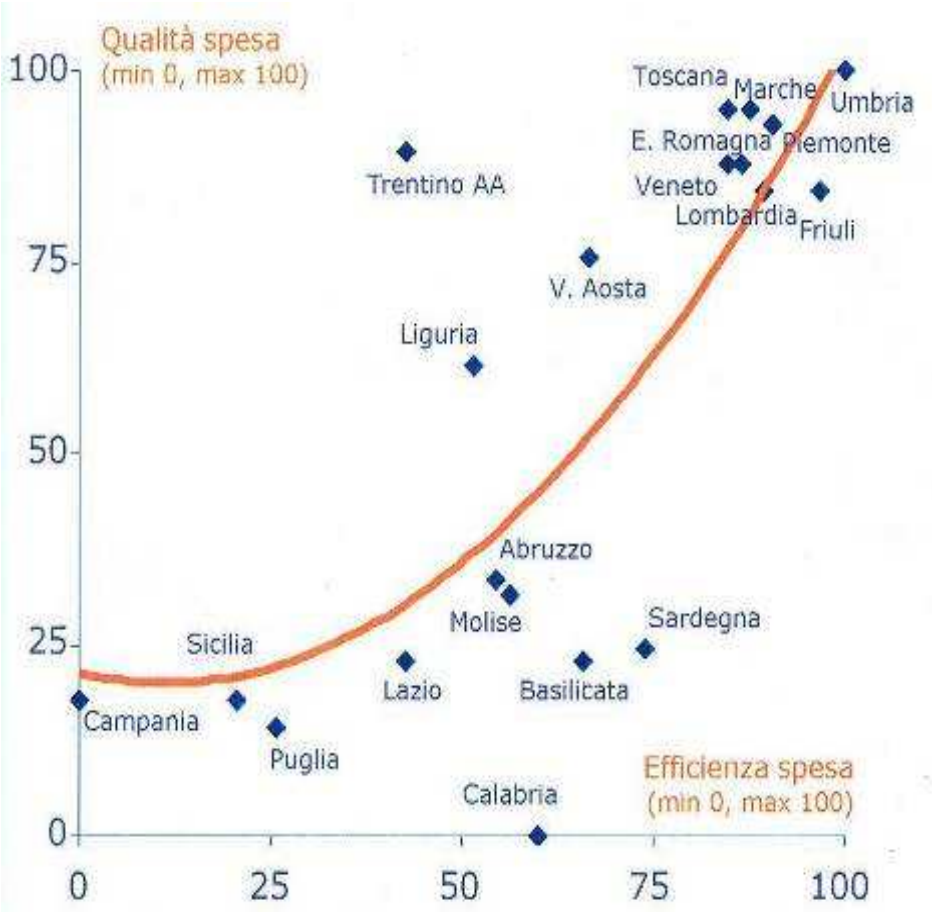


Fonte: MISURA PA - Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie - Ministero P.A. e Innovazione

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.



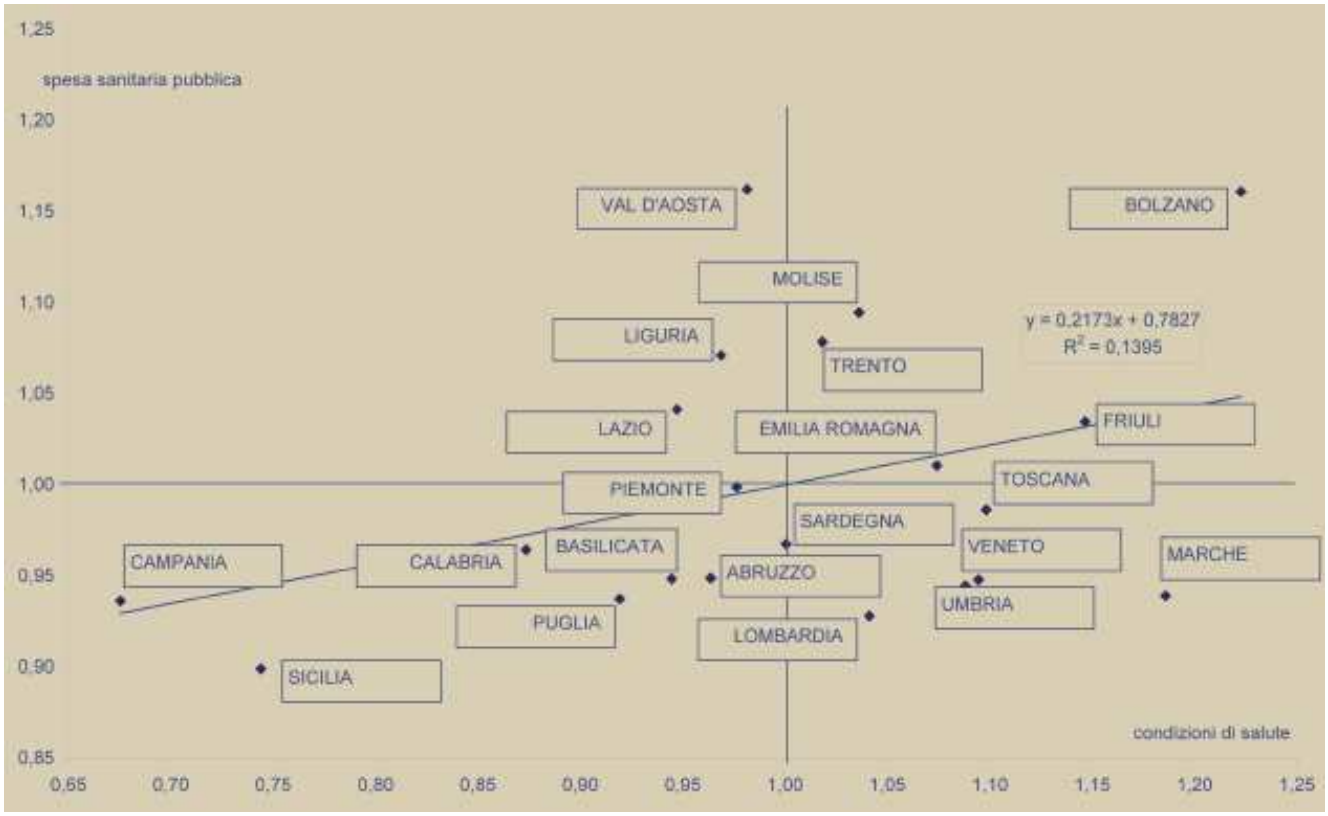
Fonte: Ministero della Salute e del Lavoro - Studio CERM



Fonte: Farmindustria- 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.

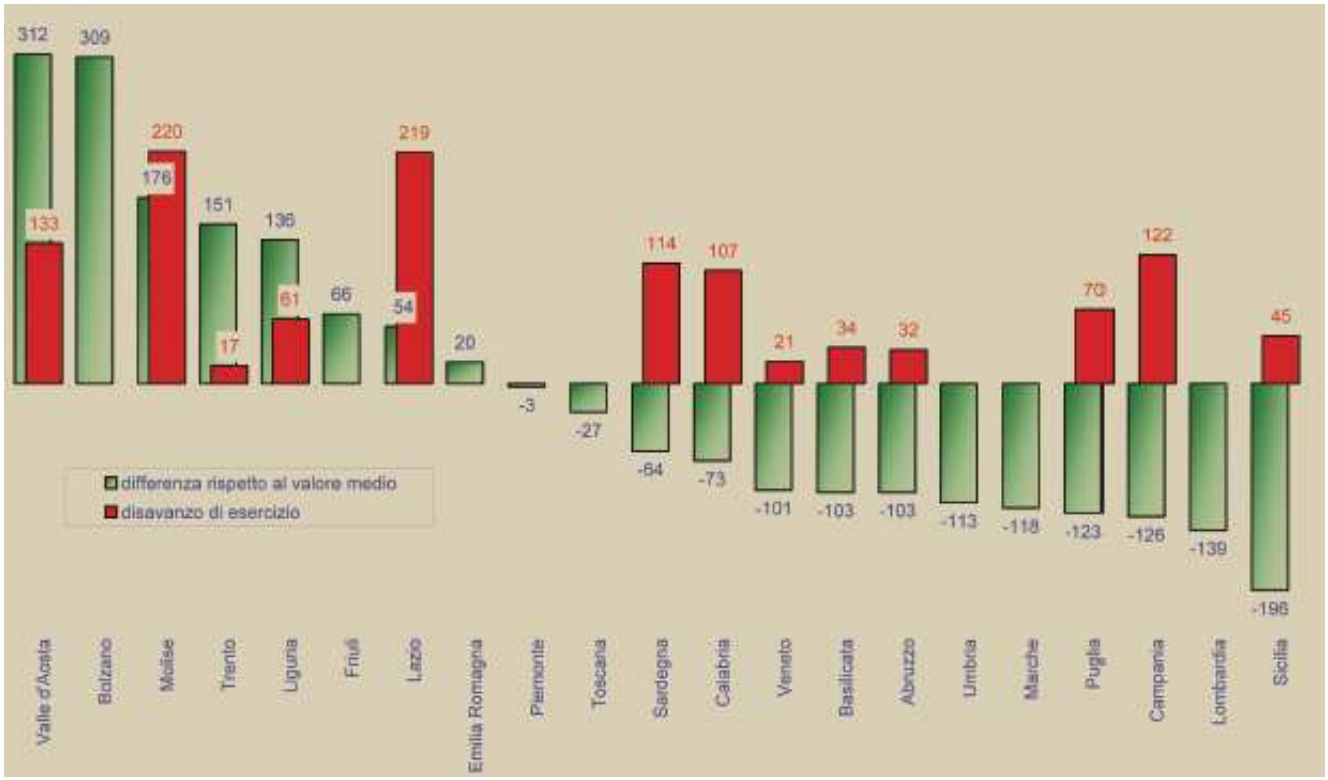
E' inoltre da porre in evidenza che, a fronte di una quantità di risorse disponibili (spesa pro-capite) non particolarmente elevata, le condizioni di salute della popolazione marchigiana risultano tra le migliori a livello nazionale (grafico seguente). Il contesto ambientale e gli stili di vita sicuramente costituiscono una variabile importante da considerare, ma un elemento cruciale da considerare è rappresentato dall'uso efficiente delle risorse disponibili che consente di garantire prestazioni e servizi sanitari particolarmente efficaci ed a elevati standard qualitativi.



Spesa sanitaria pubblica e condizioni di salute

Fonti: Istituto Health Management – Ministero dell'Economia - Istat

Una ulteriore considerazione sulla Regione Marche scaturisce dall'analisi dell'entità della spesa sanitaria pro-capite (espressa come differenziale pro-capite rispetto al valore medio pro-capite della spesa sanitaria) posta in relazione al disavanzo pro-capite (grafico seguente). Di fatto la Regione Marche fa registrare una situazione di pareggio di bilancio a fronte di una disponibilità di risorse pro-capite decisamente inferiore alla media nazionale.



Differenziali di spesa procapite rispetto alla media e disavanzi di esercizio

Fonti: Istituto Health Management – Ministero dell'Economia - Istat

In conclusione, per la Regione Marche emerge un quadro complessivamente positivo in termini di posizionamento a livello nazionale, in particolare per quanto riguarda le condizioni di salute della sua popolazione. Resta inoltre da affrontare, a livello nazionale, la necessità di riequilibrare la distribuzione delle risorse tra le Regioni, al fine di colmare il differenziale pro-capite, di cui ancora soffrono alcune regioni e tra queste in particolare le Marche e per il quale, con la definizione e l'adozione di corretti criteri relativi al federalismo fiscale, si auspica si arrivi ad una positiva risoluzione con un incremento dei trasferimenti statali alla nostra regione.

I.6 SCENARIO NAZIONALE E STRATEGIA REGIONALE

I.6.1 L'evoluzione dello scenario economico e normativo

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.

Il legislatore nazionale ha introdotto norme inerenti il *federalismo fiscale* che per la sanità comporteranno la determinazione del costo e del fabbisogno standard quale costo e

fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituiscano gli indicatori rispetto ai quali comparare e valutare le azioni dei diversi sistemi regionali.

Per tutti i livelli istituzionali è previsto il superamento graduale del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno standard per il finanziamento dei LEA. Inoltre, viene introdotta la premialità dei comportamenti virtuosi ed efficienti nell'esercizio della potestà tributaria, nella gestione finanziaria ed economica e la previsione di meccanismi sanzionatori per gli enti che non rispettano gli equilibri economico-finanziari o non assicurano i livelli essenziali delle prestazioni.

La determinazione dei costi e dei fabbisogni standard in sanità costituirà il riferimento cui rapportare il finanziamento integrale della spesa sanitaria, nel rispetto della programmazione nazionale e dei vincoli di finanza pubblica. Il fabbisogno sanitario standard delle singole regioni sarà determinato, in fase di prima applicazione a decorrere dall'anno 2013, applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento (benchmark).

Le regioni benchmark saranno tre e dovranno essere scelte dalla conferenza stato-regioni tra le cinque che nel 2011 avranno garantito l'erogazione dei Lea (livelli essenziali di assistenza) «in condizione di equilibrio economico», e che inoltre dovranno essere in regola ai tavoli di verifica sui conti col governo e che rispetteranno i criteri di «qualità, appropriatezza ed efficienza» nell'erogazione di servizi e prestazioni.

Le manovre finanziarie 2010 e 2011 hanno introdotto stringenti vincoli normativi in tema di risorse finanziarie a disposizione, di personale, beni e servizi. In particolare, hanno previsto la riduzione dei tassi di incremento del FSR; il blocco dei contratti, blocco del turn over, blocco delle retribuzioni per quanto riguarda il personale; l'introduzione di ticket sulle prestazioni specialistiche e sui codici bianchi del pronto soccorso; la fissazione di un tetto all'acquisto di dispositivi medici e di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale; la realizzazione di Centrali di acquisto, convenzioni e sistemi di monitoraggio per quanto riguarda i beni e servizi.

L'orientamento generale complessivo è quindi rivolto ad una sempre maggiore razionalizzazione delle risorse in ragione di vincoli economici sempre più stringenti; al fine di garantire la sostenibilità dell'intero sistema sanitario, diventa inevitabile l'adozione di manovre strutturali e di recupero dell'efficienza che comunque non devono penalizzare, ma se possibile, migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.

I.6.2 I criteri e gli standard del Patto per la salute

Il Patto per la salute 2010 - 2012 ai sensi dell'Intesa Stato – Regioni del 3 dicembre 2009, ha indicato le regole ed i criteri per la razionalizzazione, il funzionamento, il finanziamento ed il monitoraggio del Servizio Sanitario Nazionale. Il Patto è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

Il Patto per la salute, prevede i parametri fondamentali a cui le Regioni si devono riferire nelle loro azioni di riorganizzazione interna e che costituiscono un preciso adempimento a cui si devono attenere, e che diventa oggetto di monitoraggio da parte degli organi centrali.

In particolare, si sottolineano i seguenti elementi:

- Il finanziamento per livello di assistenza dei Servizi sanitari regionali deve rispettare la seguente suddivisione percentuale:
    - 5% per la prevenzione;
    - 51% per l'assistenza distrettuale;
    - 44% per l'assistenza ospedaliera.
- Per la dotazione organica di personale, le Regioni devono definire misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale, e devono inoltre fissare parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento della dirigenza e del comparto, in coerenza con gli standard di riferimento adottati dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli di Assistenza.
- Ai fini della razionalizzazione delle rete ospedaliera e per l'incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, le Regioni sono tenute ad adottare provvedimenti di riduzione del numero di posti letto ospedalieri entro uno standard pari a 4 posti letto per mille abitanti, di cui:
    - almeno 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
    - non più di 3,3 posti letto per mille abitanti, per pazienti acuti.

  Tali indicazioni sono finalizzate a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, nonché a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare.
- Si stabilisce che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrato con quanto riportato negli allegati A e B del Patto, in cui sono riportati i 107 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria, e l'elenco delle 24 prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery, trasferibili in regime ambulatoriale.
- Sono fissati indicatori di efficienza e di appropriatezza organizzativa che hanno come riferimento standard il valore medio riscontrato dalle regioni in equilibrio economico.

I.6.3 Il contesto socio-demografico

La proposta di nuovo Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, il cui iter di approvazione è in via di definizione dopo il consenso espresso dalla Conferenza Stato – Regioni e dal Consiglio dei Ministri, esprime importanti linee di indirizzo di programmazione sanitaria rivolte a promuovere il benessere e la salute dei cittadini e delle comunità attraverso una uniforme applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) a livello nazionale, nella salvaguardia delle specificità territoriali e in rispondenza alle analisi dei bisogni e delle risorse di ciascun contesto locale.

Le linee prioritarie di sviluppo indicate nella proposta di PSN sono rivolte alla riorganizzazione dei processi di cura, che devono essere focalizzati sul cittadino e sui suoi bisogni di cura. In particolare, sono posti in rilievo i seguenti punti:

- la promozione dell'attuazione dei livelli essenziali, con particolare riguardo all'assistenza sociosanitaria e alla rete della non autosuffcienza;
- la prevenzione attiva;
- la riorganizzazione delle cure primarie;
- la riabilitazione;
- la promozione di un reale governo clinico che veda i vari attori del sistema direttamente coinvolti e responsabilizzati.

Queste stringenti 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 se 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 se 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 in grado di adattarsi alla realtà e di consentire l'efficientamento del sistema.

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.

II GOVERNANCE E APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

Il rafforzamento del ruolo di governo attraverso le funzioni di 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 sia data continuità al processo generale di semplificazione organizzativa, 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 territoriali sociali, sia possibile conseguire misure di ottimizzazione nei meccanismi gestionali, ma salvaguardando il livello qualitativo e quantitativo di servizi e prestazioni al cittadino.

II.1 IL SISTEMA DI GOVERNO

II.1.1 Strategia e programmazione

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 ha adottato un modello di indirizzo strategico e di monitoraggio e controllo che accentua 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 si è reso indispensabile procedere ad una revisione delle funzioni esercitate dagli organi tecnici centrali regionali.

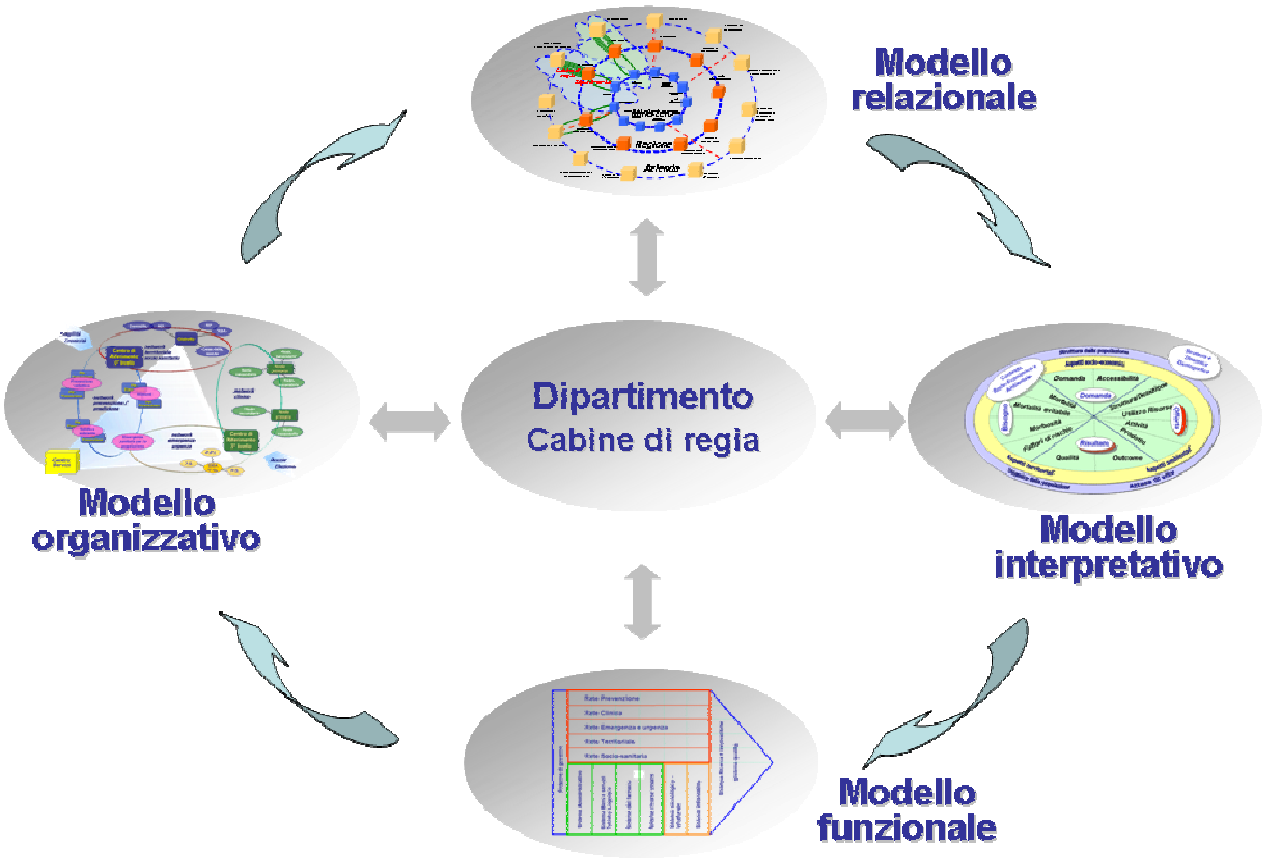
Il *Dipartimento per la Salute e per i Servizi sociali* è il luogo per la definizione e la condivisione della programmazione sociale e sanitaria, al fine di rendere più efficaci, coordinate e tempestive le azioni di governance.

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.

Per l'esercizio delle sue funzioni, il Dipartimento si avvale dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS). In particolare quest'ultima, in quanto strumento operativo per la gestione delle

funzioni del Dipartimento, fornisce supporto tecnico nelle materie sanitarie e socio - sanitarie e in quelle ad esse strettamente correlate.

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.



La definizione delle linee di indirizzo strategico

L'azione della Regione, svolta attraverso il Dipartimento, per la definizione delle linee di indirizzo strategico della pianificazione regionale si snoda all'interno di un percorso procedurale che porta a sintesi elementi che derivano dall'esistenza di vincoli e condizionamenti esterni ed interni a cui si devono allineare tutti i livelli istituzionali, coerentemente con il quadro conoscitivo che emerge da tutte le dimensioni di analisi del sistema sanitario, e che conducono a stabilire le logiche di funzionamento operativo e di

architettura organizzativa finalizzate allo sviluppo virtuoso della sanità regionale. Il percorso è da ricodurre ai seguenti momenti:

- valutazione dei vincoli economici e degli obblighi normativi presenti nel contesto istituzionale in cui si sviluppa il servizio sanitario regionale (modello relazionale);
- analisi ed interpretazione del contesto di riferimento per conoscere i meccanismi che regolano il bisogno, la domanda e l'offerta (modello interpretativo);
- identificazione dei processi e delle aree di supporto che determinano il funzionamento del sistema (modello funzionale);
- costruzione della struttura organizzativa più idonea per il raggiungimento degli obiettivi prefissati (modello organizzativo).

L'esistenza di un modello complessivo per la definizione delle strategie si pone a garanzia della correttezza, della completezza e della coerenza degli indirizzi fissati per ciascuna area di intervento.

II.1.2 L'attuazione degli indirizzi strategici

In coerenza con le indicazioni strategiche definite nel presente piano e gli indirizzi contenuti nella DGR n. 17/2011, gli Enti del Servizio sanitario regionale devono predisporre Piani strategici aziendali che, tenuto conto del contributo fornito dalle cabine di regia regionali, dovranno tradurre le azioni indicate in interventi operativi per il successivo triennio, sia sul piano economico - amministrativo che sul piano clinico - organizzativo. La declinazione degli obiettivi operativi triennali a livello territoriale avviene attraverso i Piani di Area vasta ; la definizione annuale degli obiettivi e delle azioni avviene attraverso il budget. Per quanto riguarda le Aziende ospedaliere (Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona, Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord") e l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "INRCA" di Ancona, i rispettivi Piani strategici dovranno essere esplicitati mantenendo la coerenza complessiva tra azioni ed obiettivi nell'ambito della generale strategia regionale e di Area vasta .

La traduzione operativa delle indicazioni strategiche del PSSR e delle linee di indirizzo attuative affinché sia resa coerente nei piani aziendali e di area vasta, deve fondarsi su un sistema di regole valido a tutti i livelli istituzionali, come definito dalla legge regionale n. 13/2003 e successive modificazioni.

Per esercitare al meglio le proprie attività il Dipartimento può costituire, d'intesa con le Direzioni Generali e delle Aziende ed Enti interessati, gruppi di lavoro, composti anche da personale dei livelli periferici e locali del sistema sanitario e del sistema sociale, con i quali procedere all'individuazione dei bisogni emergenti, alla definzione degli obiettivi strategici di miglioramento e alla predisposizione di linee guida e di indirizzo .

Il processo complessivo di attuazione degli indirizzi strategici presenta le seguenti fasi: strategia, pianificazione, programmazione, controllo.

La fase di *strategia* rappresenta il momento fondamentale di definizione delle linee di indirizzo e degli orientamenti che dovrà intraprendere la Regione alla luce dell'analisi delle situazione esistente e dei risultati conseguiti.

Nella fase di *pianificazione* regioni e aziende stabiliscono, ciascuna per la propria competenza, gli obiettivi strategici, le azioni da intraprendere ed i risultati attesi, che si dovranno tradurre in interventi concreti quali le sperimentazioni gestionali ed il programma di investimenti da attuare.

La fase di *programmazione* aziendale declina in piani operativi ed in obiettivi specifici le indicazioni strategiche e, in relazione ai risultati delle fasi sperimentali, estende a tutte le realtà i progetti attuativi, fornendo criteri e parametri per misurare il raggiungimento degli obiettivi attraverso strumenti quali il budget.

Con la fase di *controllo* effettuata da Regione e Aziende, ciascuna per la propria competenza, si chiude il ciclo generale della programmazione poiché rappresenta il momento del monitoraggio e della verifica sia del raggiungimento o meno degli obiettivi prefissati sia del rispetto degli standard previsti ai diversi livelli istituzionali ed ai diversi momenti della pianificazione (di breve, di medio o di lungo periodo).

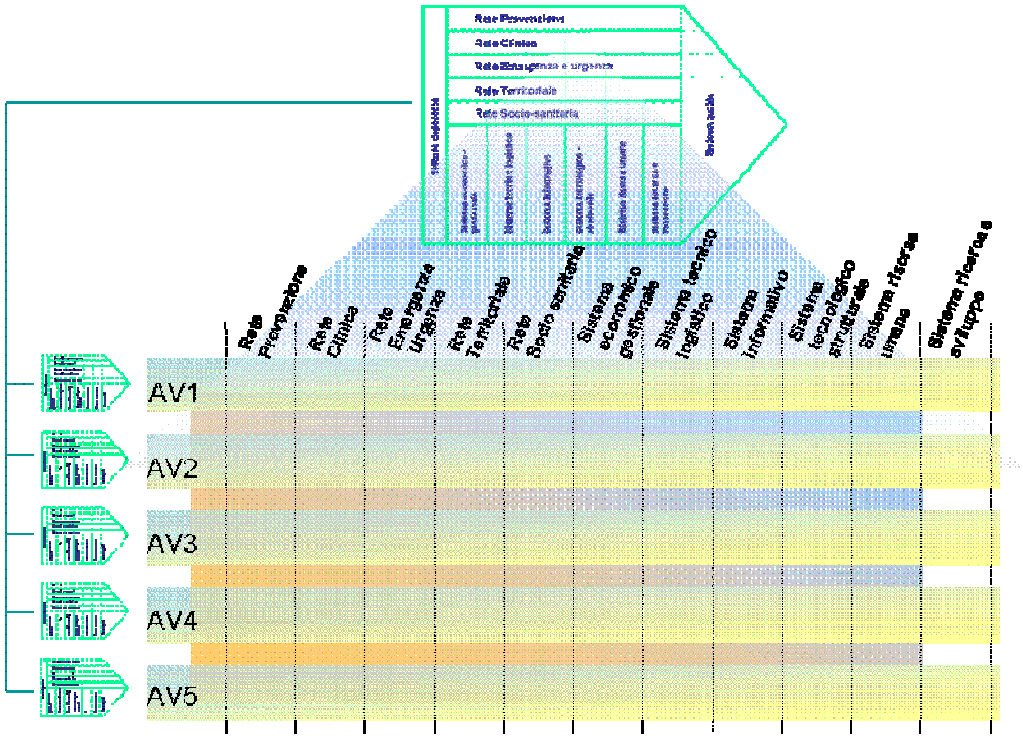
L'allineamento fra le diverse fasi costituisce un elemento indispensabile per il buon funzionamento dell'intero sistema, al fine di garantire la coerenza fra gli obiettivi ed i risultati di volta in volta ottenuti.

II.1.3 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 può avvalersi del contributo delle *cabine di regia* e dei gruppi di lavoro istituiti d'intesa con le Direzioni generali delle Aziende ed Enti del SSR , 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.



Il modello di coerenza delle attività di progettazione

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 da cui si traggono i seguenti risultati:

piano degli investimenti infrastrutturali:

Area vasta territoriale 1 :	Istituzione AO Ospedali Riuniti Marche Nord Individuazione del sito per il nuovo ospedale
Area vasta territoriale 2:	Avvio lavori di costruzione nuovo INRCA / Ospedale di rete Conclusione gara per la nuova struttura G.Salesi Avvio dell'integrazione AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona – Ospedale di Jesi – Ospedale di Senigallia
Area vasta territoriale 4:	Progettazione del nuovo Ospedale di Fermo

In coerenza con le disponibilità finanziarie che saranno erogate dal Ministero attraverso gli Accordi di programma si procederà allo studio di fattibilità per la realizzazione delle nuove strutture ospedaliere relative alle **Aree vaste territoriali 3 e 5 e all'area montana**, nonché alla valutazione delle modalità istitutive dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Sud".

piano degli investimenti in Information Communication Technology (ICT):

- data center regionale della sanità;
- infrastruttura per la TS-CNS;
- infrastruttura fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- repository documentale sanitario federato;

- sistemi di pagamento on-line;
- anagrafe sanitaria regionale degli assistiti;
- rete territorio (distretto, MMG, Farmacie);
- Livello regionale referti di laboratorio analisi;
- network diagnostica per immagini;
- portale della sanità.

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 programmatoria 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.

II.1.4 Le regole operative

Il funzionamento dell'attività di governo centrale regionale richiede la messa a regime di un insieme di strumenti tecnico-normativi che consentano la traduzione operativa degli indirizzi strategici e che facilitino il complessivo svolgimento delle attività gestionali ed operative del sistema sanitario. L'azione di governo della Regione trova maggior forza nella esplicitazione chiara di un sistema delle regole che definisca le condizioni di contesto all'interno delle quali si trovano ad operare gli attori presenti nella sanità regionale. Nello stesso tempo, è imprescindibile che tutti gli attori riconoscano e mettano in atto un sistema di regole univoco e condiviso, che costituisce il principale strumento a garanzia della correttezza e della validità delle azioni intraprese.

Il "manuale operativo" per il governo del sistema

Il sistema delle regole, che deve costituire un vero e proprio "*manuale operativo*" ai vari livelli istituzionali, riguarda la definizione dei criteri e dei passi operativi necessari per dettare le regole di governo e di funzionamento del sistema sanitario, in particolare per i seguenti argomenti:

- la definizione del fabbisogno, per le strutture e per le prestazioni;
- le autorizzazioni all'esercizio delle attività;
- gli accreditamenti per la definizione dei requisiti e degli standard specifici;
- il sistema delle tariffe per la corretta regolazione dei rapporti economici in relazione alle attività;
- il riparto del fondo ed il finanziamento dei soggetti accreditati;
- il monitoraggio delle attività svolte;
- la verifica del rispetto dei requisiti e degli standard;
- la valutazione dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi fissati.

Il riparto del Fondo sanitario è effettuato sulla base di criteri stabiliti dalla Giunta regionale, con il parere obbligatorio della competente Commissione assembleare, assicurando la perequazione delle risorse tra le Aree vaste, secondo i principi contenuti nel punto I.2.7 del presente piano.

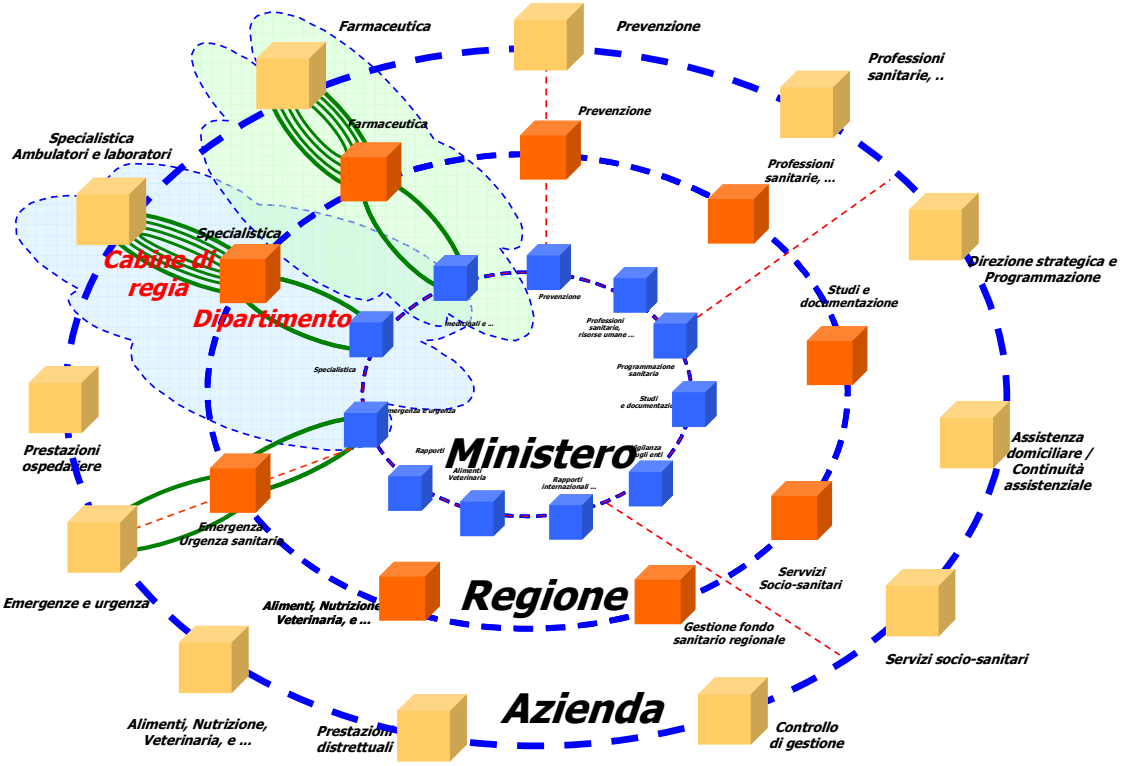
II.2 L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

II.2.1 I modelli di riferimento

La definizione delle linee strategiche per la programmazione regionale, come precedentemente indicato, si fonda sulla condivisione di un percorso metodologico e sull'adozione di specifici modelli di riferimento, attraverso i quali leggere, organizzare e comunicare gli elementi conoscitivi, gli obiettivi e le conseguenti indicazioni programmatiche regionali.

Il presupposto fondamentale è determinato dall'esistenza di un contesto relazionale che condiziona i rapporti tra i diversi livelli istituzionali (Ministero, Regioni, Aziende) in considerazione dei vincoli e degli obblighi esistenti, (normativi, economici, produttivi, etc.) esterni ed interni, e che richiede di garantire la coerenza nella definizione degli obiettivi e delle fasi procedurali attuative nel passaggio da un livello istituzionale all'altro.

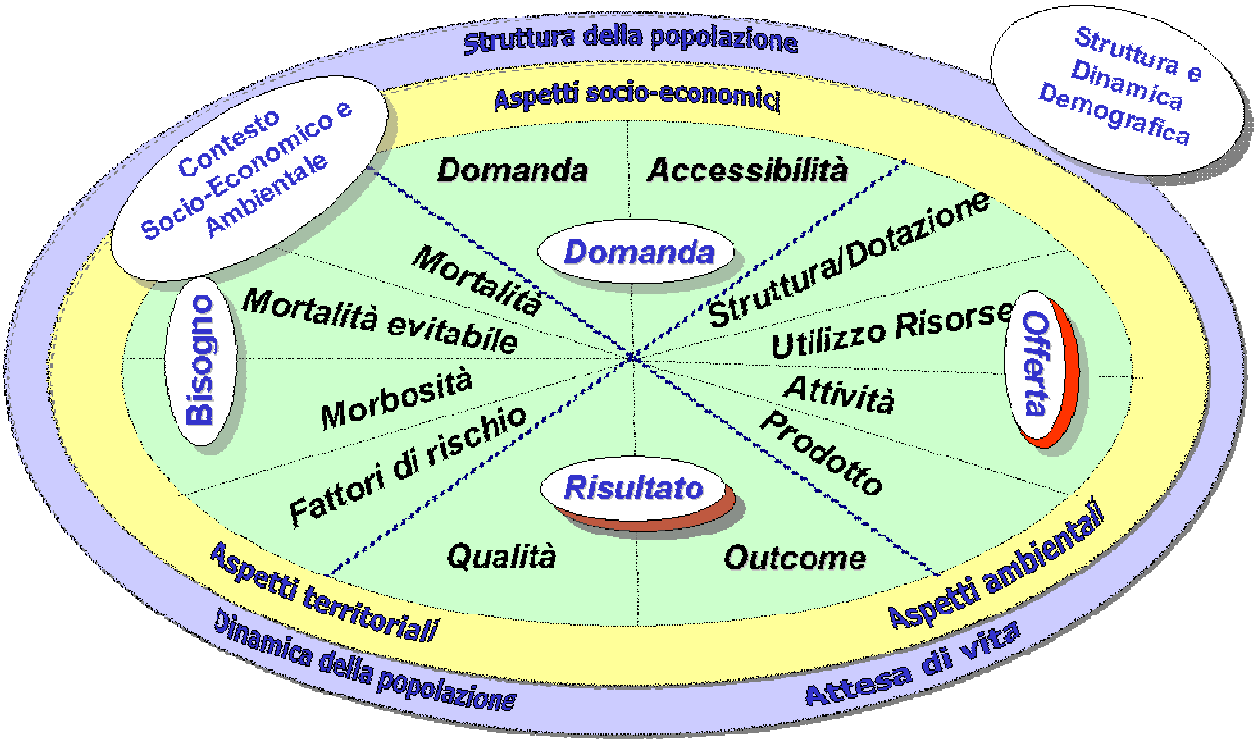
Si configura in questo modo un sistema in cui il processo *strategia – indirizzo –azione – monitoraggio* è governato da un sistema di relazioni tra i i livelli istituzionali ed all'interno di ciascun livello secondo regole e comportamenti che devono avere basi e fondamenti comuni e condivise. Per facilitare il funzionamento del sistema di relazioni è necessaria la massima trasparenza negli scambi informativi a tutti i livelli, al fine di creare un comune e condiviso patrimonio di conoscenze da utilizzare per ottimizzare i percorsi di sviluppo non solo in una logica di mero adempimento ma con la volontà di perseguire obiettivi di efficienza, efficacia e qualità sempre più sfidanti.



Il modello relazionale

L'adozione di misure e provvedimenti di cambiamento e miglioramento della sanità regionale ha origine dalla conoscenza della situazione reale esistente e dello sviluppo che ha avuto nel

corso dei periodi precedenti. L'analisi e la valutazione dei fenomeni che hanno interessato il sistema socio sanitario marchigiano si sono fondate sull'utilizzo di un modello interpretativo della realtà regionale già introdotto con il precedente Piano sanitario e che è diventato il modello di riferimento nell'impostazione degli studi conoscitivi e delle analisi di valutazione del fabbisogno.



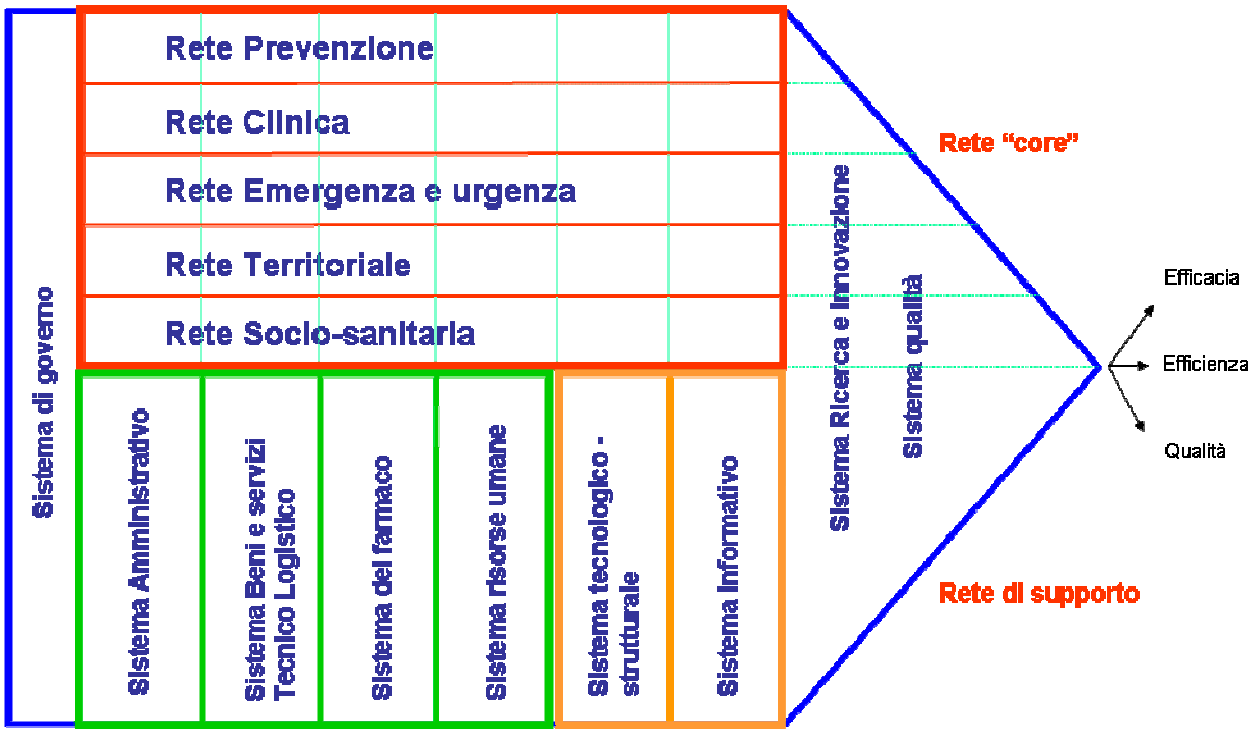
Il modello interpretativo

Le aree di indagine del bisogno, della domanda, dell'offerta e del risultato, insieme a quelle di contesto socio economico ambientale e di struttura e dinamica demografica, sono suddivise per dimensioni di analisi, ciascuna delle quali è caratterizzata da un insieme di fenomeni che vengono monitorati, valutati ed interpretati mediante indicatori, al fine di ottenere parametri quali-quantitativi misurabili e confrontabili anche al di fuori della realtà marchigiana.

La sistematizzazione ed omogenizzazione della conoscenza che ne consegue consente quindi di organizzare le informazioni nell'ambito dei settori di interesse, focalizzando in particolare gli aspetti di carattere strutturale e di processo necessari alla definizione delle scelte programmatorie regionali.

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 sviluppata attraverso il modello interpretativo descritto, si riconduce all'identificazione della "catena del valore della filiera socio-sanitaria", che esplicita il "modello funzionale" del sistema e che è 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.



La “catena del valore”

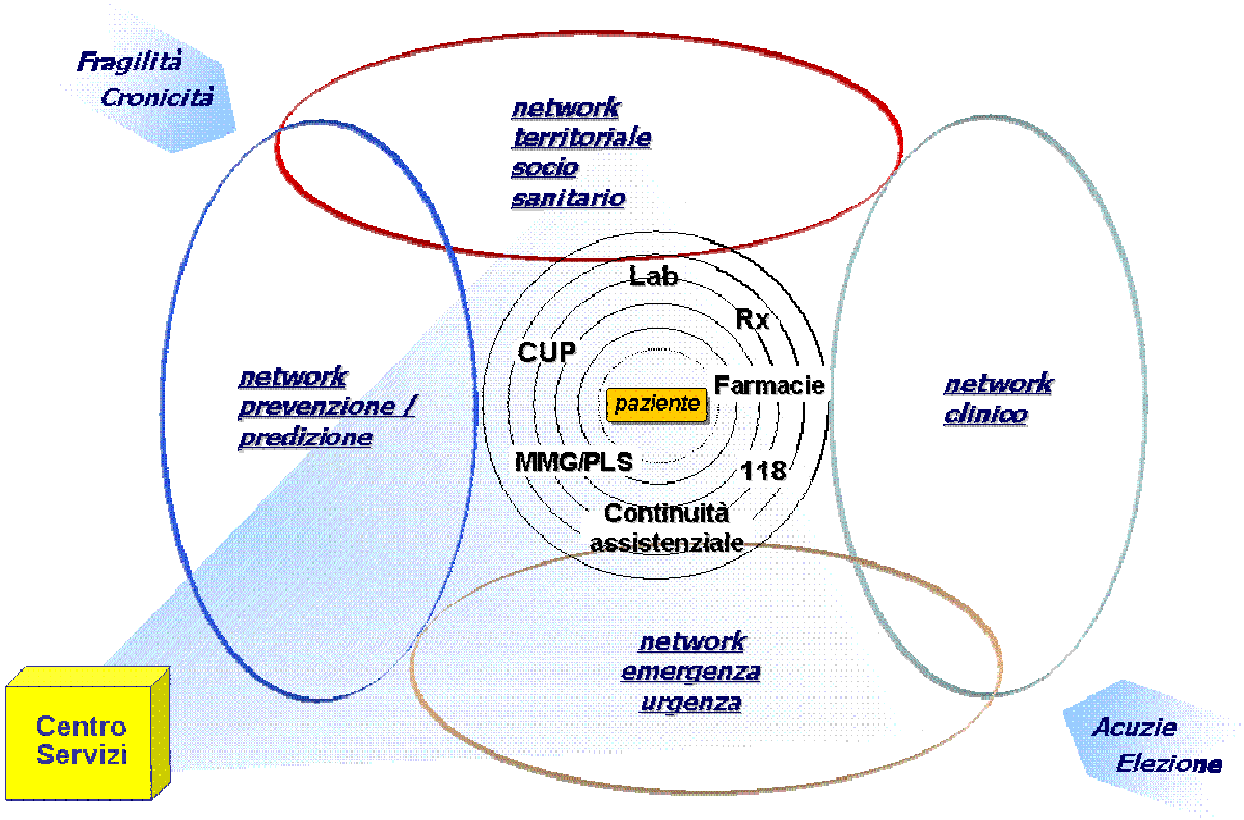
Le attività di “supporto” devono contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute del sistema garantendo che le sue condizioni complessive di funzionamento rispettino criteri di efficienza, efficacia, qualità ed economicità, nella migliore combinazione possibile, non devono assolutamente avere 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 modello organizzativo a rete

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.

II.2.2 Lo sviluppo del sistema

L'attuale situazione della Regione Marche, sia pure in presenza di una frammentazione strutturale della rete ospedaliera, evidenzia un valore ormai prossimo ai 4 posti letto per mille abitanti previsti dal Patto per la salute. D'altra parte, risulta necessario procedere al riequilibrio delle dotazioni per rispettare le indicazioni dei 3,3 posti letto per acuti e 0,7 posti letto per post-acuzie e riabilitazione.

Obiettivo generale della Regione è inoltre consolidare, in rapporto al fabbisogno espresso, il numero di posti letto per la residenzialità e la semiresidenzialità nell'ambito dei servizi territoriali rivolti agli anziani, ai disabili ed alle altre condizioni di fragilità.

Le indicazioni dettate dal Patto per la salute sono finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo della riduzione dei posti letto, ma sono altresì orientate al progressivo passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e da questo all'attività ambulatoriale, con l'intento di liberare risorse impegnate nell'assistenza ospedaliera in regime di ricovero (ordinario o diurno) verso forme di assistenza di tipo ambulatoriale che potranno essere concentrate sia all'interno di strutture ospedaliere sia anche orientate ai servizi territoriali.

Tale obiettivo si consolida anche tenendo conto dell'impatto economico del costo giornaliero dei posti letto per acuti che ha un valore sensibilmente superiore al costo per posto letto per riabilitazione e lungodegenza per cui la riqualificazione delle strutture consente di ottenere il miglioramento dell'offerta e l'efficientamento del sistema. Tale efficienza organizzativa cresce ulteriormente con la conversione di posti letto ospedalieri a favore delle strutture residenziali e semiresidenziali, tradizionalmente a minor costo e con l'implementazione dell'assistenza territoriale mediante lo sviluppo del modello casa per la salute .

La riconversione dei posti letto deve essere effettuata sulla base dei seguenti principi:

a) ogni posto letto riconvertito da servizio per acuti a servizio per lungodegenza o riabilitazione deve rimanere in gestione al servizio pubblico;

b) il raggiungimento degli obiettivi di cui alla lettera a) deve avvenire con gradualità e previa concertazione con le rappresentanze sindacali e le conferenze di area vasta.

La riconversione dei posti letto deve riguardare in ugual misura le strutture a gestione pubblica e a gestione privata.

Al fine di predisporre piani di Area Vasta, o di area omogenea come oggetto di studio, la distribuzione dei posti letto per acuti negli Ospedali di rete e nelle Aziende Ospedaliere ed INRCA, coerentemente con la DGR n. 17/2011, richiede di prendere in considerazione i seguenti passi procedurali:

- Analisi della popolazione e sua composizione per fasce di età;
- Valutazione delle condizioni dimensionali e di produzione delle strutture di offerta (sia ospedaliere che territoriali);
- analisi della domanda in relazione alla mobilità della popolazione, residente e non residente;
- individuazione delle caratteristiche delle prestazioni erogate, in risposta alla domanda della popolazione residente ed alla popolazione non residente;

- definizione della produzione reale (offerta a residenti e non residenti nelle strutture della Regione) e della produzione potenziale (mobilità passiva extra regione), per valutare il fabbisogno complessivo di ciascuna Area vasta ;
- adozione di criteri di riorientamento ed efficientamento del sistema in coerenza con i criteri ed i vincoli fissati a livello regionale e nazionale, che tengono conto di:
    - tasso standardizzato di ospedalizzazione per fasce di età;
    - complessità della casistica trattata;
    - appropriatezza delle prestazioni;
    - trasferibilità di prestazioni sanitarie dal regime di ricovero ordinario al ricovero in day hospital (medico, chirurgico, riabilitativo) e al regime ambulatoriale;
    - incremento dell'attività a ciclo diurno (day hospital e day surgery);
    - riequilibrio della dotazione fra acuzie e lungodegenza/riabilitazione;
    - individuazione dei posti letto per intensità di cura e assistenza;
    - articolazione delle strutture organizzative di dimensioni appropriate e per bacino di utenza.

L'individuazione delle discipline erogabili in Area vasta è di norma volta a consolidare quelle già attive, ma l'obiettivo è diretto a semplificare l'offerta, evitando duplicazioni e dispersioni di discipline anche al fine di assicurare standard assistenziali di qualità

L'adozione di criteri e parametri è in coerenza con quanto definito a livello nazionale, in particolare con le indicazioni metodologiche dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) sulla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria.

II.2.3 Le criticità per l'evoluzione del sistema a rete

Al fine di assicurare il pieno rispetto dei principi di universalità, di eguaglianza e di equità d'accesso alle prestazioni a garanzia della salute dei cittadini marchigiani, il Servizio Sanitario Regionale deve procedere ad una revisione del suo assetto organizzativo, strutturale e gestionale.

Il Servizio Sanitario Regionale, per svilupparsi compiutamente come sistema a rete, richiede la cooperazione e l'integrazione tra i seguenti network specifici che operano all'interno di ambiti geografici omogenei:

- la rete della prevenzione collettiva;
- la rete territoriale;
- la rete socio sanitaria;
- la rete dell'emergenza urgenza, fortemente integrata alla rete ospedaliera ed alla rete territoriale;
- la rete ospedaliera;
- le reti cliniche;

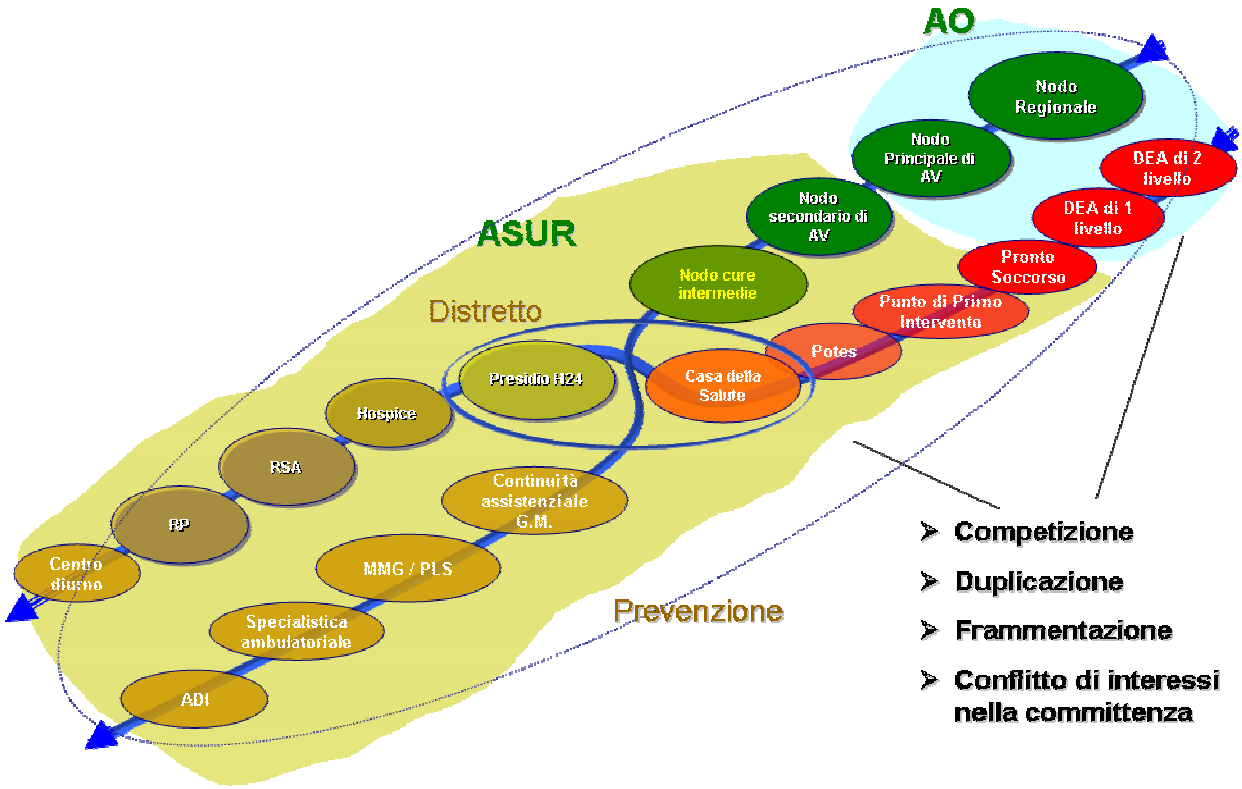
- la rete delle attività amministrativo tecnico logistiche (ATL).

In tale contesto si inseriscono le reti cliniche che garantiscono una dimensione di continuità al cittadino nei termini di una interfaccia costante di qualità assistenziale indipendentemente dall'organizzazione che la sostiene e consentono di evitare la frammentazione dell'offerta a vantaggio invece di una presa in carico globale dell'assistito.

E' necessario tuttavia che sia evidente l'integrazione funzionale, fra chi gestisce sostanzialmente la domanda e chi gestisce l'offerta e, nell'ambito di questa, fra la realtà dei servizi territoriali e socio-santari e la realtà dei servizi ospedalieri e di pronto soccorso, ciascuna delle quali, a livello di Area vasta, deve avere un proprio livello di coordinamento.

Tale separazione può garantire un maggior livello di coordinamento per ciascuna area di attività e favorire il superamento di criticità quali:

- la frammentazione strutturale ospedaliera per la presenza di numerose realtà di ridotte dimensioni (piccoli ospedali, unità operative di dimensioni minime);
- la polverizzazione delle UO e delle competenze per la necessità di garantire la presenza di operatori e professionisti in numerose strutture e UO che evidenziano ridotte attività produttive;
- la duplicazione delle attività, per la presenza di unità operative limitrofe che svolgono medesime funzioni senza specifiche specializzazioni su particolari prestazioni o pazienti;
- la competizione conflittuale tra strutture che si contendono i pazienti senza una precisa razionalizzazione delle linee di produzione, al fine di rendere elevata la quantità di prestazioni erogate;
- il conflitto di interessi di chi è committente e nello stesso tempo erogatore, dovendo da un lato gestire le richieste di prestazioni verso altre strutture aziendali, ma nello stesso tempo erogare analoghe prestazioni attraverso proprie strutture;
- l'inappropriatezza di molte prestazioni (ambulatoriali, di pronto soccorso, di ricovero) in ragione di una mancata azione diagnostica preventiva o del ricorso al ricovero ordinario al posto di quello diurno;
- le diseconomie e gli sprechi che derivano da tutti i punti precedenti.



Le criticità della dimensione organizzativa

II.2.4 Aziende e Aree vaste

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 Universitaria "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 garantiscono 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.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona" risponde ai bisogni sanitari della Regione per le funzioni di alta specialità, garantendo prestazioni di elevata e media intensività. Rappresenta punto di riferimento regionale per le alte specialità e nodo rilevante nelle principali reti cliniche, raccordandosi con le altre Aziende e le altre strutture presenti sul territorio, anche al fine di riallocare l'attività di minore complessità. L'A.O.U. sviluppa e si impegna nella formazione e nella ricerca non solo come mandato specifico della Facoltà di Medicina e Chirurgia, integrata nell'Azienda, ma anche come valore aggiunto per

l'assistenza e per il miglioramento professionale; promuove e favorisce la crescita della medicina basata sull'evidenza, dell'efficienza ed efficacia, dell'innovazione tecnologica e culturale e delle sperimentazioni gestionali. L'Azienda sviluppa sinergie e integrazioni, anche a livello nazionale, finalizzate sia alla realizzazione di percorsi clinici che all'implementazione di nuovi modelli organizzativi; favorisce processi di confronto e di benckmarking a livello nazionale e regionale per la condivisione di indicatori e criteri standard da mettere a disposizione dell'intero sistema sanitario regionale. 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'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.

L'ASUR, inoltre, opera come centrale acquisti per conto delle Aziende ospedaliere, dell'INRCA e delle Aree vaste ai sensi della normativa vigente.

L'ASUR si articola in Aree vaste per assicurare la programmazione integrata.

Le Aree vaste consentono una articolazione dell'organizzazione sanitaria sul territorio regionale con l'obiettivo di facilitare l'erogazione e l'accesso ai servizi ed alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di integrazione socio-sanitara, assicurando nel contempo i livelli essenziali di assistenza (LEA) alla popolazione residente, senza differenziazioni determinate dal territorio di appartenenza.

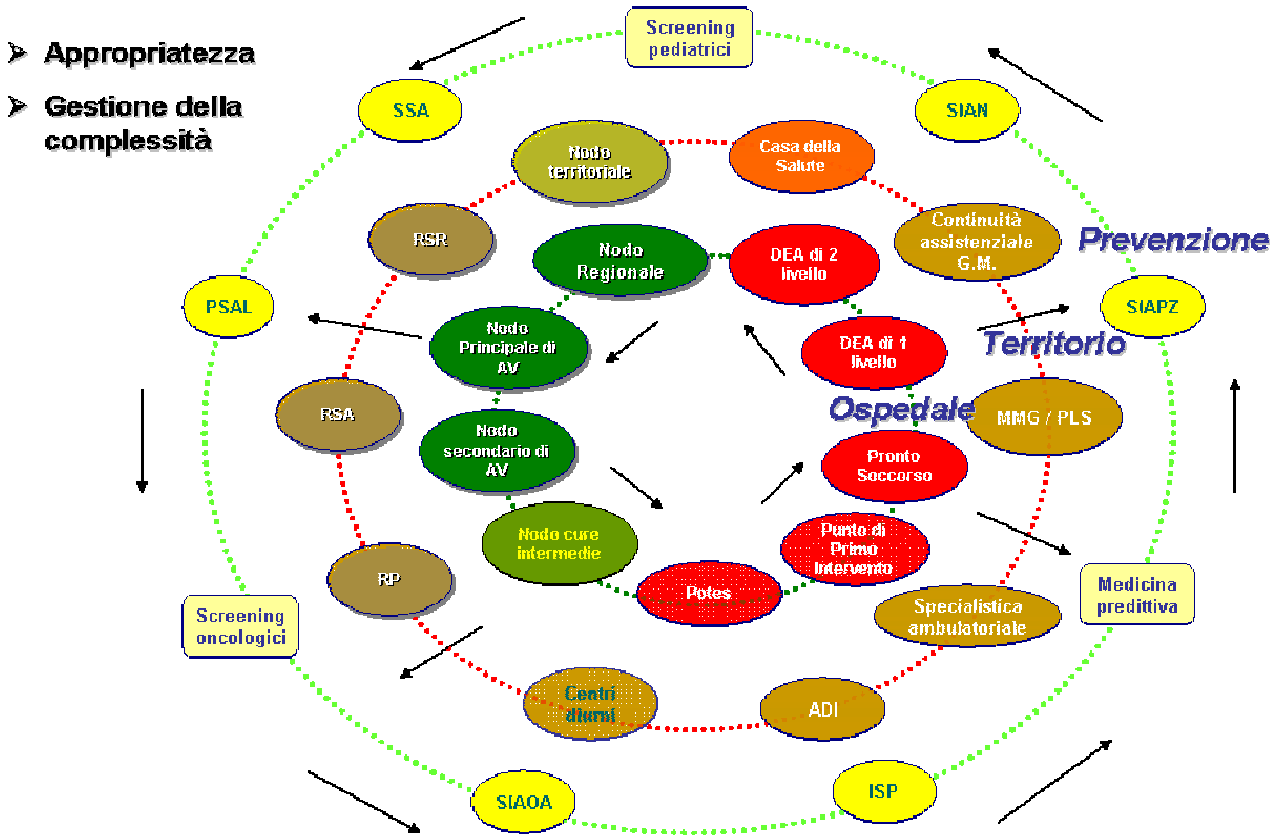
L'Area Vasta è la dimensione territoriale ottimale perché le reti di servizi, costruite su obiettivi di salute e benessere per il cittadino, nascano dalla ricognizione dei bisogni e della domanda espressa e si attuino riprogettando l'offerta rispetto sia ai punti e alle modalità di erogazione sia alla qualità delle prestazioni.

L'implementazione dell'Area vasta 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 costituisce una delle più importanti azioni di consolidamento e sviluppo del SSR.

L'Area Vasta come dimensione territoriale per l'ottimizzazione dei servizi e per la programmazione integrata, 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 Area vasta in coerenza con la programmazione regionale.

Sono esercitate a livello di Area vasta le funzioni concernenti l'assistenza sanitaria, in particolare 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 nonché le altre funzioni di carattere gestionale, amministrative, tecniche e logistiche secondo le indicazioni normative vigenti.

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.



L'appropriatezza dell'assistenza: dalla prevenzione all'emergenza

II.2.5 Il percorso operativo per l'implementazione del PSSR

In coerenza con la metodologia prevista dalla convenzione con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), che ha consentito di elaborare strategie sul livello regionale relativamente allo sviluppo dei modelli di Reti cliniche, Rete dell'emergenza-urgenza, Rete territoriale, Rete socio-sanitaria, Rete infrastrutturale e delle tecnologie della Regione Marche, sono stati sviluppati l'analisi, lo studio, le metodologie e i modelli per la riorganizzazione del sistema sanitario regionale finalizzati al miglioramento delle capacità di conoscenza e di intervento di riorganizzazione dei servizi al cittadino, consentendo anche l'utilizzo di dati per confronti (benchmarking) a livello nazionale.

Per quanto attiene la riorganizzazione dei servizi offerti nel settore ospedaliero, nell'ambito di tutta la Regione e nelle sue articolazioni di Area Vasta, si dovrà consentire la distribuzione dei posti letto per acuti negli Ospedali di rete e nelle Aziende Ospedaliere ed INRCA. Analogo percorso con le necessarie specificità

dovrà essere implementato per lo sviluppo dell'assistenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria.

La metodologia di lavoro sin qui sviluppata é riassunta nei seguenti punti:

- analisi della popolazione (epidemiologia);
- analisi del fabbisogno globale: produzione reale e produzione potenziale;
- analisi della domanda (residenti e non residenti);
- analisi dell'offerta: dotazione strutturale e produzione (complessità e appropriatezza);
- criteri e vincoli di efficientamento:
  - composizione per fasce di età;
  - tasso standardizzato di ospedalizzazione per fasce di età;
  - individuazione dei posti letto per intensità di cura;
  - complessità e appropriatezza della casistica trattata;
  - mobilità della popolazione, residente e non residente;
  - 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;
  - individuazione di posti letto residenziali e semiresidenziali.

Il punto di riferimento della metodologia è il Patto per la Salute 2010-2012, emanato dal Governo nazionale e recepito dalla Conferenza Stato – Regioni, che detta gli standard strutturali e di personale.

L'adozione della metodologia descritta impone di rimodulare l'offerta di posti letto secondo quanto riportato nella tabella seguente:

		Regione
Acuti	Totale attuale	5.523
	PL x 1.000 abitanti	3,54
	Proposta PL per acuti	5.146
	PL x 1.000 abitanti	3,30
	Totale acuti	-377
Lungodenza / riabilitazione	Totale attuale	858
	PL x 1.000 abitanti	0,55
	Proposta PL per lungodegenza / riabilitazione	1.092
	PL x 1.000 abitanti	0,70
	Totale Lungodegenza / Riabilitazione	234
Totale Regione	Totale attuale	6.381
	PL x 1.000 abitanti	4,09
	Totale proposta	6.238
	PL x 1.000 abitanti	4,00

Fonte dati: Ministero della Salute e Istat - Anno 2010

La rimodulazione ospedaliera dei posti letto

Tale proiezione sarà automaticamente aggiornata a seguito di eventuali nuovi standard strutturali e di personale disciplinati dalla evoluzione della programmazione sanitaria nazionale, dal nuovo Patto per la salute, e comunque nel rispetto degli equilibri di bilancio e dei parametri di appropriatezza previsti nei LEA.

A seguito dell'approvazione del presente piano dovrà attivarsi un Tavolo regionale interaziendale, di programmazione, presieduto dall'Assessore alla Salute, dall'Assessore per il Sostegno alla famiglia e Servizi Sociali e coordinato dal Direttore del Dipartimento per la salute e per i servizi sociali, a cui partecipano le Direzioni Generali dell'ASUR, delle Aziende Sanitarie Ospedaliere e dell'INRCA.

A tale tavolo è prevista la partecipazione del Presidente della V Commissione assembleare permanente.

Il Tavolo regionale interaziendale dovrà essere attivato immediatamente dopo l'approvazione del presente piano e dovrà dare avvio ai lavori con incontri periodici. I documenti prodotti saranno oggetto di confronto con le Organizzazione Sindacali ai vari livelli.

Tale tavolo avrà il compito di tradurre le indicazioni regionali contenute nel piano medesimo definendo entro il 30 aprile 2012 i “piani industriali” per ciascuna Area vasta geograficamente intesa.

II.2.6 L’implementazione delle reti cliniche

Il governo centrale regionale, nell’ambito delle sue funzioni di indirizzo e controllo, attraverso il Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali definisce gli obiettivi specifici per gli organi gestionali presenti a livello aziendale e sul territorio. La contestualizzazione e l’attuazione delle azioni e degli strumenti per conseguire i risultati prefissati nell’ambito dell’organizzazione a rete è demandata alle Direzioni Aziendali.

L’Agenzia Regionale Sanitaria delle Marche ha stipulato una convenzione con l’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) (DGR n. 1148/2011) per sviluppare modelli di organizzazione a rete, relativamente alla valutazione della capacità di offerta assistenziale nella logica dell’appropriatezza. Tale modello, di valenza nazionale, costituisce il riferimento principale del percorso di riorganizzazione della sanità regionale esplicitato nel presente PSSR.

Le Aziende adottano una organizzazione a rete secondo i criteri e le logiche indicate dalla Regione attraverso il “*sistema delle regole*” e nel rispetto delle indicazioni fissate a livello nazionale.

L’organizzazione per *Reti cliniche* deve costituire la modalità tipica di funzionamento con il coinvolgimento di numerosi professionisti, ospedalieri e territoriali, appartenenti a diverse discipline, per l’attivazione di percorsi diagnostico terapeutici orientati ad un miglioramento complessivo dell’assistenza erogata. Elementi fondamentali da considerare in fase di organizzazione sono i seguenti

- *Requisiti* delle reti: ogni realtà integrata in rete deve possedere i requisiti dimensionali, strutturali, tecnologici, organizzativi e funzionali previsti dalla normativa vigente e rispondere al fabbisogno determinato dalla programmazione regionale.

- *Differenziazione e integrazione* della rete di strutture: ciascuna rete, costituita da un insieme di UO appartenenti a presidi e strutture distinti, deve organizzare il proprio funzionamento secondo logiche di integrazione (modello hub and spoke) e di differenziazione delle attività, al fine di instaurare modalità di lavoro di collaborazione tra i professionisti e di sinergia tra le unità operative, per superare condizioni di competizione, duplicazione e frammentazione. Nell’ambito di ciascuna AV la rete è caratterizzata dalla presenza di un nodo principale e da nodi secondari, secondo livelli differenziati di cura e trattamento dei pazienti.

- *Intensità di cura e di assistenza*: l’attività delle reti si deve strutturare in aree/realtà differenziate secondo le modalità assistenziali e l’intensità delle cure, al fine di superare gradualmente l’articolazione per reparti differenziati per disciplina specialistica e per favorire al meglio la *segmentazione* dei pazienti (suddividendoli in relazione alla tipologia di assistenza richiesta) e la *focalizzazione* sulle attività (circoscrivendo gli aspetti procedurali alle specificità della casistica da trattare). La riorganizzazione per intensità di cura avviene contemporaneamente sia per gli ospedali

che per il territorio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in particolare per le situazioni di cronicità e di maggiore fragilità.

La definizione di ciascuna rete, all'interno della quale poter identificare le strutture da classificare sulla base dell'intensità di cura, deriva da un percorso comune che partendo dall'individuazione dei bisogni sanitari consente di stabilire la collocazione funzionale delle singole unità operative nell'ambito delle strutture che costituiscono la singola rete.

Le reti sono costruite secondo modelli *hub & spoke*, in cui *hub* costituisce il punto di riferimento principale, al quale sono ricondotte le condizioni cliniche caratterizzate dalla maggiore complessità clinico-organizzativa.

I differenti nodi della rete quindi si configurano in rapporto alla specializzazione, alla capacità strutturale ed alla complessità tecnologica, evidenziando come la funzione di *hub* sia correlata, oltre al livello delle specifiche competenze professionali, anche alle dimensioni della struttura.

Il percorso, identico per tutte le reti, in cui la valorizzazione dell'aspetto professionale costituisce una delle variabili fondamentali, richiede l'attuazione dei seguenti passi procedurali:

1. analisi del fabbisogno, sia a livello regionale sia nell'ambito territoriale sociale corrispondente all'Area vasta territoriale;
2. individuazione di standard di riferimento, relativamente a:
    a. requisiti strutturali,
    b. requisiti tecnologici,
    c. requisiti organizzativi,
    d. standard professionali, definiti dalle Società scientifiche
    e. indicatori di performance;
3. autorizzazione ed accreditamento, strutturale e professionale, in rapporto agli standard posseduti;
4. riorganizzazione della singola rete per livelli di intensità di cura e, all'interno di ciascuna struttura di ricovero inserita nella rete, per livelli di intensità di assistenza.

La realizzazione del percorso descritto è coerente con la definizione del sistema di regole che deve caratterizzare il funzionamento complessivo del sistema, per renderlo omogeneo al suo interno e coerente con le disposizioni che costituiscono il contesto di riferimento.

II.2.7 L'intensità di cura e di assistenza

Un aspetto fondamentale dell'organizzazione a rete riguarda la differenziazione della capacità di risposta offerta dalle diverse strutture in relazione alla gravità ed alla complessità del paziente da trattare, come deriva dalle metodologie condivise fra la Regione Marche e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).

In una logica di continuum assistenziale per i percorsi dei pazienti, le strutture territoriali ed ospedaliere si devono caratterizzare ciascuna per una propria peculiare offerta di prestazioni e servizi in considerazione delle caratteristiche strutturali, strumentali e professionali ed in un quadro di coordinamento generale a livello regionale e di area vasta; l'obiettivo da raggiungere riguarda la necessità di differenziare la capacità di risposta in relazione alla

tipologia di paziente da trattare nonché alla diffusione o concentrazione degli specifici punti di accesso.

- L'intensità di cura riguarda la differenziazione tra strutture relativa alla tipologia ed alla complessità di prestazioni e servizi da erogare ai pazienti (*profili di cura*).
- L'intensità di assistenza è relativa alla differenziazione delle modalità di assistenza all'interno della medesima struttura in ragione *delle condizioni cliniche* del paziente da trattare, indipendentemente dalla disciplina o dalla patologia specifica (*processi di cura*).

L'attività ospedaliera, in particolare, si deve strutturare in aree/realtà differenziate secondo le modalità assistenziali e l'intensità delle cure, con il superamento della suddivisione per reparti differenziati per disciplina specialistica e consentendo la segmentazione dei bisogni dei pazienti e la focalizzazione sulle attività assistenziali. La riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura è strettamente correlata alla contemporanea riorganizzazione del territorio al fine di assicurare la continuità assistenziale in particolare per le situazioni di cronicità e di maggiore fragilità. Tale riorganizzazione del territorio deve analogamente prevedere la differenziazione dei punti di accesso ai servizi territoriali in relazione alle specifiche modalità di assistenza e cura erogabili per ciascuna tipologia di struttura.

II.2.8 La coerenza del sistema di governo

Il sistema di governo necessita di una coerenza del sistema sanitario regionale per essere appropriato, efficiente ed efficace.

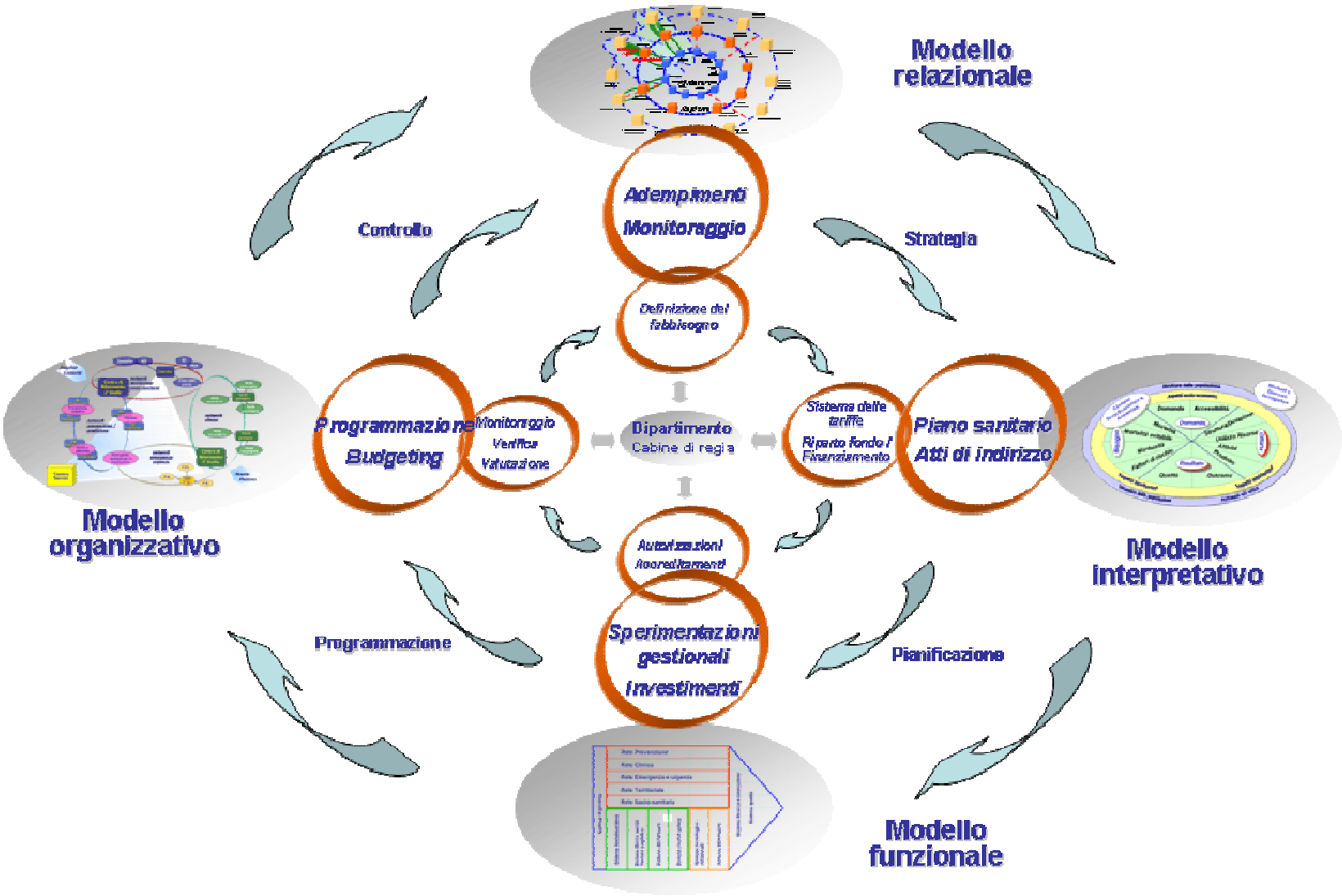
Attraverso i modelli di sviluppo proposto nell'implementazione e nello sviluppo delle reti si definiscono le competenze e si strutturano gli standard di riferimento organizzativi, tecnologici e strutturali che devono guidare il filo conduttore per l'impostazione o la revisione del percorso di autorizzazione ed accreditamento delle strutture.

Tale percorso conduce alla definizione di un sistema tariffario definito e coerente con il sistema e conseguente alla rideterminare del fabbisogno complessivo dei posti letto per acuti, lungodegenza, riabilitazione, residenzialità di tutto il sistema socio-sanitario, necessario per rispondere alle fragilità presenti sul territorio regionale.

Le scelte operative e gli atti che ne conseguono devono essere stati necessariamente coniugati con i vincoli economici e sanitari definiti dal livello nazionale anche nell'ottica di rispondere al monitoraggio dei LEA. La regione sviluppa quindi un percorso virtuoso che partendo dalla definizione delle strategie e dettando le regole per l'attuazione degli indirizzi, come nelle DGR 17/2011 e DGR 1161/2011, definisce la programmazione ed effettua il conseguente monitoraggio delle azioni intraprese dalle Aziende al fine di cogliere eventuali difformità e portarle a sistema.

Il sistema di programmazione si riconduce a sintesi nel modello relazionale che valuta contemporaneamente i vincoli dettati alle aziende ed i vincoli ricevuti dal livello ministeriale e attraverso il modello interpretativo ridefinisce i suoi obiettivi e l'eventuale revisione del modello funzionale e del suo modello organizzativo a rete.

Ne deriva di fatto un percorso virtuoso che partendo dagli input centrali ritorna agli stessi per la rielaborazione ed il riadattatamento alle specifiche esigenze del territorio regionale.



La coerenza del sistema di governo

II.3 IL SOCIALE, L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E L'ASSETTO ORGANIZZATIVO TERRITORIALE

In continuità con i Piani regionali - Sanitario 2007-2009 e Sociale 2008-2010 – il presente piano indica le modalità di consolidamento e innovazione del sistema integrato dei servizi 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.

II.3.1 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 Aree Vaste 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, PAD, PdZ...).

- 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.

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 su Distretti Sanitari e Aree Vaste, 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.

II.3.2 La semplificazione del livello territoriale

La riforma regionale attuata dalla l.r. 13/2003 e s.m.i., con la costituzione della Azienda Sanitaria Unica Regionale e delle 5 Aree vaste territoriali, ha semplificato anche l’assetto territoriale con una prima riduzione del numero dei Distretti Sanitari da 36 a 24 (attualmente 23 con il passaggio di quello di Novafeltria all'Emilia-Romagna) e con la prospettiva di un’ulteriore diminuzione.

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 prescinda 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.

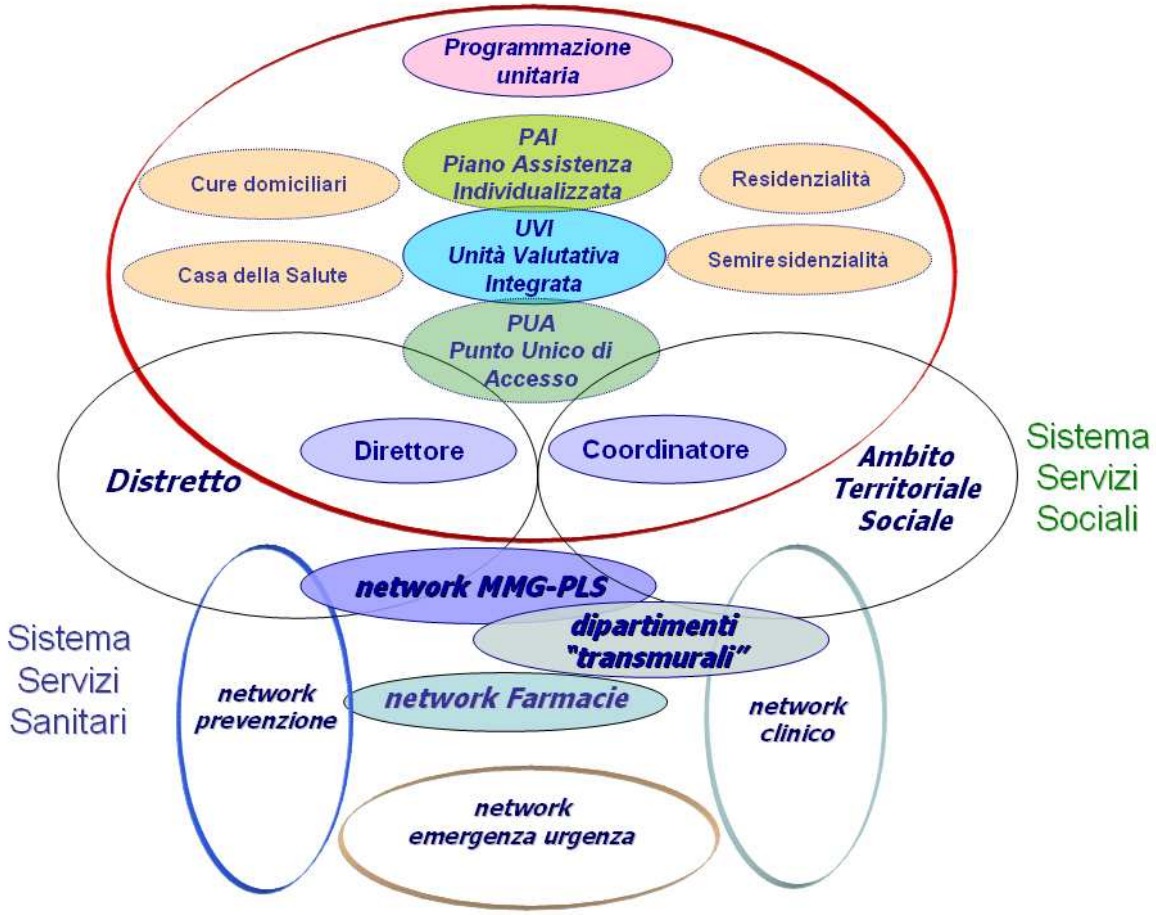
L'applicazione di una "griglia" che tenga conto di queste variabili porterà al mantenimento della linearità gerarchica unitaria: ASUR, Area Vasta territoriale, Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale, con assetti geografici variabili e, quindi, articolazioni quantitative diverse, nei territori. Si avranno Aree vaste 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.

II.3.3 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 sociale sono collegati i vari Comuni con i propri servizi sociali. Il quadro dell'assetto territoriale è completato da un lato dal livello politico, riportato ad unità rispetto al ruolo del Comitato dei Sindaci di distretto (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.

II.3.4 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. successivo capitolo “X L’integrazione Sociale e Sanitaria” 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;
- *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 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;
- *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 a rete;

- 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

SCHEMA LOGICO						
AREA SOCIALE		STRUTTURA	MACRO PROCESSO	STRUTTURA	AREA SANITARIA	
livelli erogativi	PROCEDURE-ATTIVITA'				PROCEDURE-ATTIVITA'	livelli erogativi
		PUA	ACCESSO	PUA		
	Registrazione dell'accesso		ACCOGLIENZA		Registrazione dell'accesso	
	Analisi del bisogno		• ASCOLTO		Analisi del bisogno	
			• INFORMAZIONE			
	Risposte informative e di orientamento		• ACCOMPAGNAMENTO		Risposte informative e di orientamento	
			ORIENTAMENTO			
			RACCOLTA SEGNALAZIONI			
			GESTIONE DOMANDA			
	Erogazione prestazioni		• ATTIVAZIONE DIRETTA DI PRESTAZIONI IN RISPOSTA A BISOGNI SEMPLICI		Erogazione prestazioni	
	Dal momento dell'intervento UVI la prestazione diventa "complessa"					
		UVI	Segnalazione del caso complesso (bisogno sociosanitario) all'UVI.	UVI		
			• PRESA IN CARICO E INTEGRAZIONE CON I SERVIZI TERRITORIALI E OSPEDALIERI. RISPOSTA A BISOGNI COMPLESSI			
	Definizione end point	PAI			Definizione end point	
	Definizione azioni				Definizione azioni	
	Definizione attori				Definizione attori	
	Definizione percorso				Definizione percorso	
	Dimissione protetta				Dimissione protetta	
	Monitoraggio				Monitoraggio	

Servizi dell'integrazione socio-sanitaria

II.4 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 dei servizi territoriali 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, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) , ICT e e delle farmacie.

II.4.1 La rete dell'ICT

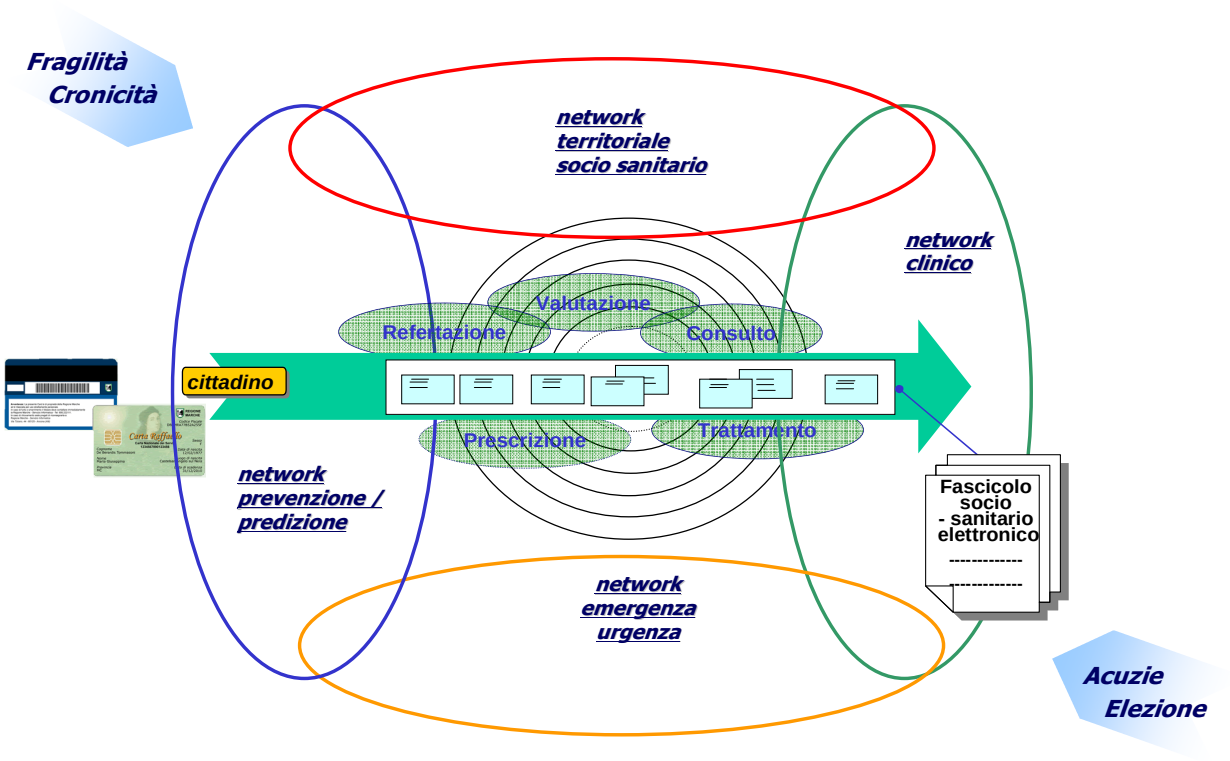
La costituzione di un modello a rete per l'assistenza sociale e sanitaria trova nell'*ICT (Information Communication Technology)* la dotazione naturale per il supporto ai nuovi processi che si vengono a istituire in un contesto di crescita e sviluppo.

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.



Il fascicolo sanitario elettronico

II.4.2 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 e con la specialistica ambulatoriale prevede la partecipazione alle equipe prevedendone un inserimento che tenga conto delle specificità professionali.

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 devono partecipare tutti i medici convenzionati (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali interni) 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 assistenziali 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 ha rappresentato un percorso teorico – pratico rivolto ai medici di medicina generale coordinatori delle Equipe Territoriali e ai Direttori di Distretto. Per l'anno 2011 – 2012 è in avanzato stato di definizione un corso, sempre rivolto ai Coordinatori di equipe territoriale volto a rinforzare e aggiornare alcune competenze professionali (ecografia, gestione diabete, ecc) che potranno fornire agganci e stimoli per la migliore gestione professionale del bacino di utenza, anche mediante specifici ambulatori dedicati a patologie ad elevata prevalenza. Tale rinforzo della funzione professionale delle equipes territoriali rappresenta un qualificato pre-requisito per l'affidamento alle stesse della gestione delle Case della Salute che dovranno diffondersi sul territorio. L'approccio integrato e di collaborazione professionale di tutte le categorie interessate alla gestione dei bisogni del territorio rappresenta la sfida e l'opportunità per la gestione efficace dei servizi con risorse predeterminate e non incrementabili.

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 ed imposterà 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'Accordo Collettivo Nazionale 2010 dei MMG prevede la possibilità di strutturare aggregazioni funzionali o strutturali per la gestione del territorio pur focalizzando l'attenzione su quelle strutturali. 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.

II.4.3 La rete dell'assistenza specialistica territoriale

Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti alla sostenibilità economica del SSN e all'invecchiamento della popolazione, in particolare marchigiana, richiede una riprogettazione del sistema delle cure primarie erogate dai medici del territorio (MMG, Continuità assistenziale, PLS, SAI).

Tale riprogettazione deve prevedere la collaborazione dei MMG, CA e PLS con gli Specialisti Ambulatoriali Interni e le altre figure professionali (come infermieri, ostetriche, psicologi, assistenti sociali) afferenti al Distretto Sanitario, luogo elettivo per la gestione integrata dell'assistenza socio-sanitaria.

Particolare attenzione va oggi riservata alla tutela della salute dei soggetti fragili: il bambino, l'adolescente, l'anziano e la popolazione affetta da patologie croniche e/o degenerative.

Tutte queste condizioni necessitano della definizione in ambito territoriale di percorsi, modalità di integrazione e interazione di tutti i professionisti del territorio ed uno stretto legame con le strutture sociali oltre che con l'ospedale.

Va quindi ridefinita una organizzazione sanitaria territoriale capace di individuare ed intercettare il bisogno di salute dei cittadini, di dare risposte appropriate e di organizzare un accesso semplificato ai servizi, attraverso la costruzione di percorsi che consentano al cittadino di accedere con appropriatezza e tempestività ai servizi territoriali. Dovrà, in particolare, essere garantita la possibilità di effettuare le terapie salvavita, entro i 50 Km dalla residenza del malato.

Ciò consentirà al territorio di rispondere alla domanda di salute, perseguendo gli obiettivi di deospedalizzazione, presa in carico e di riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di diagnostica strumentale e di assistenza specialistica.

La rete delle cure primarie non può prescindere, in particolare, dal supporto degli specialisti ambulatoriali interni che sono gli specialisti che operano nel territorio e che da sempre svolgono una funzione di filtro per moltissime prestazioni che, se non fornite dal territorio, andrebbero a sovraccaricare ulteriormente le strutture ospedaliere.

Questa funzione degli specialisti territoriali dovrà essere rafforzata con la loro partecipazione alle scelte di programmazione e gestione del Distretto Sanitario mediante gli strumenti delle Equipes territoriali, dell'UCAD, del Collegio di Direzione aziendale e della Formazione con le modalità previste dall'AIR della specialistica ambulatoriale.

II.4.4 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 defribrillatore.

II.4.5 La razionalizzazione della rete 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 funzioni 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.

Sono esercitate a livello di Area vasta secondo la programmazione aziendale le funzioni previste dall'art. 9 LR. 13/03 .

III INNOVAZIONE E CREAZIONE DEL VALORE

III.1 INNOVAZIONE E SVILUPPO PER LA SALUTE

III.1.1 Gli orientamenti della sanità

Il sistema sanitario attualmente è sempre più orientato a migliorare:

- l'accessibilità, per la diffusione e semplificazione degli accessi e la riduzione dei tempi di attesa;
- la capacità diagnostica, per consolidare l'evoluzione dell'atto medico dalla semeiotica fisica e strumentale alla diagnostica molecolare;
- la continuità della cura, quale capacità di gestire il processo diagnostico-terapeutico in modo condiviso tra più operatori/strutture;
- l'appropriatezza del processo diagnostico-terapeutico, al fine di accrescere la corrispondenza tra azione diagnostico-terapeutica ed effettivi bisogni di cura.

Tali orientamenti si inseriscono in un contesto evolutivo in cui si configurano le nuove tendenze della medicina che richiedono azioni di "re-inventing" del sistema e che riguardano:

- la singolarità della persona quale nuovo carattere distintivo delle azioni della scienza medica;
- il ben-essere della persona, inteso come equilibrio singolare di fattori critici quali: educazione, alimentazione, ambiente, motivazione, affetti, agonismo, salute, etc,;
- la cura del paziente fragile, per la gestione di pazienti, giovani o anziani, con situazioni croniche o degenerative associate o meno a necessità di tipo socio-assistenziale;
- la predittività delle patologie, attraverso le nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche della medicina molecolare che ruotano intorno al contesto di singolarità prodotto dalla genomica e proteomica;

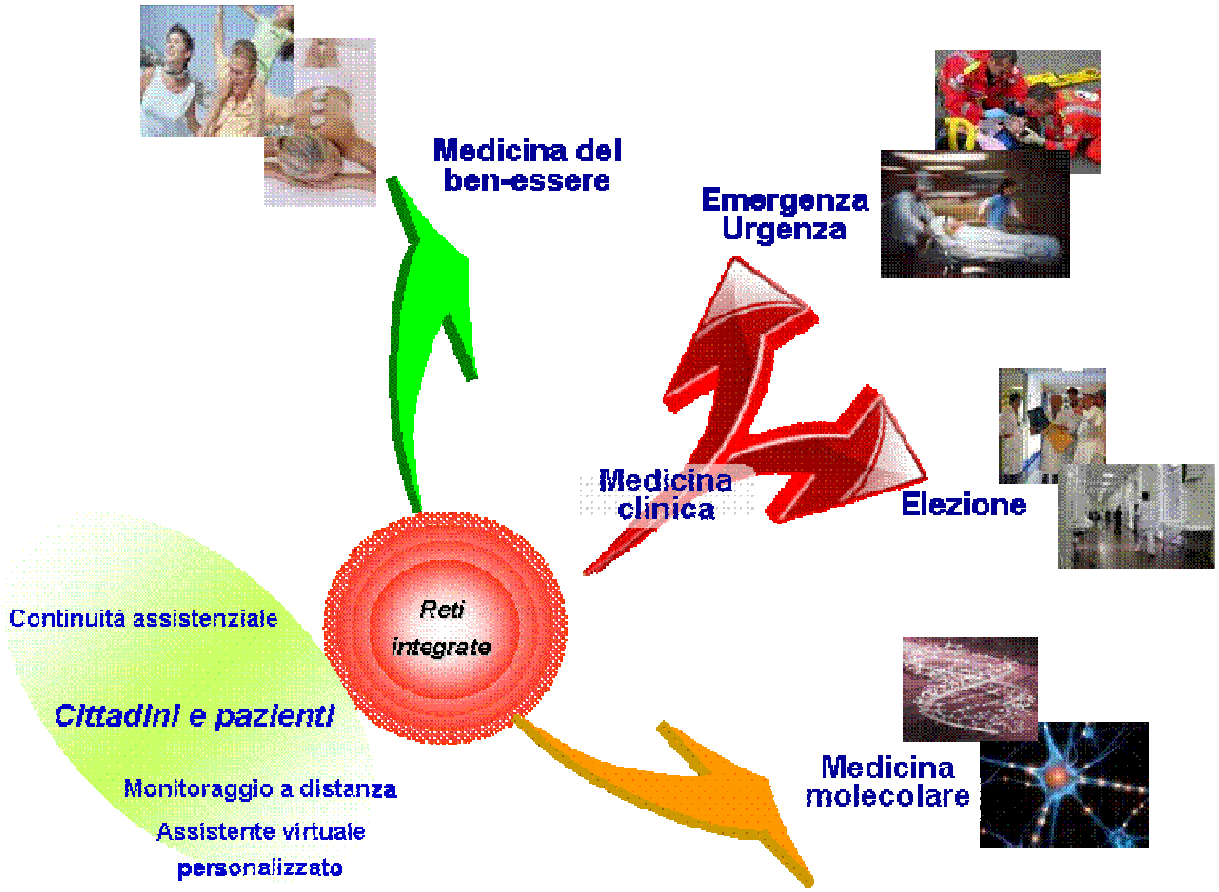
- la ricerca e l'innovazione, perché la molteplicità dei soggetti, dei fattori critici e delle loro possibili interazioni, amplifica l'universo della ricerca ed il campo delle soluzioni innovative di equilibrio;
- la gestione della conoscenza, affinché le informazioni e la formazione siano mirate alla individuazione dei migliori percorsi diagnostici-terapeutici.

Questo scenario di cambiamento specifico della sanità è oltremodo favorito dalla complessiva "*coevoluzione*" in atto nel mondo scientifico e dalle ricadute che questo comporta in tutti i settori della società: sia le discipline scientifiche (dalla medicina alla biologia, dall'informatica alla chimica e alla fisica), sia le discipline umanistiche, nel loro continuo processo evolutivo, pongono sempre più al centro dell'attenzione la singolarità dell'individuo, sia a livello micro rispetto alla sua caratterizzazione determinata dalla peculiare mappa genomica, sia a livello macro in relazione alla *visione olistica* della persona. In questo contesto, in medicina assume sempre maggiore rilevanza l'obiettivo del prolungamento non solo quantitativo, ma anche e soprattutto qualitativo della vita stessa, attraverso il superamento del confine tra terapia ed equilibrio funzionale ed emozionale della persona. Il fine ultimo della medicina si deve tradurre quindi non solo prolungamento della vita delle persone quanto soprattutto nel miglioramento della qualità di una vita più lunga.

L'evoluzione della medicina

I cambiamenti nel bisogno espresso dalla popolazione e dal conseguente adeguamento della domanda, si accompagnano inoltre all'***evoluzione della medicina***, che riguardano:

- la medicina *clinica*;
- la medicina delle *cure primarie e del benessere*;
- la medicina *molecolare*.



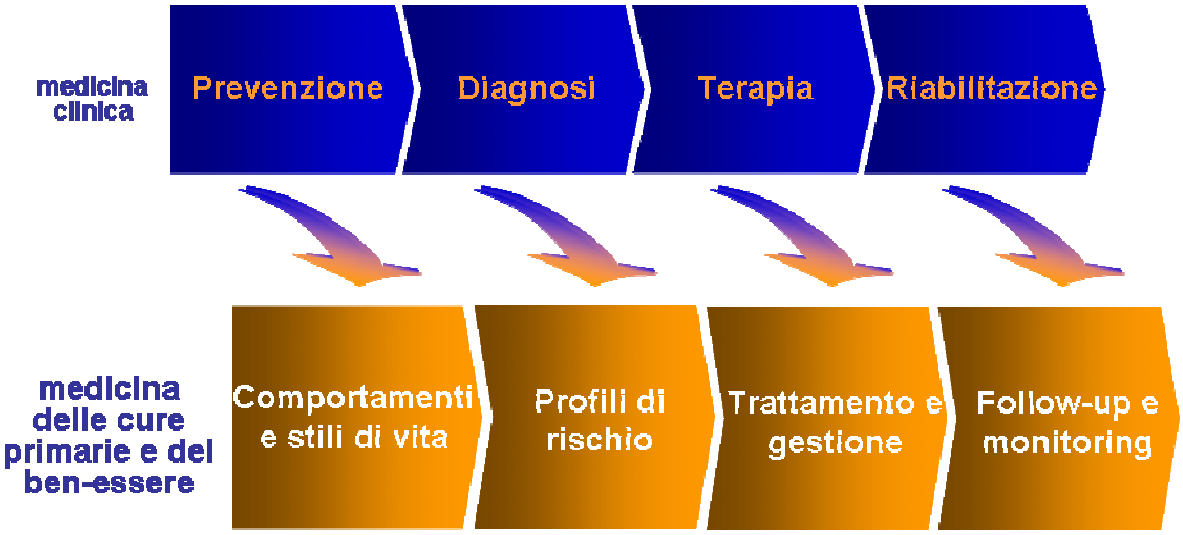
L'evoluzione della medicina

La *medicina clinica* si è sviluppata secondo una impostazione fondata essenzialmente sulla singola specialità e sul funzionamento dello specifico reparto, circoscrivendo l'attenzione sulla patologia e sullo specifico atto terapeutico, con una visione essenzialmente ospedalecentrica. Sul territorio, relativamente alle *cure primarie*, si è focalizzata sulla figura del Medico di Medicina Generale, e intorno a lui ha cercato di costruire le condizioni per offrire una serie di servizi che potessero rappresentare una alternativa al ricorso alla struttura ospedaliera. D'altra parte, non ha trovato pieno sviluppo la necessità di creare un insieme coordinato di strutture/servizi che rappresentasse pienamente un'area di filtro per tutto ciò che non riguarda un paziente in fase acuta o in emergenza.

La ***medicina clinica*** sta ora consolidando e sviluppando gli strumenti di prevenzione, la capacità diagnostica, l'appropriatezza delle terapie e la continuità di cura dei pazienti acuti secondo logiche di efficacia, qualità ed efficienza. Contemporaneamente, la sua organizzazione sta evolvendo da una conformazione per reparti e servizi di singola struttura, verso ***reti di patologia*** e ***reti di servizi*** integrate per la cura del paziente in fase acuta. Gli obiettivi fondamentali sono rivolti alla razionalizzazione ed al consolidamento dell'*Elezione*, nonchè al potenziamento ed allo sviluppo dell'*Emergenza urgenza*.

La medicina clinica ed il percorso diagnostico terapeutico

La ***medicina delle cure primarie e del ben-essere*** è ora in grado di supportare l'evoluzione del percorso diagnostico-terapeutico nel mantenimento dello stato di benessere e nella cura delle fragilità. Il suo sviluppo è diretto a garantire in misura sempre maggiore la continuità assistenziale che da un lato contribuisca al mantenimento prolungato delle condizioni di benessere di ciascun individuo, dall'altro consenta di dare efficace sostegno alle condizioni di fragilità. E' caratterizzata dalla presa in carico unica del paziente, dal trattamento delle fragilità, dalla valorizzazione degli stili di vita e dei comportamenti individuali quali la cura del corpo ed una sana attività fisica e sportiva.



La ***medicina molecolare*** si è ormai affermata come l'ambito fondamentale di indagine per la comprensione delle cause e dei meccanismi delle malattie a livello molecolare e per consentire, in modo mirato, la prevenzione, la diagnosi e/o il trattamento delle patologie. Il suo sviluppo porterà sempre più alla diffusione della *medicina predittiva*, alla definizione di *terapie personalizzate*, all'utilizzo di "*ambu-laboratori*", in cui si fondono le fasi della ricerca e l'applicazione clinica sui pazienti.

L'evoluzione del percorso diagnostico terapeutico con la medicina molecolare

Il nuovo percorso diagnostico terapeutico

Il percorso diagnostico terapeutico è tradizionalmente definito dalle fasi di prevenzione – diagnosi – terapia – riabilitazione, orientato a supportare normalmente in modo lineare il paziente che manifesta una patologia secondo diversi livelli di gravità.

Lo scenario di evoluzione della medicina che integra il sapere tradizionale con le più recenti conoscenze di medicina molecolare, innesca quindi un *nuovo percorso diagnostico terapeutico* che trasforma la diagnosi precoce in *predizione* e garantisce la continuità assistenziale attraverso il monitoraggio del rischio. In tale contesto è necessario offrire sempre di più attività di assistenza, monitoraggio e supporto al cittadino-paziente, sia fuori dalle strutture specialistiche tradizionali, sia orientate all'area del "benessere", come la medicina dello sport, anche grazie a *servizi virtuali* sempre più mirati al singolo paziente.

Particolare rilevanza assumono quindi le *nuove tecnologie*, in particolare per il monitoraggio a distanza dei pazienti, ovunque essi siano e comunque si muovano, fino all'introduzione di strumenti atti a diventare veri e propri "assistenti virtuali" personalizzati.

Il nuovo percorso diagnostico terapeutico

III.1.2 Lo sviluppo e la crescita

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 presente 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 individua le azioni volte a 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 SSR, 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.

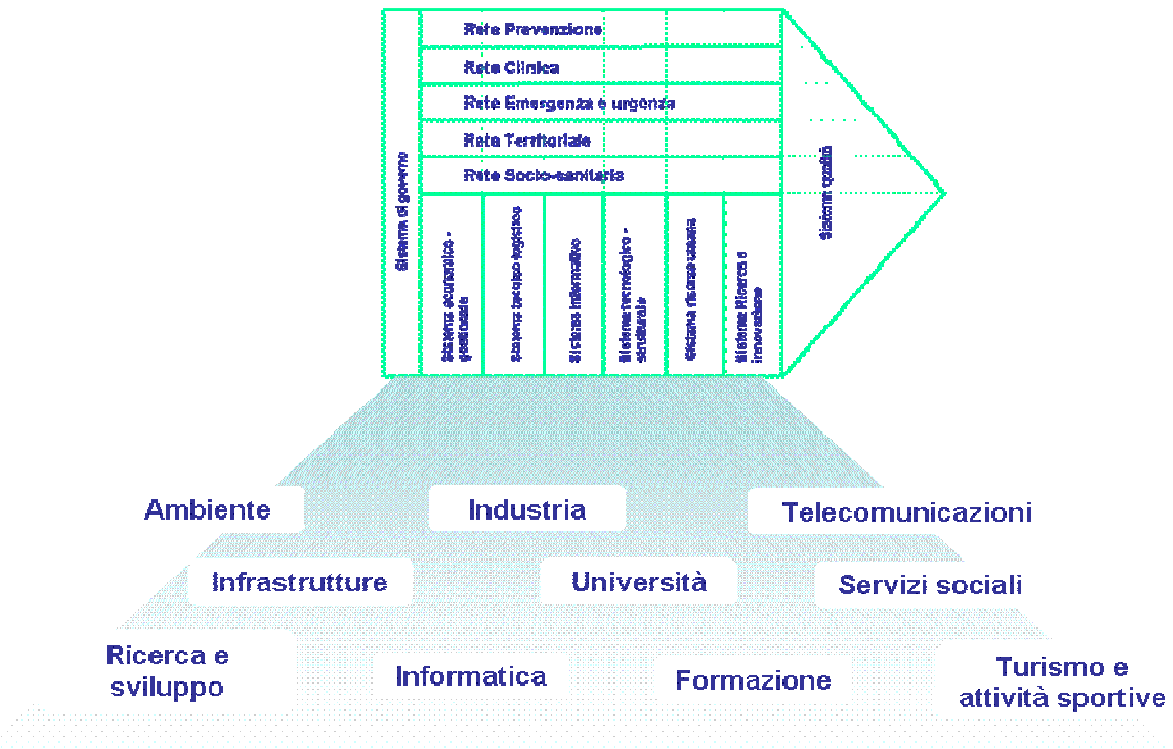
Le ricadute generali sul "sistema" Regione possono quindi riguardare le risorse progettuali coinvolte, le opere edilizie ed impiantistiche da avviare, l'incremento di infrastrutture (viabilità, trasporti, servizi di telecomunicazione), le tecnologie e le risorse professionali da introdurre, i beni e 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.

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.



III.2 RICERCA, INNOVAZIONE E SVILUPPO

Il sistema salute inteso come motore di sviluppo culturale ed economico dell'intero territorio regionale e non solo come luogo di 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 presente piano socio-sanitario individua 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 come nel caso dello 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 programmatorie.

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.

III.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 infrastutturali.

Si dovrà dare impulso alla sperimentazione di nuove modalità di rapporto con l'industria farmaceutica e biomedicale, in particolare con le Aziende presenti 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.

La normativa in materia di sperimentazione clinica, in particolare quella relativa ai farmaci, è in fase di riassetto e di riforma a livello legislativo. Allo stato presente, in ottemperanza alla normativa vigente, si rende, tra l'altro necessario: individuare i Centri autorizzati alla conduzione delle sperimentazioni cliniche sui medicinali dalla fase 0 alla fase IV; ottimizzare i Centri dedicati agli studi clinici di fase 0/1. Ciò anche al fine di una più uniforme presenza sul territorio nazionale nel rispetto delle normative dell'Unione Europea delle convenzioni internazionali in materia, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 117 della Costituzione. Nella situazione attuale, la Francia e la Germania sono le principale Nazioni Europee che avviano progetti di sperimentazione clinica di fase 0/1 sui medicinali, mentre i Centri in Italia sono in numero decisamente esiguo.

Considerata la possibilità di sviluppo del settore (accesso a finanziamenti nazionali ed europei; sperimentazione di fase II, III e IV; dispositivi medici; farmaci destinati a malattie rare; studi su integratori alimentari, fitoterapici, omeopatici e cosmetici;farmaci equivalenti e biosimilari), la Regione Marche intende avviare un progetto di sperimentazione clinica di fase 0/1 in collaborazione con la Scuola di Scienze del Farmaco e dei prodotti della Salute dll'Università di Camerino ("Scuola").

La "Scuola" possiede uno specifico know how professionale clinico-farmacologico e formativo post-lauream di settore (master in infermiere di ricerca) e, ai fini dell'esecuzione dell'eventuale attività pre-cliniche connesse con la fase 0/1, possiede le necessarie competenze professionali e le autorizzazioni all'utilizzo degli animali come previsto dal d.lgs. 27.01.1992 n. 116, in attuazione della Direttiva CEE n. 86/609 in materia di protezione degli animali utilizzati ai fini sperimentali o ad altri fini scientifici.

Con il precedente PSR, inoltre, 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 574/2010), 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 inappropriatezza prescrittiva 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 (Istituto Europeo di Oncologia) 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 nazionali, europei ed internazionali via via messi a disposizione sia nell'ambito della ricerca tradizionale sia in quella dell'organizzazione dei servizi. Attraverso lo sviluppo di tale settore sarà–possibile recuperare economie all'interno delle progettualità messe a disposizione ad es. 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;
- l'area della ricerca farmacologica.

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.

III.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, farmacologiche, etc.) 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.

Le Università della regione sono i soggetti istituzionali con cui l'Ente Regione Marche collabora stabilmente ed in modo formalizzato per la stesura, l'adozione e la valutazione dei risultati connessi con la programmazione regionale socio-sanitaria.

Ciascuna Università della Regione (Università Politecnica delle Marche, Università degli Studi di Camerino, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo, Università degli Studi di Macerata) è coinvolta in tale collaborazione sulla base delle competenze, conoscenze, informazioni, professionalità, capacità progettuali, capacità di ricerca e di formazione presenti nelle singole Facoltà: il loro contributo deve elevare l'efficacia clinica e l'efficienza gestionale del Piano e dei Programmi che l'Ente Regione decide di porre in essere nel settore Sanitario ed in quello Socio-Sanitario.

Nei prossimi anni, gli aspetti della innovazione clinica divengono essenziali strategie di cambiamento e ri-programmazione a medio-lungo termine, finalizzate ad attuare uno sviluppo organico delle attività di ricerca e di formazione professionale, nell'ambito di una visione sempre più orientata al futuro, nonché alla capacità di indirizzare il sistema sanità verso progetti, prodotti e processi di produzione innovativi, orientati ad una gestione, più efficace ed efficiente, delle risorse umane, delle tecnologiche e finanziarie.

In questo contesto di sviluppo le Università possono assumere il ruolo di catalizzatore strategico per il progresso e lo sviluppo socio-economico contemporaneo dell'intero territorio regionale. L'Università Politecnica delle Marche esprime competenze specifiche che ben si integrano con lo sviluppo regionale previsto dal presente Piano socio-sanitario, di fatto disponendo al suo interno non solo della Facoltà di Medicina e Chirurgia, ma anche della facoltà di Ingegneria, di Economia e di Scienze, in grado di svolgere una funzione di integrazione, collaborazione e sostegno scientifico su ruoli interdisciplinari e complessi per lo sviluppo delle azioni programmatorie del Dipartimento della salute e dei Servizi sociali anche tramite la collaborazione con le Facoltà omologhe degli altri Atenei della Regione.

La Facoltà di Ingegneria è in particolare rilevante per lo sviluppo di alcune discipline di settore molto specifiche ad esempio la Bioingegneria e lo sviluppo dell'Health Technology Assessment.

Le Facoltà di Economia possono essere utili per gli studi di valutazione delle performances nell'ambito dello sviluppo del Management sanitario.

La Facoltà di Medicina per la sua specificità contribuisce in maniera sostanziale alla realizzazione e fornitura di prestazioni di Alta complessità (malattie rare di origine genetica ed acquisita, Neonatologia, Neurologia, Trapianti, Chirurgia Robotica , Laboratori di medicina biomolecolare e Diagnostica strumentale di alta specializzazione, Medicina molecolare, Genetica Oncologica e Epatologia etc) che viene svolta all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona garantendo che tali prestazioni siano fornite in ottica di sistema a tutti i cittadini della Regione Marche.

La Facoltà di Medicina e Chirurgia si pone inoltre come riferimento per quanto attiene non solo la formazione tradizionale universitaria che costituisce la sua mission ma come punto di riferimento per lo sviluppo di piani formativi integrati nell'ambito della Educazione Continua in Medicina, per lo sviluppo del sapere sanitario nel territorio regionale potendo garantire le professionalità adeguate. Inoltre si posiziona come riferimento per lo sviluppo della ricerca sanitaria di base (molecolare, e anatomia microscopica) e clinica e nell'ambito della ricerca di soluzioni innovative nel governo clinico.

La Facoltà di Farmacia, di Medicina Veterinaria, di Scienze e Tecnologie, di Scienze Motorie, di Sociologia ed i vari Corsi di Laurea che a vario titolo contribuiscono allo sviluppo conoscitivo e formativo dell'intero sistema regionale, risultano risorse importanti per lo sviluppo dell'area della ricerca, innovazione e formazione in ambito sociale e sanitario.

Per realizzare e potenziare tutto quanto è possibile sviluppare nella relazione con le Università, andranno riviste la mission e le modalità organizzative degli organi istituzionali preposti, quali la commissione paritetica regione-università e ne potranno esser creati dei nuovi nell'ottica di un confronto istituzionale coerente e continuativo anche ai fini della programmazione sanitaria.

III.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 e di 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 ampliamente 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.

I servizi sanitari essenziali ai bisogni del territorio presenti alla data di approvazione del presente piano all'interno delle strutture ospedaliere di Osimo e Loreto, sia pure con adeguate differenzazioni, dovranno rimanere attivi sino a quando non sarà funzionante il nuovo ospedale INRCA- Ospedale di Rete.

III.2.4 La Rete Nazionale di Ricerca sull'Invecchiamento e la Longevità Attiva - ITALIA LONGEVA

Il riconoscimento alla nostra Regione di leader nella ricerca, cura e trattamento delle patologie dell'anziano, ha condotto all'attribuzione all'INRCA della rete nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva, 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.

La rete si ispira ai seguenti obiettivi e principi:

- approccio interdisciplinare alle problematiche dell'invecchiamento;

- promozione e tutela della popolazione anziana con particolare riguardo al sostegno di stili di vita protettivi;
- studio degli scenari epidemiologici e socio-economici connessi all'invecchiamento della popolazione;
- promozione delle conoscenze per l'evoluzione dei modelli assistenziali e di cura per le comorbilità, fragilità e disabilità dell'anziano;
- integrazione socio-sanitaria e sviluppo dei servizi territoriali dedicati per la presa in carico e la continuità dell'assistenza;
- formazione di specifiche competenze di base e avanzate, anche mediante la predisposizione di appositi progetti di aggiornamento e formazione;
- sviluppo di relazioni internazionali, per collaborazioni su progetti comuni, confronti culturali, interscambio di esperti ed operatori in formazione;
- sviluppo dell'impiego di biotecnologie e sistemi telematici, informatici e domotici dedicati;
- cura dei rapporti con l'industria italiana di settore al fine di potenziare l'attrattività della rete socio-sanitaria verso le aziende e favorire lo sviluppo di processi produttivi innovativi;
- comunicazione con i cittadini, anche mediante portali informatici dedicati alla conoscenza del fenomeno dell'invecchiamento, con indicazione dei vari progressi ottenuti e delle scelte migliori per gli ammalati;
- analisi degli aspetti socio-comportamentali ed economici dell'invecchiamento, con riguardo anche all'invecchiamento di genere;
- sviluppo di una cultura di politica generazionale e familiare, come connotato preliminare per la partecipazione, l'autonomia, l'autodeterminazione nella condotta di vita;
- rimozione di stereotipi culturali vigenti con lo sviluppo di una nuova idea di invecchiamento, attenta anche al crescente portato delle diverse etnie.

La Rete nazionale 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 Italia Longeva rappresenta un organismo per lo sviluppo della salute e delle politiche sociali; essa 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 della rete nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva nell'area metropolitana di Ancona.

III.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 programmatorio 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.

III.2.6 I progetti e i programmi di cooperazione umanitaria

La Regione intende rafforzare gli attuali progetti di cooperazione umanitaria e sviluppare nuovi programmi (diagnosi e cura di patologie endemiche o epidemiche nei paesi in via di sviluppo, formazione professionale e crescita organizzativa) mediante la costituzione di reti e network internazionali tali da garantire una metodologia di azione sistemica volta all'intercettazione di risorse regionali, nazionali e comunitarie. La strategia di intervento si innesterà sia sulle aree nelle quali siano già stati svolti interventi sia sulle priorità territoriali previste dalla programmazione regionale.

Le modalità di azione si incentreranno sull'attuazione di interventi di cooperazione umanitaria riguardanti aree e paesi in via di sviluppo nonché su metodologie di cooperazione territoriale con paesi appartenenti all'Unione Europea o in fase di pre-adesione. Gli interventi sono volti allo sviluppo di programmi che faciliteranno la cooperazione transfrontaliera, transnazionale ed interregionale in coerenza con gli obiettivi regionali; le partnership di cooperazione territoriale apparterranno prioritariamente alle aree partecipanti alla Iniziativa Adriatico Ionica ed alla costituenda Macro Regione Adriatica.

III.2.7 Pianificazione delle azioni

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;
- creare e rafforzare 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 territoriali 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 di sviluppo dei processi di programmazione e pianificazione strategica;
- 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.

III.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, tra questi l'avvio della scuola di formazione manageriale per la dirigenza che consentirà di sviluppare competenze idonee per una futura classe dirigente che potrà governare un sistema sanitario sempre più rivolto alle innovazioni ed alla gestione della complessità.

III.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, che deve essere reso coerente con i criteri condivisi a livello nazionale. Si è costituita la Consulta Regionale ECM e la a Commissione Tecnica Regionale ECM. Tali previsioni 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.

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 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.n. 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 *è* stato dato il via per la costruzione di 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.), nonché con le Aziende e gli Enti del SSR deve garantire, a partire da un assessment specifico per profili professionali, la programmazione adeguata per far si 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.)

III.3.2 L'area della Formazione sociale

I risultati di una ricerca: criticità e linee di sviluppo.

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'approfondita analisi della situazione su cui costruire poi processi stabili di formazione.

Tale situazione riguarda i tre profili professionali presenti nei servizi sociali della Regione Marche: l'Operatore Socio-Sanitario, l'Educatore e l'Assistente Sociale. Gli esiti della ricerca evidenziano, a partire dalle attuali criticità, le possibili linee di sviluppo dei percorsi formativi e lavorativi di ciascuna occupazione.

- Per l'assistente sociale

la ricerca rileva:

- un aumento della precarietà: è in crescita il numero degli assistenti sociali che hanno un contratto a tempo determinato o part time, sia nelle organizzazioni del settore pubblico, sia nelle cooperative sociali. Inoltre è una figura professionale poco

presente nel settore non profit, in quanto solo alcune cooperative prevedono, al loro interno, tale profilo. Nelle cooperative sociali la situazione che si verifica più frequentemente è l'assunzione di educatori con la formazione di assistenti sociali;

- che le criticità maggiori riguardano gli aspetti relativi alla formazione e le condizioni di lavoro nei contesti in cui opera;

la ricerca suggerisce:

- di concordare un progetto formativo, a livello regionale, che coinvolga la regione, le università, l'ordine professionale, le cooperative, i sindacati e il territorio.

- Per l'educatore:

la ricerca rileva:

- la divaricazione tra sociale e sanitario, quale sfondo ove i percorsi formativi e professionali si sviluppano; un dualismo di fondo che tiene sospeso l'assetto operativo del profilo tra un ambito sanitario, sostenuto da una regolamentazione di riferimento, ed un ambito sociale che ne risulta ancora privo;
- la situazione dei diversi operatori che, pur non in possesso di titoli di studi specifici, vengono ad essere inquadrati come educatori in forza del riconoscimento dell'esperienza professionale;

la ricerca suggerisce:

- la necessità di una ricomposizione delle peculiarità che contrassegnano l'espressione della professione di educatore. Abbracciare la necessità di andare oltre il rilevato dualismo per recuperare una dimensione maggiormente unitaria ed integrata della professione;
- l'adozione di misure orientate ad una revisione dell'impianto normativo così da superare tale settorialità e formare un operatore con un più ampio spettro di potenzialità e competenze, che possa incisivamente proporsi nelle differenti tipologie di setting in cui l'intervento educativo può venirsi a realizzare.

- per l'operatore socio sanitario:

la ricerca rileva

- uno squilibrio tra la componente sociale e quella sanitaria, risultata quest'ultima predominante nei contenuti didattici dei corsi attualmente in attivo. Tale sbilanciamento, legato in parte all'autoreferenzialità degli enti deputati alla formazione ha portato a sottostimare l'importanza della dimensione relazionale che pure appare fondamentale nell'attivazione del processo d'aiuto.
- la necessità di prevedere percorsi formativi da intraprendere una volta acquisito il titolo professionale in grado di rendere l'operatore socio sanitario maggiormente preparato rispetto a specifici settori dell'assistenza;

la ricerca suggerisce:

- una revisione dei percorsi formativi che, da un lato, tenga conto dell'importanza rivestita dalla componente sociale dell'assistenza e, dall'altro, preveda l'implementazione di percorsi di studio successivi a quelli di base volti ad indirizzare l'acquisizione delle conoscenze verso ambiti più specifici;

- uno sviluppo della formazione rivolta agli aspetti relazionali tra anziani e operatori socio-sanitari, considerato che la patologia principale degli ospiti presso le strutture residenziali per anziani è la demenza e, nelle forme più gravi, la malattia di Alzheimer.

Azioni da intraprendere:

- avvio del tavolo regionale con la formazione professionale e con le università per l'aggiornamento del repertorio delle professioni sociali su cui costruire percorsi formativi in grado di dare professionalità utili al sistema; in tal senso la Regione ha già istituito due Gruppi di Lavoro concernenti il fenomeno delle assistenti familiari ed i profili delle professioni sociali e sanitarie, l'avvio dei lavori di tali Gruppi consentirà la costruzione di linee guida nell'ambito delle professioni sociali;
- implementazione del sistema informativo sulle professioni sociali quale parte del sistema informativo regionale in corso di attuazione anche su altri settori di intervento (SINA, SINBA);
- sviluppo dei processi di autorizzazione e accreditamento delle strutture socio-sanitarie rivedendo i regolamenti attualmente in vigore aggiornandone alcune parti di più difficile applicazione;
- aggiornamento del sistema di rilevazione delle autorizzazioni concesse dai comuni attraverso un percorso informatico più raffinato e veloce ;
- 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. 20/00 e la l.r. 20/02 arrivando ad un'unica legge regionale e ad un unico regolamento per le strutture a carattere socio-sanitario, previa analisi del costo medio dell'offerta per seguire nel dettaglio la sostenibilità finanziaria del percorso di qualificazione.

Azioni di sviluppo

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

- raccogliere e sistematizzare i bisogni formativi che giungono dai 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.

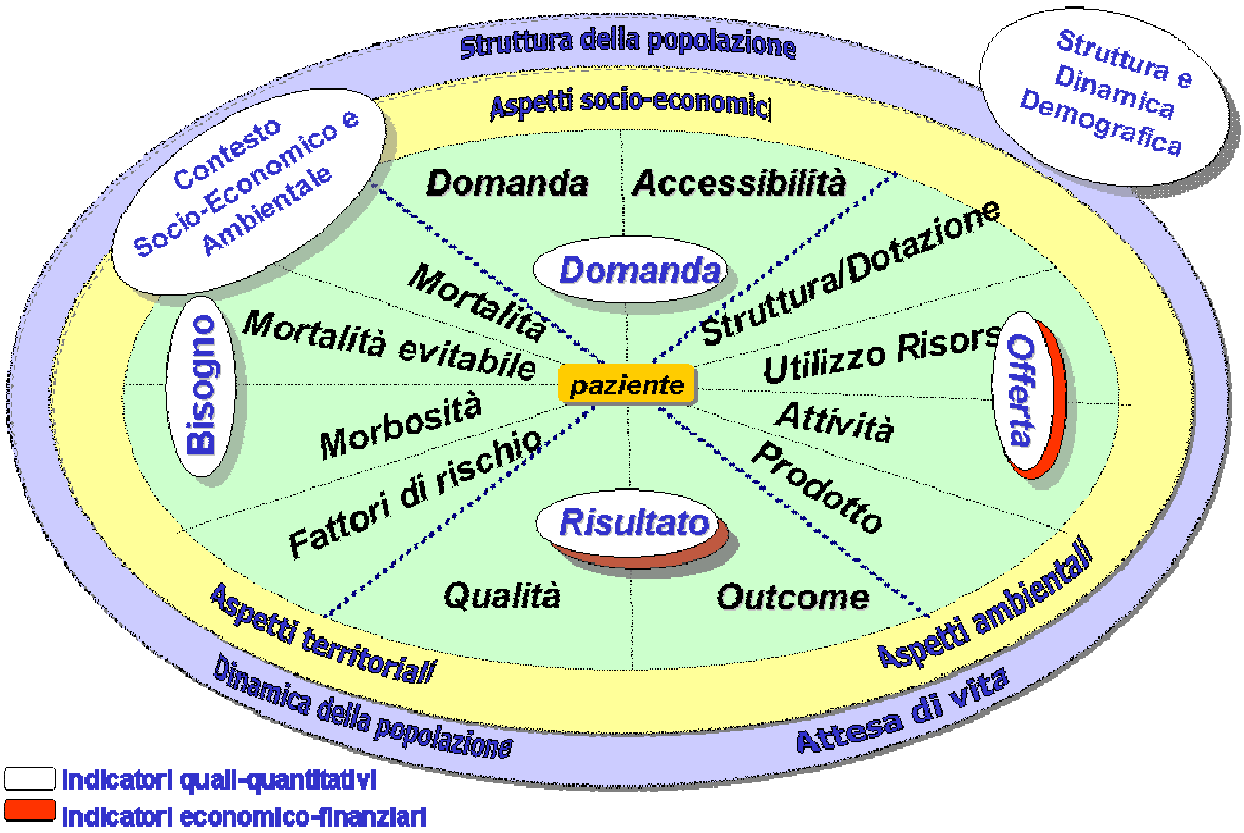
I piani formativi dovranno essere capaci di rispondere alle ottiche integrate del nuovo sapere scientifico, sociale e tecnologico con la capacità di sviluppare accanto a momenti formativi specifici di settore, momenti formativi multiprofessionali e multidisciplinari per consentire un supporto conoscitivo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

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 9.366 Kmq (3% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica molto variata. La popolazione residente è pari a 1.565.335 (al 31/12/2010, *SIS Regione Marche*); nel corso del 2010 la popolazione è cresciuta di 5.793 unità, per l'apporto positivo della componente migratoria che ha compensato l'azione delle componenti naturali (nascite e morti), che nel loro insieme hanno invece dato luogo ad un saldo negativo pari ad una diminuzione di 2.137 unità . La speranza di vita alla nascita risulta per gli uomini di 80.1 anni e per le donne di 85.4 (stime *Istat* per il 2010), rispettivamente al primo ed al secondo posto delle graduatorie regionali (per la Provincia autonoma di Bolzano si stima 85.5 per le donne). Il dato medio nazionale stimato è di 79.2 per gli uomini, e di 84.4 nelle donne. Nell'anno 2006 i valori risultavano, per la nostra regione, di 79.5 anni per gli uomini e di 85.0 per le donne. Se consideriamo la speranza di vita a 65 anni, è stimata in 19.0 anni per gli uomini e 22.7 anni per le 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 al 1/1/2010 risulta di 138.994 persone (8.9% dei residenti) con un incremento dall'anno 2009 dello 0.6% rispetto alla popolazione residente. Nel 2010 le iscrizioni alle anagrafi dei Comuni marchigiani di persone provenienti dall'estero hanno raggiunto il valore di oltre 8 persone ogni 1.000 cittadini residenti. Il crescente fenomeno dell'immigrazione rende necessario lo sviluppo di politiche che possano assicurare equità di accesso ai servizi per la popolazione immigrata.

Per quanto riguarda i nuovi nati, nell'anno 2010 sono nati nelle Marche 14.085 bambini (-3.2% rispetto al 2009 dove risultavano 14.551 e -3.8% rispetto all'anno 2008 dove risultavano 14.637). Quasi un quarto dei neonati ha almeno un genitore straniero (24.0%, di cui 18.2% entrambi stranieri): rispetto a dieci anni fa tale indicatore è triplicato. La natalità è risultata di 9.0 nati in media per ogni 1.000 residenti (valore nazionale del tasso 9.3/1.000; valore regionale nel 2009 9.3/1.000). Il tasso di fecondità (numero di nati vivi per donne in età feconda, 15-49 anni) per il 2010 risulta pari a 40.3, in aumento rispetto al 36.7 dell'anno 2000. Il numero medio di figli per donna in età feconda per il totale delle residenti risulta di 1.4 (1.3 per le italiane, 2.3 per le straniere). Si rileva un incremento sostenuto dei nati da genitori non coniugati, valore che passa dal 5.3% del 1995 al 21.6% del 2009. L'età media della madre al parto è in aumento e nel 2009 risulta di (31,3 anni) (32.3 anni per le italiane e 28.0 per le straniere).

Le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nell'anno 2010 sono risultate 2.321 a fronte delle 2.458 rilevate nel 2009 (variazione percentuale -6.4%). La riduzione dei tassi di IVG (6.6/1.000 donne 15-49 nel 2010, a fronte del 6.9/1000 del 2009) testimonia l'efficacia delle numerose iniziative e delle campagne di sensibilizzazione promosse a sostegno della salute materno-infantile.

Il tasso di disoccupazione nel 2010 risulta 5.7% in decremento rispetto al 2009 (6.6%) ed in aumento rispetto al 2009 (4.7%). Il dato risulta comunque sempre inferiore a quello registrato a livello nazionale (8.4% nel 2010 e 7.8% nel 2009); 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.

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona.

Nelle Marche i dati dello studio *Passi 2007-2009* evidenziano che il 64% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 32% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

La maggior parte delle persone intervistate a livello regionale ha riferito la percezione di essere in buona salute, in linea con i dati rilevati dall'indagine multiscopo dell'ISTAT 2008 (73%).

Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie severe. A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; per questo l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire una misura dei servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda. Sebbene i tassi standardizzati siano pressoché in linea con il dato nazionale, i tassi specifici per sesso individuano nelle donne ultra sessantacinquenni, i soggetti più fragili e bisognosi di sostegno da parte delle reti sociali e dei servizi sanitari.

Un altro argomento importante per quanto riguarda la salute è quello della salute mentale, definita come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e apportare un contributo alla comunità. Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati. Dai risultati dell'indagine *Passi 2007-2009* emerge che nella popolazione 18/69 anni della regione Marche circa il 7% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione. Tali sintomi sono risultati più frequenti nelle donne e nell'età avanzata.

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. Per l'anno 2010 l'indice d'invecchiamento (numero di soggetti con età>= 65 anni ogni 100 residenti) risulta 22.4. Nell'anno 2000 l'indice era pari a 21.4; l'incidenza della popolazione anziana è quindi aumentata nell'ultimo decennio di 1 anziano ogni 100 residenti (*SIS Regione Marche*). L'indice di dipendenza della popolazione, che rappresenta il numero di persone non autonome per ragioni demografiche (quindi bambini ed anziani) per ogni 100 persone che si presumono indipendenti (adulti in età 15-64 anni), è passato dal 52.1 del 2000 al 55.6 del 2010.

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. Il tasso di mortalità per il 2010 risulta di 10.4/1.000, ed è costante negli ultimi anni. Nelle Marche ogni anno muoiono circa 16.000 persone (1% dei residenti, 16.222 nel 2010)÷. Per quanto riguarda le cause di morte, in ambito regionale è in fase di attivazione il Registro delle Cause di Morte. I dati più recenti attualmente disponibili sono quelli Istat, relativi al biennio 2006-2007. In questo periodo temporale i tassi di mortalità risultano sostanzialmente stabili. 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. Per le malattie del sistema cardiocircolatorio (6.612 decessi nel 2007), il tasso standardizzato di mortalità/10.000 risulta pari a 31.7/10.000; il tasso per il sesso maschile risulta 39.5/10.000 e quello per il sesso femminile 26.3/10.000. Nello specifico, per i disturbi circolatori dell'encefalo (1.863 decessi) si rileva un tasso standardizzato pari a 8.9/10.000 nel 2007; per quanto riguarda l'infarto del miocardio (877 decessi) il tasso risulta 4.4/10.000 (*SIS regione Marche*). Tra le altre cause di rilievo, per l'anno 2007 per le malattie dell'apparato respiratorio si rileva un tasso standardizzato 4.4/10.000, per le malattie dell'apparato digerente del 3.1/10.000, per il diabete 2.1/10.000. Per le cause accidentali violente il tasso è 3.7/10.000. In generale si osserva una diminuzione dei tassi relativi al 2007 rispetto al 2006. 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. In particolare, nel sesso maschile tra i decessi per tumore (circa 2.600 casi/anno), per i tumori maligni di trachea, bronchi, polmoni il tasso standardizzato per l'anno 2007 risulta 7.9/10.000 (621 decessi), per i tumori maligni di colon, retto e ano il tasso è 3.6/10.000 (283 decessi) e per i tumori maligni dello stomaco 2.9/10.000 (232 decessi). Nel sesso femminile, tra i decessi per tumore (circa 1.900 casi/anno) nell'anno 2007 per il tumore maligno della mammella si registra il tasso standardizzato di mortalità 2.8/10.000 (295 decessi), per i tumori maligni di colon, retto e ano il tasso è 2.3/10.000 (260 decessi), per i tumori maligni di trachea, bronchi, polmoni il tasso standardizzato risulta 1.8/10.000 (178 decessi) e per i tumori maligni dello stomaco 1.3/10.000 (140 decessi).

Tuttavia, ad un riconosciuto aumento dell'incidenza dei tumori corrisponde attualmente una minore mortalità per diagnosi più precoci e terapie più efficaci. Le cause di morte per le quali la regione Marche mostra un tasso di mortalità più alto rispetto alla media nazionale sono il tumore maligno dello stomaco, le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, le cardiopatie ischemiche.

Per quanto riguarda le malattie infettive, nella regione Marche per le malattie notificate in classe II si registra in generale un trend in diminuzione per il periodo 1996-2009; anche per i casi di Epatite B si evidenzia una lenta ma costante diminuzione negli ultimi anni. L'andamento della Tubercolosi è pressoché 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.

Va rilevato che per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni nella regione Marche hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone sopra i 65 anni: sulla base dei registri vaccinali infatti la maggioranza delle Aree

vaste territoriali è prossima al 75% di copertura in questa fascia di popolazione. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni. I dati *PASSI 2007-2009* mostrano come nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulti invece essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che solo una persona su tre si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

L'andamento dei nuovi casi di AIDS si è dimostrato costante negli ultimi anni, sebbene si evidenzi una crescita costante dei casi contagiati per rapporti sessuali a rischio.

Nel 2009 gli incidenti stradali sono risultati inferiori di quelli registrati negli anni precedenti (6.617 nel 2009, 6.919 nel 2008, 7.149 nel 2007 e 7.577 nel 2006), con trend in diminuzione sia per i deceduti (117) che per i feriti (9.624). Si osserva una diminuzione della mortalità dovuta agli incidenti, a fronte di un aumento della lesività.

Gli incidenti stradali rappresentano un problema di sanità pubblica prioritario nel nostro Paese: sono infatti la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol. A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale - strutturale, sono riconosciute come azioni di provata efficacia il controllo della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini). Nella regione Marche la percentuale di intervistati che ha riferito di usare sempre i dispositivi di sicurezza è risultata pari al 96% per l'uso del casco, all'83% per la cintura anteriore di sicurezza, al 18% per l'uso della cintura posteriore (*Passi 2007-2009*). L'8% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente. Se si considerano solo le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, la percentuale sale al 13%.

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere ugualmente diffusa in tutte le classi di età, mentre è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne. Il 9% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol.

Altro tema di salute rilevante è quello degli incidenti domestici. I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono bambini e anziani, in particolare sopra i 75 anni; il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano. I dati del sistema di sorveglianza SINIACA, che nel periodo 2005-2006 è stato attuato in cinque PS regionali, con rilevazione ad hoc per gli incidenti domestici, forniscono alcune indicazioni per focalizzare il problema. Nel biennio considerato sono stati validati 10.750 casi di incidente domestico pervenuti dai cinque PS partecipanti alla rilevazione (i casi con età <1 anno sono stati esclusi). Gli incidenti hanno riguardato nel complesso 5.103 maschi (48%) e 5.647 femmine (52%). Per quanto riguarda le classi di età coinvolte, si evidenziava che il 13% degli incidenti rilevati si è verificato in soggetti con età 1-17 anni; il 17% in soggetti con età 18-34 anni, il 18% nella fascia d'età 35-49 anni, il 26% in quella 50-69 anni, il 26% in soggetti con più di 70 anni. I neonati (< 1 anno), con numerosità peraltro molto contenuta (29 casi), sono stati esclusi in quanto si ritiene opportuna un'analisi specifica,considerando le peculiarità di questa categoria. Per ciò che concerne, il sesso, il 34 % delle femmine ed il 18 % dei maschi risultava di 70 o più anni; va tenuto presente che le femmine anziane sono più numerose, avendo una maggiore aspettativa di vita rispetto ai maschi. Esaminando le modalità e le caratteristiche degli infortuni domestici, per quanto riguarda l'ambiente di accadimento, il 19% dei casi avveniva in cucina, il 14% dei casi in altri locali interni della casa, il 13% in scale/ballatoi, il 10% nella camera da letto, il 9% in garage/cantina e il 9% in giardino. Se correliamo l'ambiente con il sesso dell'infortunato, si

notano alcune differenze e, in particolare, le donne si infortunano soprattutto in cucina, mentre gli uomini in garage/cantina. Un altro dato rilevante per quanto riguarda le strategie preventive è quello delle attività svolte al momento dell'accadimento dell'incidente domestico. Nel 26% dei casi questa attività riguardava il lavoro domestico (pulire, cucinare, ecc.), nel 20% il camminare. Rilevante il problema delle cadute negli anziani: nelle donne con 70 anni e più, infatti, in più di 2/3 dei casi gli incidenti occorrevano camminando e svolgendo i lavori domestici; sono invece quasi esclusivamente gli uomini adulti coinvolti in infortuni durante attività tipo "fai-da-te". Una delle fasce di età "fragili" è rappresentata dai bambini (in particolare quelli di età compresa tra 1 e 4 anni) nei quali l'attività ludica, necessaria per un corretto ed equilibrato sviluppo fisico e cognitivo, rappresenta tuttavia un fattore di rischio da considerare attentamente in ottica preventiva. Oltre all'ambiente di accadimento ed alle attività svolte al momento dell'incidente, altra informazione rilevante è quella che riguarda la dinamica dell'incidente. In larga parte si tratta di caduta/inciampamento/sdrucciolamento (52% dei casi) e, come già rilevato, questa dinamica è soprattutto a carico degli anziani, per la presenza di problemi di vista e mobilità. Si rilevava, dallo Studio Argento già citato, che soltanto nel 10% dei casi vi è una adeguata illuminazione notturna nelle abitazioni degli anziani. Nelle donne di 70 o più anni questa modalità è presente in almeno tre incidenti su quattro ed è di riscontro frequente anche nei bambini. Valori rilevanti anche per l'urto/schiacciamento accidentale (18%) e per la ferita/puntura/penetrazione (16%): queste dinamiche incidentali sono rappresentate soprattutto nei maschi adulti. Molto rilevante il problema delle fratture negli anziani, associate a cadute. In particolare una donna con 70 o più anni su tre coinvolta in un incidente domestico riporta una frattura chiusa. Nella regione Marche la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 90% degli intervistati 18/69 anni (*Passi 2007-2009*) ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.

Gli infortuni sul lavoro avvenuti nelle Marche nel 2009 e denunciati all'INAIL sono stati 26.239 (nel 2008 risultavano 30.419, con una variazione percentuale pari a – 14%); i casi mortali sono stati 32 (nel 2008 risultavano 24, + 33%). In termini percentuali per le malattie professionali c'è stato un aumento del 22% delle denunce. Le patologie nel 2009 sono in totale 2.014, il 6% del totale nazionale. Per quanto riguarda gli infortuni da circolazione stradale, le denunce sono in diminuzione: 1.632 casi nel 2009 a fronte dei 1.721 del 2008, con una flessione del 5%. Scendono anche gli incidenti in itinere da 3.633 a 3.241, con una diminuzione del 10% rispetto all'anno precedente.

IV.3 I DETERMINANTI DI SALUTE

I Piani Sanitari Nazionali e Regionali degli ultimi anni ed i Piani per la Prevenzione attiva, sviluppati anche nella nostra regione, affrontano il tema della prevenzione sanitaria e della promozione della salute dedicando molta attenzione agli stili di vita sani e all'importanza di sottoporsi per la popolazione adulta a periodici controlli e test di screening. E' noto che gli stili di vita non salutari quali fumo, alcool, alimentazione scorretta, sedentarietà svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche non trasmissibili e costituiscono causa di mortalità e morbosità nella popolazione, con rilevanti costi sanitari e sociali. Risulta pertanto essenziale un monitoraggio epidemiologico dei fattori di rischio, per valutare le situazioni specifiche, adottare le necessarie strategie preventive mirate e valutarne l'efficacia.

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico- degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente. L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente più elevata, si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in preoccupante aumento la percentuale di giovani che fumano. La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici, che completa quella relativa al divieto di fumare nei luoghi di lavoro, è un evidente segnale dell'attenzione al problema e si è dimostrata efficace nel ridurre l'esposizione al fumo passivo.

Nelle Marche i fumatori risultano circa il 29% dei soggetti di età compresa tra 18/69 anni (*Passi*, 2007-2009); 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. I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 14 sigarette al giorno; tra questi, il 9% fuma oltre 20 sigarette al dì ("*forte fumatore"*).

Nonostante l'enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un suo uso eccessivo, il problema alcol rimane attualmente sottostimato: all'accettazione sociale del bere si aggiunge una marcata comunicazione commerciale che spesso copre i messaggi della prevenzione.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute si propone di coordinare tutte le attività di prevenzione per ridurre i danni causati dall'alcol. L'emergere infatti di nuove culture del bere (dallo sballo del fine settimana alla moda degli aperitivi) sollecita la realizzazione di sistemi di monitoraggio adeguati a orientare le azioni, per contribuire in maniera efficace alla riduzione del rischio alcol-correlato sia nella popolazione generale sia nei sottogruppi target più vulnerabili.

Nelle Marche (*Passi 2007-2009*) il 62% degli intervistati nella stessa fascia d'età 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. I forti bevitori (più di 2 unità/giorno per gli uomini e più di 1 unità/giorno per le donne) sono l'11%.

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale della popolazione regionale, il 34% dei soggetti 18/69 anni risulta in sovrappeso e il 9% obesa. Il 24% della popolazione risulta completamente sedentaria. Complessivamente si stima quindi che il 43% della popolazione presenti un eccesso ponderale.

La percezione del proprio peso non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nella regione Marche si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (93%) e nei normopeso (82%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 40% ritiene il proprio peso giusto e il 2% troppo basso.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 24% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (73%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

Anche l'obesità infantile è un fenomeno rilevante. La Regione Marche, ha aderito allo studio *Okkio alla Salute* e dai risultati relativi all'indagine condotta nell'anno 2010, che ha coinvolto più di 2.300 scolari, emerge che il ~~33~~ 32% dei bambini di 8-9 anni, presenta un eccesso ponderale che comprende sovrappeso (22%) e obesità (10%).

Per quanto riguarda gli adolescenti, uno studio sui loro stili di vita (HBSC 2009-2010) evidenzia che nei ragazzi di 11-15 anni l'attività fisica regolare non è un'abitudine molto diffusa: il 60% dei ragazzi limita la propria attività (intensa o moderata) a tre o meno giorni alla settimana, mentre le linee guida internazionali la raccomandano giornalmente nell'età dello sviluppo. Per quanto riguarda l'alimentazione soltanto il 20% circa consuma la frutta e poco più del 10% la verdura più volte al giorno, a fronte delle 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate. Il consumo di bevande alcoliche inizia in età precoce e la percentuale dei consumatori che hanno assunto almeno una bevanda alcolica nell'ultima settimana va dal 6% negli 11enni al 28% nei 15enni. A 15 anni i fumatori abituali sono il 12% ed il 15% dei ragazzi di questa età ha fatto uso almeno una volta di cannabis. Nella popolazione generale 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 gli anziani, nella ex ZT 5 di Jesi nel 2010 è stato realizzato uno studio pilota (Passi Argento, 2010) sulla popolazione con più di 64 anni. Dai risultati emerge che il 36% degli ultra 64enni giudica positivamente il proprio stato di salute. Dal punto di vista dei fattori comportamentali di rischio l' 8% fuma, il 47% consuma alcol e tra questi il 35% più di 1 unità alcolica, il 26% è meno attivo fisicamente e solo il 6% consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate al giorno, il 61% è in eccesso ponderale. Dallo studio emerge che il 15% degli intervistati ha problemi di vista e che gli ultra 64enni che hanno problemi di masticazione sono il 10%, tra questi solo il 38% è andato dal dentista. Il 20% ha riferito sintomi di depressione e l' 8% è a rischio di isolamento sociale. Le persone ultra 64enni che non possono contare su un aiuto gratuito per piccole commissioni sono il 36%.

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 di buon livello se paragonato al panorama 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" (≥ 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~~.~~ In tutto il territorio regionale è attivo, dall'anno 2010, lo screening del colon retto. Tale screening

prevede una periodicità di inviti biennale. Ad oggi la regione ha da poco completato il primo anno di inviti della popolazione con una discreta adesione, sia per quanto riguarda la ricerca del sangue occulto nelle feci, che per i successivi approfondimenti diagnostici tramite colonscopia.

In quasi tutte le aree 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. Nell'anno 2010 sono stati 95.645 i pazienti ricoverati in regime di Ricovero Ordinario e 40.283 quelli in regime di DH. Il maggior numero di dimissioni relative ai ricoveri ordinari riguarda 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 per i primi (escludendo l'assistenza manuale al parto) al primo posto il taglio cesareo cervicale basso (2.749), seguito dalla colecistectomia per via laparoscopica (2.312), dalla riparazione omolaterale di ernia inguinale (1.944), dalla resezione transureterale di lesione vescicale o neoplasia (1.737), dal taglio cesareo tradizionale (1.725) e dalla sostituzione totale del ginocchio (1.496) e dell'anca (1.395). Tra i ricoveri in Day-Hospital prevalgono gli interventi di rimozione della cataratta attraverso la tecnica di facoemulsificazione. (8.091), il raschiamento dell'utero mediante aspirazione per IVG (2.020), l'asportazione radicale di lesione della cute (1.175), la turbinectomia (1.090), la liberazione del tunnel carpale (1.028). 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 E DELLA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

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, cosi 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, ma che, essendo strettamente legate alla terra, risentono fortemente della conformazione oro-geografica del territorio.

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 e sanità veterinaria 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 della salute e 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 del cittadino rispetto alle emergenze legate alla catena alimentare ed alla conseguente sicurezza degli alimenti;

- 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 affermarsi 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 che in passato, 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 di 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. 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 il processo di integrazione tra i Servizi Sanitari al loro interno e le altre realtà attive nei territori (Enti Locali, Associazionismo, OOSS etc.).

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.

In questo contesto bisogna ricordare il recente recepimento con DGR 790 del 30 maggio 2011, del Piano Nazionale Integrato (o MANCP) 2011-2014 dei controlli sulla sicurezza degli alimenti, sanità e benessere animale, sanità delle piante, approvato nella Conferenza Stato Regioni del 16.12.2010.

Il piano si inserisce nell'ambito della strategia europea per la veterinaria e la sicurezza alimentare che, attraverso misure coerenti ed un adeguato monitoraggio, deve garantire al tempo stesso il rispetto della rintracciabilità dei prodotti alimentari, l'applicazione, in caso di necessità, di un sistema di allerta rapido efficace, la corretta informazione del consumatore mediante l'etichettatura.

In questo ambito i competenti Servizi del Dipartimento di Prevenzione, in quanto Autorità competenti territoriali, svolgono, attraverso la loro attività quotidiana, un'azione di supporto fondamentale per le attività di indirizzo e coordinamento dell'Autorità competente centrale.

Inoltre, i Regolamenti CE 1907/2006 (REACH) e 1272/2008 (CLP) hanno 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 nella gestione delle tematiche specifiche.

Va infine richiamata l' approvazione del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione con accordo Stato Regioni del 29 aprile 2010, recepito con DGR 1856/2010 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 Dipartimenti di Prevenzione e dei suoi servizi di sanità pubblica e sanità veterinaria 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-ISPESL-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 ex zonali 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 di Sanità Pubblica, di Veterinaria e Sicurezza alimentare;
- 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 le tematiche della veterinaria e sicurezza alimentare, la facoltà di veterinaria per alcuni aspetti relativi alla formazione specifica, 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 dalla rete dei Dipartimenti di 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 così 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, alla luce della L.R. n. 17 del 22.11.2010 e n. 17 del 1.8.2011, renda efficace quanto in larga parte previsto ma non ancora completamente realizzato.

Questo percorso , tra l'altro, aiuta la sostenibilità del sistema in un contesto storico caratterizzato da generale e persistente difficoltà economico finanziaria dell'intero paese agendo sostanzialmente attraverso una valorizzazione delle professionalità esistenti in un bacino territoriale di Area Vasta , al fine di garantire una adeguata qualità delle prestazioni erogate dai Servizi del Dipartimento di Prevenzione. Oltre a ciò, nell'attuale assetto legislativo, tenuto conto del raccordo funzionale tra i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle varie Aree vaste territoriali assicurato dalla Direzione Tecnica per la Prevenzione Collettiva presso la Direzione Generale Asur di cui all'art. 11 L.R. 13 /03 , è necessario prevedere modelli operativi per tematiche di valenza anche regionale 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 veterinario e attività di comunicazione del rischio per l'area veterinaria e sicurezza alimentare, organizzazione per la gestione del regolamento europeo REACH).

Come indicato al paragrafo 1.8.2 della DGR n. 17/2011 tale modello, sarà reso operativo attraverso la determinazione di parametri, finalizzati ad identificare settori o moduli organizzativi interni ai Servizi, così come individuati a seguito delle modifiche organizzative dettate dalla applicazione della L.R. n. 17/2011.

Tra questi vanno individuate le "eccellenze" a valenza di Area Vasta e, in casi particolari, a valenza regionale, già previste dal PSR 2007 – 2009 restano validi, per la loro individuazione, 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.

In tale contesto, la prevista modifica della DGR 54/04 per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione, terrà conto anche delle indicazioni organizzative nazionali derivanti dalla L. 229/99 e, in particolare per l'area della veterinaria e sicurezza alimentare, dal Decreto Legislativo 193/2007, (recepimento della direttiva Europea 2004/41/CE), così come richiesto anche dal Ministro della Salute con la nota del 21/12/2010 al Coordinatore della Commissione Salute delle Regioni.

V.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI

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

- adeguare ai contenuti della L.R. 17/2011, entro sei mesi dall'approvazione del presente atto, la DGR 54/04 contenente le linee guida organizzative dei Dipartimenti di Prevenzione e la DGR 866/04, riguardante la istituzione della Rete Epidemiologica Marchigiana;
- nei limiti del contesto legislativo in attuazione, teso al contenimento delle spese, completare il percorso di stabilizzazione del personale a contratto, assicurando priorità alle risorse umane necessarie nei Dipartimenti di Prevenzione per l'attuazione dei piani di vigilanza durante la costruzione delle Grandi Opere infrastrutturali in corso di realizzazione nella Regione Marche e il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNI (MANCP) 2011- 2014 recepito con DGR 790 del 30/05/2011;
- 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 dall'ASUR;
- rafforzare il ruolo del "nodo regionale" di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività di prevenzione collettiva nell'ambito del rafforzamento del sistema a rete interregionale e nazionale, in particolare per l'area della sicurezza alimentare – veterinaria dando attuazione all'intesa approvata dal Governo, dalle Regioni e dalle Province autonome il 16 dicembre 2010 "Piano Nazionale Integrato dei controlli 2011-2014 sulla sicurezza alimentare" (PNI o MANCP) ;
- consolidare l'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;
- attuare attraverso i Servizi Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro delle Aree Vaste i contenuti della DGR 814 del 6/6/2011(IV protocollo d'intesa Regione Marche – INAIL) al fine di consolidare, mediante il sostegno alle concrete progettualità,il "Sistema regionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro", coordinato dal Comitato previsto dall'art. 7 del D. Lgs 81/08, istituito nella Regione Marche con DGR 875 del 30/06/2008 e composto dalle istituzioni e dalle parti sociali;
- emanare, entro sei mesi dalla approvazione del presente Piano Socio Sanitario,un atto di indirizzo per l'organizzazione, nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione, delle funzioni di promozione della salute;
- definire un sistema stabile per la rendicontazione dei fondi nazionali o regionali vincolati per la realizzazione dei programmi di prevenzione , anche alla luce del PNP 2010 – 2012, recepito con DGR 1856/2010.

Giungere in ciascuna Area vasta territoriale, entro la durata di validità del presente piano, al corretto utilizzo del 5% del Fondo Sanitario Regionale, destinato alla Prevenzione.

Aree tematiche di intervento

Tenendo conto della programmazione nazionale definita dalle intese Stato – Regioni recepite nell'ordinamento regionale, nonché delle disposizioni del d.lgs 193/07, verranno implementate le azioni indicate nella DGR 17/2011 e nella DGR 1856/2010 "Recepimento intesa Stato Regioni e Provincie autonome del 29.4.2010 concernente il Piano nazionale della prevenzione per 2010-2012", per ciascuna delle seguenti aree tematiche di intervento:

- La *sanità pubblica ed il rapporto salute/ambiente*:
    - Sviluppo dei programmi vaccinali e dei sistemi di sorveglianza mediante la messa a regime delle attività vaccinali indicate nella DGR 1662 del 22.11.10 "atto di indirizzo e coordinamento all'ASUR relativo all'aggiornamento della offerta di vaccinazioni nelle Marche" e la messa a regime della anagrafe informatizzata regionale delle vaccinazioni.
    - Sviluppo della sorveglianza delle Malattie infettive, con particolare riferimento alle progettualità in corso sulle patologie da vettori, la formazione e l'utilizzo da parte dei SISP ASUR del nuovo sistema nazionale informatizzato di registrazione delle malattie infettive.
    - Sviluppo delle attività di controllo del territorio e della salute della popolazione in relazione ai rischi ambientali, in sinergia tra i Dipartimenti di Prevenzione e Dipartimenti territoriali dell'ARPAM, secondo quanto indicato nella due linee specifiche del PRP 2010 – 2012 ("salute e ambiente" e "implementazione REACH") e l'emanazione di un atto di indirizzo e coordinamento regionale per la integrazione delle attività sul territorio e dei flussi informativi dei Dipartimenti di Prevenzione ed ARPAM.
- La *tutela della Salute negli ambienti di lavoro*:
    - Mantenimento della attività del comitato di coordinamento regionale ex art. 7 d.lgs n. 81/08 e completa messa a regime dell'Ufficio Operativo da questo derivante e degli Uffici Provinciali di coordinamento.
    - Sviluppo delle attività a sostegno della attività quali/quantitativa dei Medici competenti e del rapporto con i SPSAL, studio della figura e dei bisogni dei consulenti aziendali, realizzazione di un portale web istituzionale specifico, realizzazione di un piano regionale per la prevenzione delle neoplasie professionali.
    - Sviluppo delle eccellenze specifiche di area vasta per l'igiene industriale, per la formazione, per l'epidemiologia occupazionale, per la gestione dei regolamenti REACH e CLP.
    - Realizzazione delle iniziative di prevenzione previste nel IV protocollo di intesa INAIL REGIONE (DGR 814/11).
- La sicurezza alimentare e la tutela della salute del consumatore: controllo ed ispezione nelle fasi di produzione, trasformazione, commercializzazione e somministrazione di tutti i comparti degli alimenti al fine di garantire la salute del consumatore secondo le indicazioni dei regolamenti europei.

- La salute animale e la tutela della salute del cittadino: implementazione dei piani di profilassi, sorveglianza e vigilanza anche ai fini dell'ottenimento della qualifica di Regione ufficialmente indenne nei confronti della TBC Bovina. Monitoraggio e verifica dei requisiti di bio-sicurezza e benessere animale negli allevamenti zootecnici come richiesto da disposizioni comunitarie e nazionali.
- Il *benessere animale e il rapporto uomo/animale*: attività di prevenzione del fenomeno del randagismo mediante la promozione di piani di sterilizzazione, incentivazione delle adozioni, ed educazione del cittadino finalizzata alla tutela del benessere degli animali d'affezione ai fini di un corretto rapporto uomo/animale.
- La sorveglianza e la prevenzione nutrizionale: sorveglianza nutrizionale e della ristorazione collettiva, comunicazione e promozione della salute nel settore specifico.
- La *funzione epidemiologica*: oltre alla necessità di riorganizzare la rete epidemiologica in area vasta attraverso la modifica della DGR 866/04, è indispensabile procedere alla messa a regime del Registro Regionale delle Cause di Morte e del Registro Tumori Regionale già istituiti con DGR 1298/09 ed aventi coordinamento presso l'Agenzia Regionale Sanitaria, coerentemente con quanto previsto dalla normativa nazionale sulla privacy.
- La *funzione di promozione della salute*: negli ultimi anni si sono sviluppate numerose attività di promozione della salute, attività trasversale propria di molte professionalità e strutture organizzative. La DGR 1045/09 ha recepito anche le linee di intervento dell'Accordo Stato Regioni conosciuto come "Guadagnare Salute" rivolto alla sorveglianza e prevenzione degli stili di vita "a rischio", ed ha consentito l'avvio di programmi regionali. Sulla base di tali esperienze anche di rilievo, risulta necessario procedere alla definizione di linee organizzative per lo sviluppo della funzione in area vasta.
- Le *reti per la preparazione e la gestione delle emergenze di popolazione in sanità pubblica e veterinaria*: negli ultimi dieci anni diversi episodi hanno evidenziato la necessità della predisposizione e mantenimento di un nodo organizzativo delle reti, centrato nei servizi dei dipartimenti di prevenzione e sul sistema di protezione civile (BSE, influenza aviaria H5N1, pandemia da virus H1N1). Per il futuro è prevedibile che tale rete, già esistente nella nostra regione, dovrà confrontarsi ed adeguarsi in particolare alle emergenze collegate con patologie trasmesse da vettori e, sulla base delle esperienze precedenti, progettare in particolare il sistema della comunicazione del rischio relativo. In quest'ottica e sulla base delle esperienze già consolidate è necessario l'aggiornamento della composizione e delle funzioni del Gruppo Operativo per le Emergenze Sanitarie (GORES) e dei Comitati ad esso associati.
- Gli *screening*: la Regione Marche è impegnata nel consolidamento del programma organizzato screening oncologici per il cancro della cervice, della mammella e del colon retto, screening quest'ultimo attivato di recente, attraverso una forte azione di coordinamento regionale. Il nuovo percorso diagnostico terapeutico viene organizzato in un'ottica di Area Vasta. Lo screening consente di identificare sia le lesioni tumorali molto precoci sia quelle preneoplastiche, quindi può contribuire a ridurre non solo la mortalità per carcinoma della cervice, della mammella e del colon retto, ma anche l'incidenza della neoplasia invasiva.
- - La *Medicina predittiva* - La medicina predittiva è per la prima volta contemplata nel nostro piano di prevenzione regionale. Le decisioni nazionali tendenti a conferire alla

medicina predittiva dignità di macroarea nel PNP 2010-2012 vincolano anche la Regione Marche a dover identificare progetti rispondenti alle indicazioni dell'Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010. La medicina predittiva ricerca negli individui sani quelli potenzialmente predisposti a sviluppare malattie. Le neoplasie su base ereditaria rappresentano nel loro insieme meno del 10% di tutti i casi di tumore tuttavia la loro rilevanza sociale non è trascurabile a causa della giovane età degli affetti e dello stato d'ansia dei familiari consanguinei che percepiscono un elevato livello di rischio di sviluppare a loro volta la malattia e si rivolgono alle strutture sanitarie alla ricerca di strumenti per diminuire la loro probabilità di ammalare o di morire per quel tumore. Il progetto proposto dalla Regione Marche : "Il percorso per la gestione del rischio individuale del il tumore della mammella su base eredo-familiare" si pone l'obiettivo di avviare una fase sperimentale di prevenzione cancro della mammella attraverso la gestione del rischio individuale su base eredo – familiare.

- - *Screening uditivo neonatale* - Con DGR 1839/09 e DGR 1856/10 sono stati attivati gli screening neonatali per la prevenzione della sordità congenita e delle patologie visive. Per la loro provata efficacia ed il positivo rapporto costi benefici, è fondamentale la messa a regime degli stessi nei tempi previsti dal PRP 2010-2012, anche attraverso progettualità finalizzate sostenute con gli strumenti della programmazione regionale. Contestualmente è necessario procedere all'emanazione delle linee guida regionali relative agli indirizzi diagnostici, terapeutici e riabilitativi, il sostegno al Centro Regionale per l'Ipovisione già individuato presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Ancona e l'individuazione del Centro Regionale di III° Liv ello per il trattamento delle ipo-acuzie gravi e profonde.

VI RETE DELL'EMERGENZA URGENZA

VI.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 marzo1992 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.

Sulla base di tale impianto normativo il soccorso preospedaliero è attualmente assicurato e coordinato da quattro Centrali operative 118 (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 Aree vaste territoriali dell'ASUR con la partecipazione sia delle Associazioni di volontariato comprese quelle appartenenti all'ANPAS, sia della CRI sia degli altri soggetti privati accreditati. E' operativo in Regione anche un Servizio di elisoccorso gestito dall'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona che dispone di due 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 tre livelli costituiti dai Punti di Primo Intervento, 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 Universitaria "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 dall'ASUR (Ascoli e Macerata) e da Aziende Ospedaliere (Ancona e Pesaro), e dei sistemi territoriali di soccorso che fanno riferimento alle Aree Vaste 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;

- disomogeneità dei Punti ospedalieri di primo intervento 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.

VI.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 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 attraverso l'assegnazione all'ASUR di tutte le centrali 118, 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 infine va perseguito il coordinamento da parte delle centrali 118 degli "interventi del personale operante sui mezzi di soccorso e sui mezzi di servizio di continuità assistenziale", dei " 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 preospedaliero ed ospedaliero dell'emergenza.

Le linee di intervento

Il raggiungimento degli obiettivi descritti trova fondamento nell'applicazione delle seguenti linee di intervento:

- 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;
- riorganizzazione 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. Tale riorganizzazione tiene conto di quanto disposto dalla L.R. n. 36/2008, art. 14, comma 2, e 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. L'obiettivo riguarda l'omogeneizzazione ed il consolidamento delle attività dei Pronto Soccorso, l'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 il 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 dell'ARS. 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 un 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.

VI.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI

Le azioni da intraprendere in ragione dei risultati conseguiti dalla Cabina di Regia regionale sull'emergenza-urgenza prevede una serie di azioni di riorganizzazione complessiva della suddetta rete .

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 coincidenti con le centrali operative 118 delle Aree vaste.

VI.3.1 Definizione Potes

L'analisi della situazione esistente evidenzia la necessità 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;

- un maggior utilizzo delle auto mediche in disposizione di hub, rispetto al territorio di riferimento, con Potes infermieristiche e mezzi di soccorso in stand by in funzione di spoke;
- valorizzare la capacità operativa degli equipaggi infermieristici secondo protocollo condivisi (provvedimenti salvavita PIST);
- aumentare l'appropriatezza della tipologia degli equipaggi inviati in relazione alla tipologia dell'evento, con dotazioni strumentali e risorse umane adeguate ai tipi di interventi;
- 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.

VI.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 territoriale, 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 territoriale;
- accorpare 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.

VI.3.3 Punti di Primo Intervento

Individuazione delle dislocazioni (distanze e viabilità) e delle dotazioni, in termini di prestazione medicalizzata e 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.

Le attuali localizzazioni rimarranno tali solo fino alla definizione dei piani industriali di area vasta geograficamente intesa.

VI.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 attività delle 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.
- potenziare il trasporto neo-natale di urgenza (STEN) assiscurando che lo stesso sia effettuato dai Punti nascita che provvedono alla stabilizzazione del paziente.

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

VI.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.

VII RETE OSPEDALIERA

VII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

I ricoveri ospedalieri dei residenti marchigiani nel 2010 sono stati complessivamente 277.362, di cui 215.353 (77,64%) ricoveri ordinari. L’11,1% di tali ricoveri (30.783) sono stati erogati al di fuori della Regione Marche (mobilità passiva), con una presenza di ricoveri in day hospital pari al 24,65% (7588 casi).

Le principali classi di ricovero ordinario per la popolazione marchigiana hanno riguardato “Malattie e disturbi del sistema cardiocircolatorio” (14,4%), “Malattie e disturbi dell’Apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo” (13,7%) e “Malattie e disturbi dell’apparato digerente” (9,4%).

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 inappropriatezza;
- 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;
- pur in presenza di una diffusa, ed in alcuni casi pletorica, offerta, risulta ancora una non adeguata copertura assistenziale 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, 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.

Il Patto per la Salute 2010-2012, al fine di raggiungere l'obiettivo della riduzione dei posti letto, fornisce indicazioni orientate al progressivo passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e da questo all'attività ambulatoriale: ciò consente liberazione di risorse impegnate nell'assistenza ospedaliera in regime di ricovero (ordinario o diurno) verso forme di assistenza di tipo ambulatoriale che saranno prevalentemente concentrate all'interno delle strutture ospedaliere.

L'incremento di domanda ambulatoriale che ne deriva può influire sulle liste di attesa, soprattutto per prestazioni legate alla biotecnologia; una risposta parziale è legata all'incremento dell'offerta dovuta alla riduzione di attività erogata in regime ospedaliero. L'attenzione deve però essere anche posta sulla appropriatezza della domanda, con un monitoraggio delle richieste per prestazioni a maggior prescrizione e tempo di attesa.

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'insufficiente risposta ad alcune attività, coniugata con il possibile incremento della durata delle attese, induce anche la mobilità sanitaria che se è tra le diverse Aree Vaste, risulta ininfluente dal punto di vista economico ma non dal punto di vista sociale; tuttavia quando la mobilità si orienta verso altre Regioni incide in modo rilevante anche sul versante economico.

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, definite per intensità di assistenza, è ancora in una fase preliminare.

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

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, oltre a prevedere la riorganizzazione dell'attività erogata in regime di degenza, è necessario considerare che, il progressivo spostamento delle attività e delle risorse verso il setting assistenziale territoriale ivi comprese l'assistenza residenziale e semiresidenziale, modifica il modello organizzativo complessivo. Di fatto l'offerta ospedaliera si riorienta, nell'ottica dell'appropriatezza, non solo nella classica attività per acuti, in regime di ricovero, ordinario e diurno, ma anche verso i ricoveri per

lungodegenza e riabilitazione e verso l'assistenza specialistica caratterizzata non solo dall'erogazione della singola prestazione, ma da pacchetti di prestazioni, ovvero prestazioni complesse che richiedono la pluridisciplinarietà e la multi professionalità.

In questo contesto rientra quindi anche il governo delle liste di attesa in quanto lo spostamento di attività verso l'assistenza ambulatoriale può comportare un maggior flusso di pazienti, e quindi una maggiore domanda, cui deve fare riscontro una maggiore appropriatezza, dal lato prescrittivo, ed un'offerta adeguata, dal lato dell'erogazione delle prestazioni.

La corretta gestione del flusso di pazienti, indirettamente, consente anche di agire sul versante mobilità passiva, spesso accentuato non dalla qualità delle prestazioni, ma dalla difficoltà di fornire adeguate risposte nei giusti tempi.

VII.2.1 Assistenza ospedaliera

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 – ex ASUR zone territoriali n. 1 e 3, nel contesto dell'Area vasta 1, che ha portato all'istituzione dell'Azienda Ospedaliera "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 – ex ASUR zone territoriali n. 12 e 13, nel contesto dell'Area vasta 5, propedeutica all'istituzione dell'Azienda ospedaliera "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, ex ASUR 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;
- 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 teritoriali 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 e la progettazione per la realizzazione della nuova struttura ospedaliera nell'Area metropolitana a sud di Ancona, insieme allo studio di fattibilità ed il Concorso di idee a livello europeo del Presidio di alta specialità "G. 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;
- all'implementazione del nuovo modello di ospedale volto a superare funzioni o competenze settoriali tenendo conto della sperimentazione avviata presso l'Ospedale di Jesi.

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 Regione e, soprattutto, dal Patto per la Salute 2010-2012, 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.

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;
- complessità e appropriatezza della casistica trattata;
- mobilità della popolazione, residente e non residente;
- 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.

VII.2.2 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.

VII.2.3 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 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;
- ottimizzazione delle liste: con questo termine si è voluto indicare un processo, sperimentale e provvisorio avviato in attesa dell'entrata in funzione del CUP regionale, orientato a rendere complementare l'offerta di prestazioni sanitarie in Area vasta territoriale. L'obiettivo dichiarato è stato di supportare alcune prestazioni, gravate da particolare criticità in alcuni 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);
- realizzazione del CUP regionale: è stato realizzato, avviato e portato a regime su tutto il territorio regionale il Proseguono le attività di consolidamento ed ottimizzazione dell'utilizzo del sistema: l'introduzione del CUP unico regionale ha permesso di attivare i meccanismi di controllo e di governo delle liste di attesa al fine di migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi e delle prestazioni specialistiche.

Con la completa attivazione del CUP regionale è stata consentita la piena osmosi tra Aziende, con una scala di attivazione per struttura → 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.

Con l'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, è stato approvato il "Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012" cui ha fatto seguito la deliberazione della Giunta regionale n. 1040 del 18 luglio 2011 che disciplina il Piano Regionale per il governo delle

liste di attesa, e che prevede l'attivazione dei conseguenti Programmi Attuativi Aziendali. Tale delibera fornisce gli strumenti per migliorare l'erogazione delle prestazioni, in particolare di quelle che incidono pesantemente sui tempi di attesa. Il Piano regionale ha l'obiettivo di sviluppare le logiche dell'appropriatezza prescrittiva, affinché la condizione clinica del cittadino rappresenti il vero driver per la definizione delle priorità di accesso alla prestazione.

In attuazione del suddetto piano le Aziende sanitarie e l'INRCA, in sede di contrattazione del volume delle prestazioni per l'esercizio della libera professione intra moenia, dovranno assicurare l'abbattimento delle liste d'attesa e prevedere le penalizzazioni , anche consistenti nella sospensione dell'attività stessa, in caso di mancato raggiungimento dell'obbiettivo.

VII.2.4 La mobilità passiva

Il compito istituzionale del SSR è rappresentato dalla risposta ai bisogni sanitari dei cittadini residenti; la capacità di soddisfare la domanda dipende sia dall'offerta, sia dalla qualità delle prestazioni.

La qualità del SSR marchigiano è riconosciuta a livello nazionale non solo dal Ministero della Salute, ma anche da enti ed istituti di ricerca che hanno condotto le proprie analisi su mandato di altri organi governativi.

Al contrario l'offerta è caratterizzata da frammentazione e duplicazione che incide sulla programmazione di alcune attività. Ciò porta ad una limitata capacità di risposta legata sia alla dispersione di posti letto, sia alla relativa carenza di organico dovuta alla frammentazione, sia alla difficoltà di pieno funzionamento delle strutture o apparecchiature biomediche.

La revisione organizzativa in Area Vasta, che porta a concentrare le attività e conseguentemente ad ottimizzare l'utilizzo del personale e delle strutture, rappresenta l'obiettivo cui tendere per far fronte alla mobilità passiva.

Nel contempo, con una corretta programmazione delle attività si deve far fronte ai tempi di attesa per alcuni interventi, consentendo così di dare risposte in tempi il più possibile contenuti, in rapporto alla classe di priorità clinica, e quindi all'urgenza del caso.

Il perseguimento di questo obiettivo è legato alla disponibilità non solo della sala operatoria, ma anche di posti letto non gravati da un lento turn over per carenza di strutture di lungodegenza o di riabilitazione.

Il lento turn over rappresenta elemento di carenza di posti letto anche in aree mediche per le quali non c'è necessità di sala operatoria, mentre è fondamentale un veloce ricambio ed un'attività clinica, diagnostica e terapeutica, limitata a pochi giorni: anche in questo caso, e con maggior frequenza, la disponibilità di posti letto di lungodegenza-post acuzie o di riabilitazione consente un maggiore utilizzo dei posti letto per acuti, con capacità di soddisfacimento maggiore della domanda.

La qualità del SSR è documentata dalla crescente domanda di cittadini di altre Regioni che si rivolgono alle strutture sanitarie marchigiane e che hanno consentito negli ultimi anni di incrementare la mobilità attiva.

In tale scenario la mobilità sanitaria nel corso degli anni ha visto la riduzione del saldo negativo passando da 45 milioni nel 2007 a 26 milioni di euro del 2010. 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 (28,2%) dei casi in mobilità passiva, che presenta inoltre un peso medio (1,182) minore 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 9,7% 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 ordinari dei residenti marchigiani in mobilità passiva è rappresentato da ricoveri a rischio di inappropriatezza, secondo quanto previsto dal Patto per la Salute 2010-2012. 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.

VII.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, l'individuazione di locali di lavoro per il personale di assistenza e l'individuazione di adeguato sistema remunerativo.

VII.3.1 Le priorità cliniche

Fondamentale risulta dar corso in particolare allo sviluppo di:

- organizzazione ambulatoriale

Si dovrà orientare sempre più il modello di risposta sull'appropriatezza prescrittiva incidendo positivamente sulla riduzione 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 e cure palliative

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.

La legge 38/10 ed i successivi Accordi Stato-Regione, del 28 ottobre 2010 sulla proposta del Ministro della salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato *"Ospedale-Territorio senza dolore",* e del 16 dicembre 2010 sulle *linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore*, stabiliscono quali misure devono essere adottate dalle regioni per garantire la piena attuazione dei dispositivi di legge e per realizzare nei fatti la rete per le cure palliative e per la terapia del dolore. In tali atti si esplicitano con chiarezza gli attori del sistema e la successiva formazione per il necessario cambiamento culturale.

VIII 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 ed i presidi ospedalieri di Area vasta che dovrebbero essere caratterizzate da modelli assistenziali di maggiore complessità.

Il sistema "a rete" deve essere il modello guida della programmazione di Area vasta e regionale, per quelle attività che non possono trovare esaustività nell'ambito delle singole Aree vaste. Tale modello si sviluppa in linea con le metodologie condivise tra l'AGENAS e la Regione Marche nell'ambito della convenzione, recentemente stipulata, per lo sviluppo dei modelli di organizzazione a rete.

VIII.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 cardiovascolare 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.

Per quanto riguarda la rete neonatologica, l'Accordo sottoscritto il 16 dicembre 2010 in Conferenza Unificata, con l'assenso di Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, sulle "*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*" impone di rivedere la rete dei punti nascita e relative unità neonatologiche, che sono individuati in due livelli rispetto ai tre precedenti, con l'obbligo di chiudere i singoli punti nascita con numero inferiore a 1000 parti all'anno, con deroga per quelli con numero inferiore, "e comunque non al di sotto di 500 parti all'anno", "solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate con rilevanti difficoltà di attivazione del servizio di trasporto assistito materno".

La DGR n. 1088 del 25 luglio 2011, ha provveduto a recepire il suddetto Accordo, fornendo inoltre i criteri per la riorganizzazione dei punti nascita che serviranno a predisporre una proposta per l'individuazione degli stessi. È opportuno cogliere questa occasione per migliorare complessivamente il percorso nascita provvedendo ad integrare fortemente l'Ospedale con il Territorio, assicurando l'attività medica specialistica con il personale medico dei punti nascita di riferimento che dovrà operare in piena integrazione con gli operatori dei Consultori familiari, sotto la diretta responsabilità organizzativa dei Responsabili dei Consultori, afferenti al Distretto competente per territorio.

VIII.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 convinzione 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 anche prevedendo per le aree specialistiche dotate di più unità operative, Dipartimenti funzionali di Area Vasta;
- 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~~.~~ , con l'obiettivo 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.

La definizione di ciascuna rete, all'interno della quale si identificano le strutture classificate sulla base dell'intensità di cura, deriva da un percorso comune che partendo dall'individuazione dei bisogni sanitari conduce alla collocazione funzionale delle singole strutture nell'ambito della singola rete.

Le reti sono costruite nella logica di *hub & spoke*, trovando nel nodo regionale il punto di riferimento principale, al quale sono ricondotte le condizioni cliniche caratterizzate dalla maggiore complessità clinico-organizzativa.

L'articolazione reticolare sarà differente, in relazione alla presenza di discipline di base, quali Medicina Interna e Chirurgia Generale diffuse in tutti i nodi della rete di ricovero, ovvero di alte specialità che vedranno concentrate le attività di ricovero in un numero limitato di strutture.

Il percorso, identico per tutte le reti, segue i sottoelencati passi:

1. analisi del fabbisogno, sia a livello regionale sia nell'ambito territoriale corrispondente all'Area vasta;
2. individuazione di standard di riferimento, relativamente a:
    a) requisiti strutturali,
    b) requisiti tecnologici,
    c) requisiti organizzativi,
    d) standard professionali, definiti dalle Società scientifiche,
    e) indicatori di performance;
3. autorizzazione ed accreditamento, strutturale e professionale, in rapporto agli standard posseduti;
4. riorganizzazione della singola rete per livelli di intensità di cura e, all'interno di ciascuna struttura di ricovero inserita nella rete, per livelli di intensità di assistenza.

I differenti nodi della rete quindi si configurano in rapporto alla capacità strutturale ed alla complessità tecnologica, evidenziando come la funzione di *hub* sia correlata, oltre al livello delle specifiche competenze professionali, anche alle dimensioni della struttura.

VIII.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 potenziare:

- la rete Ostetrico-ginecologica, con l'obiettivo di applicare l'Accordo del 16 dicembre 2010 al fine di garantire il percorso nascita, con la previsione di razionalizzare i punti nascita in Area vasta entro il 2012, con l'intento di incrementare la sicurezza del parto, garantendo la presenza di una guardia attiva medico-ostetrica e neonatologica/pediatrica in tutti i punti nascita che rimarranno attivi, e di ridurre il numero dei tagli cesarei;
- 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 di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica che ha come punto di riferimento regionale la S.O.D. di Diabetologia Pedriatica del Salesi, anche al fine di razionalizzare la spesa sanitaria dovuta alla prescrizione dell'ormone della crescita;
- la rete Ortopedico-traumatologica, anche per la criticità legata alla mobilità extraregionale della popolazione marchigiana;
- lo sviluppo della chirurgia plastica e ricostruttiva;
- la rete per il Trauma grave, con coinvolgimento dell'A.O.U Ospedali riuniti di Ancona e dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord, dove è già attiva una UO di Neurochirurgia, cui dovrà aggiungersi, per il sud della Regione anche l'Ospedale di San Benedetto del Tronto, non appena sarà attivata l'UO di Neurochirurgia, già prevista;
- 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, con lo scopo di:

  -ridurre il peso dei disturbi psichiatrici che passano dall'età evolutiva, all'età adulta e di diminuire l'insorgere della malattia psichiatrica in età adulta, prevedendola;

  -definire un percorso di gestione a ricovero psichiatrico di soggetti di età inferiore ai 18 anni, soprattutto relativamente alle sempre più frequenti situazioni di emergenza/urgenza;
- la rete per il trattamento delle patologie reumatiche;
- la rete delle Malattie rare e lo sviluppo dello screening neonatale per la ricerca delle malattie metaboliche;
- 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; tale rete dovrà essere qualificata anche attraverso lo sviluppo di centri di riferimento di Area vasta.
- la rete odontoiatrica con particolare attenzione alle azioni che garantiscono :

- la collaborazione funzionale tra odontotecnico e odontoiatra per l'eliminazione dei problemi masticatori con la messa in opera dei dispositivi protesici e con la presenza in studio per atti tecnici dell'odontotecnico, fatto salvo il diverso parere dell'odontoiatra;

- lo sviluppo dell'odontoiatria sociale valorizzando il centro di riferimento della SOOD odontostomatologica chirurgica e speciale dell'Azienda ospedaliera universitaria "Ospedali riuniti di Ancona" .

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.

VIII.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 fornito indicazioni in merito a:

- 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 2012-2014 gli obiettivi da perseguire quindi 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-cardiochirugico.

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;
- sviluppare ulteriormente le azioni volte a diffondere l'istallazione e l'utilizzo dei defibrillatori semi-automatici in ambiente extra-ospedaliero, assicurando la copertura del aree ad ampio flusso pubblico con priorità per le Scuole, Università, Aeroporti, Uffici Pubblici e palestre.

VIII.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 dato indicazioni in merito alla:

- Rete regionale per l'assistenza all'Ictus

L'organizzazione della Rete deve essere basata su due modelli organizzativi integrati in una ottica di Area vasta: Stroke Unit e Stroke team, secondo 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 Ospedaliero Universitaria "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 2012-2014 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 articolare 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.

VIII.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.

VIII.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'U.O. 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 palli azione;

- sviluppo di Percorsi diagnostico-terapeutici per le principali patologie oncologiche;
- sviluppo della Rete degli HOSPICE;
- sviluppo di competenze psico-oncologiche
- 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.

La riorganizzazione della rete oncologica dovrà necessariamente prevedere l'utilizzo delle risorse diagnostiche (radiologia tradizionale, risonanza magnetica, medicina nucleare, citologia, anatomia patologica) e trattamentali (ad es. chirurgie) nel rispetto degli standard già codificati a livello di società scientifiche e di procedure che andranno implementate a livello regionale, per conseguire qualità assistenziale di grado elevato.

La rete oncologica si avvarrà dello sviluppo del registro tumori che, già previsto tra le attività dell'ARS, dovrà essere compiutamente sviluppato per rendere coerenti gli interventi in ambito predittivo, preventivo e trattamentale.

VIII.3.5 La rete ematologica

La necessità di stabilire regole alla base del funzionamento della rete, secondo le indicazioni della Cabina di regia regionale, suggerisce 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 consulenza 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 forzatamente sfavorita dalle caratteristiche di viabilità;
- la possibilità nei poli periferici Spoke di favorire la gestione di patologie ematologiche in pazienti geriatrici.

VIII.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, onde evitare, nei Centri Dialisi, un turn-over che non tenga conto dell'assoluta esigenza di peculiare specializzazione;
- coinvolgimento delle Associazioni rappresentative degli Emodializzati nelle decisioni inerenti le attività dei centri, la loro predisposizione, ristrutturazione e riconversione.

VIII.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 infat ti 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.

La rete dei trapianti rappresenta un'eccellenza del territorio regionale che dovrà essere ulteriormente potenziata per rispondere non solo alle esigenze locali ma anche a richieste di altre regioni.

VIII.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.

VIII.3.9 La rete gastroenterologica

Nell'ambito della Cabina di Regia "Reti cliniche" il gruppo di progetto Gastroenterologia ed endoscopia digestiva ha lavorato sulla definizione della rete La rete regionale prevede un "hub", collocato a livello dell'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Ancona, cui dovrebbero essere devoluti i casi a maggiore intensità assistenziale, e gli "spoke" individuati per Area Vasta.

Ogni spoke è rappresentato da una UOC di Gastroenterologia dotata di posti letto autonomi e di un Servizio di Endoscopia Digestiva.

Tali spoke di Area Vasta devono garantire:

- attività di ricovero programmate e in urgenza;
- attività di endoscopia digestiva programmate e in urgenza prevedendo una pronta disponibilità endoscopica nelle 24 ore.

L'istituzione di una funzione di Gastroenterologia ambulatoriale nel territorio è fondamentale per:

- governare l'appropriatezza e le liste d'attesa nelle attività di endoscopia digestiva;

- gestione del paziente con malattie dell'apparato digestivo in ambito territoriale attraverso la creazione di profili assistenziali diagnostico-terapeutici condivisi con il MMG.

Il potenziamento dell'attività di screening in ambito di Area vasta costituisce uno degli obiettivi prioritari della rete gastroenterologia.

VIII.3.10 La rete neonatologica

L'approvazione della DGRM 25 luglio 2011, n. 1088, che recepisce l'Accordo della Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 relativo alla riorganizzazione dei punti nascita, modifica l'organizzazione della rete neonatologica che dovrà essere adeguata alle indicazioni previste dal suddetto Accordo.

Entro il 2012 l'intero assetto relativo ai punti nascita con contestuale definizione delle UO di Ostetricia e Ginecologia e Pediatria/Neonatologia dovrà essere operativa.

La rete neonatologica sarà formata da strutture di I livello, che insistono in strutture che effettuano mille parti all'anno (limite minimo indicato quale ottimale dall'Accordo citato; fatte salve aree con difficoltà viarie per il trasporto assistito materno) e dalla struttura di II livello, individuata presso la struttura del "Salesi".

I documenti prodotti antecedentemente dovranno essere rivisti ed omogeneizzati con la DGRM 1088/2011, eliminando tutte le parti in contrasto con l'atto stesso.

VIII.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 primi 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 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 (anno1987) 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 dalla Associazioni di settore.

Ricordiamo infine il progetto prevenzione Diabete, realizzato in attuazione dell'intesa sancita in sede di Conferenza Stato regioni del 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.

VIII.3.12 Le malattie respiratorie croniche

La Regione Marche ha attivato negli ultimi tre anni alcuni progetti finalizzati a migliorare la qualità dell'assistenza nei pazienti affetti da bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO):

- progetti di Audit clinico tra i Medici di Medicina Generale con l'obiettivo di valutare l'appropriatezza della diagnosi, della stadiazione e della terapia nei pazienti affetti da BPCO;
- progetti di empowerment dei pazienti affetti da BPCO e dei loro care giver con l'obiettivo di sviluppare in loro le capacità di comprensione della propria patologia e di autogestione della stessa;
- un progetto finalizzato all'individuazione del fabbisogno di cure palliative nei pazienti con BPCO.

Partendo da queste esperienze, nel prossimo triennio è necessario passare dall'approccio per progetti singoli ad un "programma regionale" di sviluppo di una Rete regionale per la assistenza dei pazienti affetti da BPCO. Il programma regionale dovrà sviluppare i seguenti temi:

- linee guida regionali sugli interventi efficaci nella prevenzione, diagnosi e trattamento dei pazienti affetti da BPCO;
- linee di indirizzo e standard di qualità per i percorsi assistenziali dei pazienti affetti da BPCO;
- organizzazione della rete regionale per la BPCO;
- sviluppo di programmi regionali di empowerment dei pazienti affetti da BPCO e dei loro care giver;
- sistema regionale di monitoraggio della qualità dell'assistenza ai pazienti affetti da BPCO.

Il programma regionale verrà definito insieme a tutti gli stakeholders interessati, pazienti, medici specialisti, medici di medicina generale, fisioterapisti, infermieri, farmacisti etc., e a tale scopo verrà formalizzato un Comitato di coordinamento composto dai suddetti stakeholders che avrà anche il mandato di monitorare nel tempo il livello di implementazione del programma su tutto il territorio regionale.

IX RETE TERRITORIALE

IX.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 Kmq, come riportato nella allegata tabella

Zona Territoriale n.	Distretto Sanitario	Popol.ne	KMQ	Abitanti per Kmq
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 Territorialel 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
	TOT.DISTRETTI N.23	**1.434.557**	**9.037,13**	**158,74**

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'articolo10 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 compartecipate 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.

IX.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.

L'ampliamento degli ambiti territoriali dei Distretti realizzato dalla L.R.17/2011 necessiterà dello sviluppo di un modello organizzativo in grado di supportare adeguatamente il ruolo di governo distrettuale. Infatti la nuova dimensione dei Distretti da un lato enfatizza il ruolo nella programmazione territoriale, dall'altro indebolisce i meccanismi direzionali sulla erogazione di prestazioni per l'aumento della distanza gestionale tra la Direzione di Distretto ed i luoghi di produzione.

Si prefigura quindi l'utilità di ripensare agli assetti dirigenziali del line operativo distrettuale anche in funzione dell'ineludibile percorso di sviluppo delle Equipe Territoriali verso modelli erogativi di cure primarie, preconizzato anche dai recenti orientamenti ministeriali.

Nel nuovo Distretto bisognerà ripensare anche alla regolamentazione dei rapporti con gli altri ruoli di governo, ed in particolare con i Dipartimenti Territoriali (Salute Mentale e Dipendenze Patologiche), onde consentire la salvaguardia della necessaria coerenza programmatoria e gestionale.

Il distretto è quindi il livello territoriale di base 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 previsti nell'Allegato 2 del Patto della salute 2010-2012.

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 forma 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.

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 privata 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.

In tale logica, come accennato in precedenza, le Equipe Territoriali dovranno gradualmente sviluppare una funzione erogativa per ambiti definiti di popolazione, costituendo il primo nucleo di risposta delle cure primarie in un'ottica di responsabilizzazione alla spesa e condivisione di obiettivi e meccanismi operativi. Come prefigurato dai recenti orientamenti ministeriali (documenti sull'organizzazione delle cure primarie e sulla modifica all'art.8 del d.lgs.502/92) esse dovranno via via assumere lo status di vere e proprie articolazioni organizzative territoriali operando in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del Distretto.

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.

IX.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 costituitivi. 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 entrerebbe 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". All'interno della rete delle cure primarie particolare attenzione dovrà essere data alla Continuità Assistenziale, in quanto il suo ruolo è palesemente cruciale dovendo da un lato garantire la continuità della presa in carico dell'assistenza primaria e dall'altro assicurare una prima risposta ai percorsi clinici dell'emergenza – urgenza. Questa funzione di ponte tra due ambiti assistenziali che operano con logiche organizzative sostanzialmente differenti, rende critica l'esplicitazione delle peculiari attività e quindi bisognerà elaborare modelli organizzativi dedicati alla specificità del ruolo che possano contemperare l'incardinamento nelle forme organizzate

delle cure primarie (Equipe Territoriali) con il raccordo al sistema territoriale di emergenza – urgenza.

Obiettivo dell'attuale piano:

- sviluppare mediante specifici accordi le funzioni delle Equipe Territoriali verso un modello organizzativo più strutturato finalizzato al governo dell'erogazione delle cure primarie per ambiti definiti di popolazione riconsiderando, 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."

La rivisitazione del sistema delle cure domiciliari in un'ottica di rete parte dal Punto Unico di Accesso e modula l'accesso ai servizi attraverso la Unità Valutativa Integrata sino al Piano di Assistenza Individualizzato. Il relativo debito informativo deve essere conforme ai vincoli scaturiti dalle indicazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Assegnare alle cure domiciliari integrate (ADI) un finanziamento pari al 2% della spesa sanitaria per un obiettivo di circa 15.000 assistiti.

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/H24**,** 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 realizzata la Casa della salute di Urbania.

E' stata recentemente avviata una ricognizione su tutto il territorio per censire le Case della salute attivate con i relativi modelli organizzativi. Questo consentirà di programmare una ulteriore fase di sviluppo delle Case della salute che partirà dalla adozione di un atto regionale nel quale verranno definiti i diversi livelli di complessità organizzativa sui quali modellare le esperienze esistenti nonché lo sviluppo di altre strutture. L'obiettivo è quello di far diventare le Case della salute lo strumento attraverso il quale il sistema assistenziale delle cure primarie acquisisce una identità strutturale compiuta, con la quale esplicitare, attraverso il conferimento di adeguati mezzi organizzativi, la propria mission.

Con la DGR n. 923/2009 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;
- sviluppare la diffusione territoriale delle Case della salute.

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 amministrativa 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.

Medicina complementare

L'agopuntura, la fitoterapia, l'omeopatia e la medicina manuale possono essere tecniche esclusive o integrative al trattamento consolidato in termini di efficacia, di sicurezza dell'utente e di risparmio per il SSR. Le Medicine Complementari infatti, per le scarse controindicazioni, i ridotti effetti collaterali, la forte compliance e concordance da parte dell'utente, si pongono come risorsa innovativa e aggiuntiva, mediante la quale il sistema marchigiano di salute può migliorare la risposta alle esigenze dei cittadini, garantire l'uguaglianza nell'accesso alle cure, migliorare il livello qualitativo delle prestazioni e favorire il livello di responsabilità del cittadino nella promozione della sua salute e nella prevenzione delle patologie.

Obiettivo dell'attuale piano:

Costruire un percorso finalizzato al raggiungimento di un'integrazione tra la medicina convenzionale e quelle non convenzionali nell'intento di ampliare l'offerta quali/quantitativa terapeutica per i propri cittadini, all'interno di un contesto di garanzia e sicurezza.

IX.4 LA RIABILITAZIONE

IX.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 inappropriatezza dell'utilizzo delle risorse medesime e minore efficacia dell'intervento;
- assenza della funzione di ricovero in sede extraospedaliera dedicata alle gravi cerebro-lesioni 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.

IX.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 inappropriatezza, 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 Utenza	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 Utenza	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.

Con l'Accordo del 10 febbraio 2011 la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha approvato il Piano d'indirizzo per la Riabilitazione che sostituiscono le vecchie linee guida ministeriali del 1998.

Tale Accordo necessita di uno specifico piano di applicazione regionale, basato sui seguenti indirizzi strategici:

- Centralità del cittadino salvaguardata dal progetto riabilitativo individuale (PRI) e dal conseguente percorso assistenziale e riabilitativo, nonché dalla continuità del PRI nei vari contesti e setting assistenziali;
- Necessità del PRI per il percorso e per la definizione dell'offerta riabilitativa;
- Individuazione nel PRI della conclusione della presa in cura sanitaria rispetto agli esiti;
- Organizzazione dell'equipe in team multidisciplinare e interprofessionale con evidenziazione del ruolo del responsabile del team e della sua connotazione disciplinare;
- Evidenziazione delle necessità emergenti in ambito riabilitativo con soluzioni per le criticità post-acute nelle gravi disabilità;
- Coordinamento unificato dei vari percorsi assistenziali caratterizzato dal modello dipartimentale.

IX.4.3 La pianificazione delle azioni

Le linee guida contenute nel suddetto Piano d'indirizzo 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:

- predisporre linee di indirizzo multi professionali per implementare nella Regione Marche i contenuti delle linee guida nazionali; a tal scopo dovrà essere costituito uno specifico gruppo di lavoro multidisciplinare;
- 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 affrontato 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. Pertanto il lavoro della Cabina di Regia dovrà essere aggiornato sulla base delle indicazioni scaturenti dal Piano di Indirizzo nazionale.

Obiettivo dell'attuale piano:

- predisporre linee di indirizzo multi professionali che, sulla base delle linee guida nazionali sulla riabilitazione, dettino 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;
- prevedere nel Piano di applicazione regionale, sulla base delle linee di indirizzo nazionali, l'organizzazione dei Dipartimenti di Riabilitazione per l'esplicitazione della regia assistenziale unificata (come anche di seguito esplicitato per la rideterminazione degli assetti organizzativi della riabilitazione pubblica).

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.

Una risposta adeguata a tale problema richiede di 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.

PARTE III - I PROCESSI SOCIO-SANITARI

X L'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA

X.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. 13/2003 di riordino del servizio sanitario della Regione 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 si 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 con ASUR (Direzione Generale e Aree Vaste) e, soprattutto a livello di 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 disposta 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 socio-sanitari.

X.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/Aree Vaste/Distretti Sanitari, 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 programmatorie 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.

X.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.

X.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;
- 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", 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 e s.m.i.);

- sul versante della partecipazione gli ”Organismi di raccordo territoriale”.

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.

X.3.2 Programmazione integrata sociale e sanitaria

La cornice unitaria di riferimento della programmazione regionale ha valenza strategica con una ricaduta sia sui livelli di programmazione territoriale (previsti dal nuovo assetto di riordino collegato al percorso di riforma della L.R. 13/2003 compiuto con l’approvazione della L.R. 17/2011), che sulle politiche dei settori di intervento la cui “programmazione” specifica va prevista nell'ambito degli strumenti di programmazione individuati dal presente PSSR.

La programmazione regionale socio-sanitaria si sviluppa nella prospettiva del “Piano regolatore” dei servizi integrati alla persona:

- un processo aperto di individuazione degli obiettivi, delle priorità e delle direzioni di intervento che si arricchisce nel corso della sua implementazione/valutazione;

- una modalità di sviluppo delle politiche sanitarie e sociali che interpella e orienta tutte le politiche per la coesione e il benessere della comunità;

- uno strumento strategico-organizzativo che favorisce la costruzione di interventi e progetti trasversali ed integrati.

La programmazione integrata sociale e sanitaria prevede due livelli territoriali:

- un livello di Area vasta;
- un livello territoriale di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale.

Le motivazioni di questa azione trovano fondamento nella consapevolezza che la riorganizzazione dell’assetto istituzionale ed operativo del livello territoriale di integrazione sociale e sanitaria è solo il primo passaggio di un percorso che può consolidarsi solo con l’adozione e l’effettivo utilizzo di adeguati strumenti di programmazione caratterizzati:

- dalla attenzione ai diversi livelli territoriali previsti;

- dalla articolazione armonizzata per i diversi settori di intervento: Materno-infantile, Adolescenti e giovani, Disabilità, Salute mentale, Anziani non autosufficienti, Dipendenze, Altri disagi e fragilità.

La regolamentazione della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello di Area vasta e di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale prevede:

- la predisposizione di linee guida regionali per la programmazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Area vasta;

- la predisposizione di linee guida regionali per la programmazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale;

- la definizione di un percorso di accompagnamento formativo per l’implementazione della programmazione integrata sociale e sanitaria ai diversi livelli territoriali.

X.3.3 Organizzazione e gestione in una logica di rete

Il livello territoriale, sia politico che tecnico/gestionale, dell'integrazione socio-sanitaria individuato al precedente punto II.2.1, sarà determinato da apposito atto approvato dalla Giunta 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";
- contenuto di "accordo di programma" per la regolazione dei rapporti tra Comuni e ASUR a livello di ogni Ambito Territoriale Sociale/Distretto Sanitario.

In particolare l'"accordo di programma" dovrà determinare~~,~~ le finalità, le aree di competenza, le funzioni, gli obblighi dei Comuni dell'Ambito territoriale sociale, gli obblighi della Area Vasta – ASUR, relativamente al Distretto competente, le sedi operative e le attrezzature dell' U.O. SeS., la composizione e le responsabilità dell' U.O. SeS.

L' 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.

L' U.O. SeS. sarà composta dagli operatori ~~i~~ dell'Ufficio di Piano dell'Ambito e dell'Ufficio di coordinamento per le attività distrettuali; nonché dal Coordinatore di Ambito e dal Direttore di Distretto. Alla U.O. SeS. partecipino stabilmente anche:

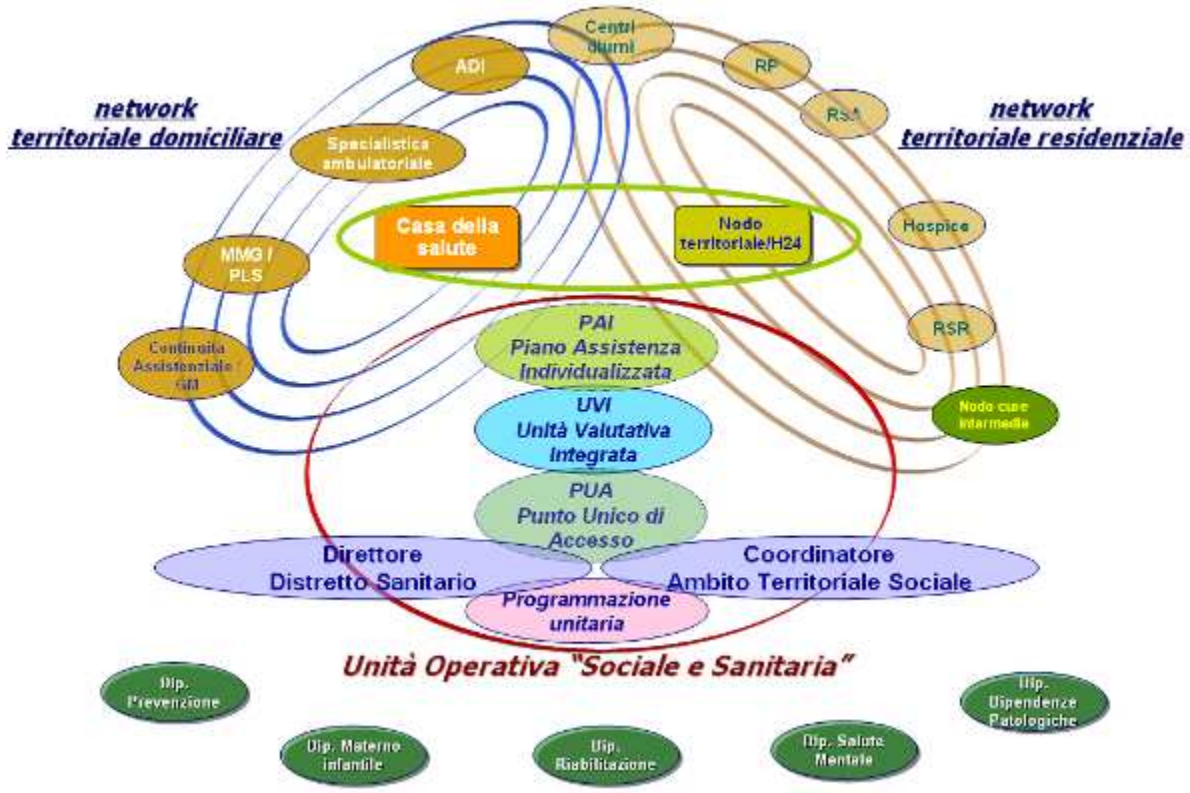
- i responsabili dei Dipartimenti che si occupano di integrazione sociale e sanitaria (dipendenze patologiche, salute mentale, riabilitazione, prevenzione...);
- i rappresentanti dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta del territorio;
- i dirigenti dei Servizi sociali dei Comuni del territorio.

Le azioni di competenza dell'U.O. SeS. sono, in particolare:

- 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)



Le reti territoriali socio-sanitarie

X.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.

Processi da definire:

a) 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).

SCHEMA LOGICO						
AREA SOCIALE		STRUTTURA	MACRO PROCESSO	STRUTTURA	AREA SANITARIA	
livelli erogativi	PROCEDURE-ATTIVITA'				PROCEDURE-ATTIVITA'	livelli erogativi
		PUA	ACCESSO	PUA		
	Registrazione dell'accesso		ACCOGLIENZA		Registrazione dell'accesso	
	Analisi del bisogno		• ASCOLTO		Analisi del bisogno	
			• INFORMAZIONE			
	Risposte informative e di orientamento		• ACCOMPAGNAMENTO		Risposte informative e di orientamento	
			ORIENTAMENTO			
			RACCOLTA SEGNALAZIONI			
			GESTIONE DOMANDA			
	Erogazione prestazioni		• ATTIVAZIONE DIRETTA DI PRESTAZIONI IN RISPOSTA A BISOGNI SEMPLICI		Erogazione prestazioni	
	Dal momento dell'intervento UVI la prestazione diventa "complessa"					
		UVI	Segnalazione del caso complesso (bisogno sociosanitario) all'UVI.	UVI		
			• PRESA IN CARICO E INTEGRAZIONE CON I SERVIZI TERRITORIALI E OSPEDALIERI. RISPOSTA A BISOGNI COMPLESSI			
	Definizione end point	PAI			Definizione end point	
	Definizione azioni				Definizione azioni	
	Definizione attori				Definizione attori	
	Definizione percorso				Definizione percorso	
	Dimissione protetta				Dimissione protetta	
	Monitoraggio				Monitoraggio	

Servizi dell'integrazione socio-sanitaria

b**)** 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) Costruzione di un sistema tariffario complessivo della residenzialità e semiresidenzialità, sia sanitarie (extraospedaliere) sia socio-sanitarie sia sociali, rappresenta un processo da portare a compimento per garantire la piena attuazione del presente piano strategico.

d) promozione del sistema integrato pubblico privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali, attraverso:

- 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 promosse azioni volte a 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;
- 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) completamento e consolidamento ~~il~~ del 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.

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, socio-sanitarie e sanitarie in particolare (anche con riferimento al Sistema RUG), ma in generale tutte le attività socio-sanitarie 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.

X.4 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI

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 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:

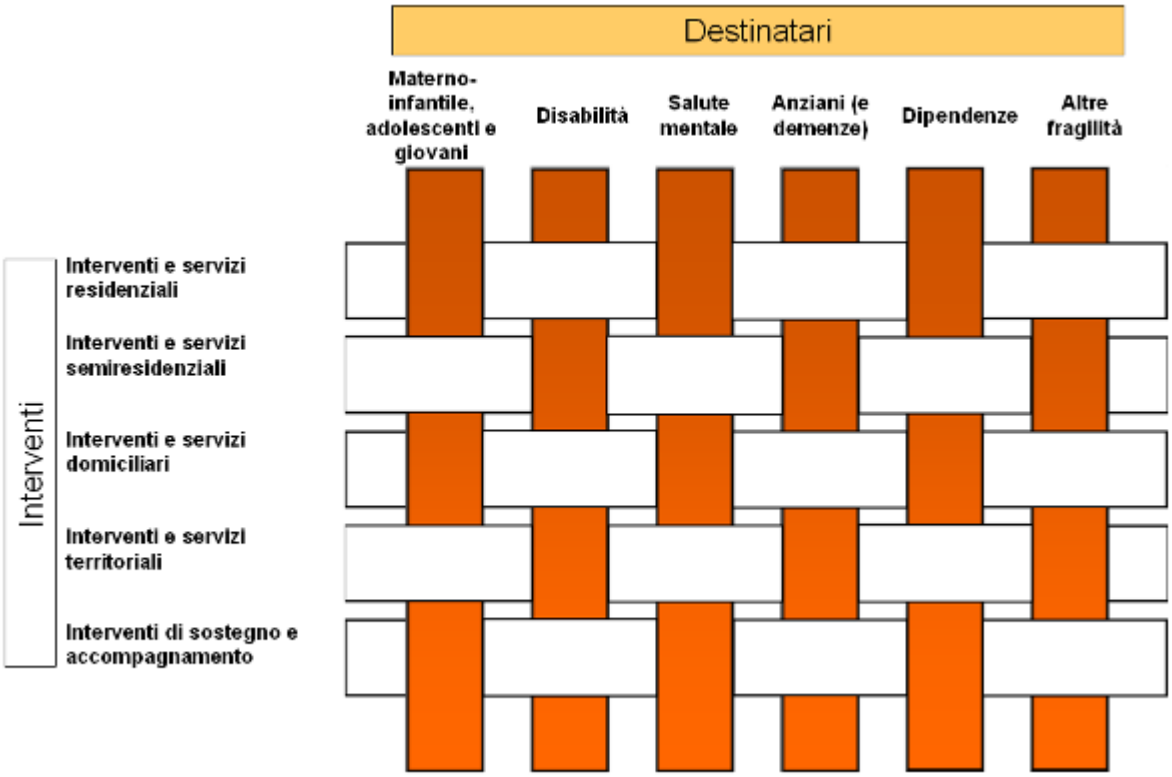
Aree	*Prestazioni - Funzioni - Livelli di assistenza*
Materno-infantile, adolescenti e giovani	• Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative; • Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche; • Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni; • Interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazione di disagio di disadattamento o di devianza; • Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi • Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi; • Prestazioni riabilitative e socio-riabilitative a minori ed adolescenti; • Prestazioni diagnostiche e terapeutiche, residenziali e semiresidenziali, a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico; • Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali; • Progetti finalizzati ad esperienze terapeutico-relazionali, lavorative e di integrazione; • Interventi di promozione di sani stili di vita.
Disabilità	• 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; • 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; • Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali; • Atti riferiti a convenzioni con i Comuni per assistenza domiciliare di base; • Progetti finalizzati ad esperienze terapeutico-relazionali, lavorative e di integrazione.
Salute mentale	• Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale; • Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo; • Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali; • Atti riferiti a convenzioni con i Comuni per assistenza domiciliare di base; • Progetti finalizzati ad esperienze terapeutico-relazionali, lavorative e di integrazione; • Interventi di educazione alla salute.
Anziani	• 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; • Assistenza domiciliare integrata; • Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali; • Atti riferiti a convenzioni con i Comuni per assistenza domiciliare di base.

Demenza	• Individuazione di procedure clinico-assistenziali e di supporto ai caregiver, uniformi sul territorio regionale; • Approvazione dei requisiti strutturali, funzionali e assistenziali della rete regionale dei servizi per la demenza; • Monitoraggio epidemiologico della demenza e del funzionamento della rete regionale dei servizi per la demenza anche mediante un Coordinamento Regionale per le demenze. • Individuazione delle modalità per il raggiungimento degli obiettivi di formazione ed aggiornamento continuo rivolto a tutti gli operatori.
Dipendenze, disagi, fragilità	• Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale; • Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali; • Progetti finalizzati ad esperienze terapeutico-relazionali, lavorative e di integrazione; • Patologie per infezioni da HIV - Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture residenziali; • Patologie per infezioni da HIV - Eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo; • Patologie per infezioni da HIV - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime semiresidenziale; • Patologie per infezioni da HIV - Prestazioni e trattamenti in regime ambulatoriale e domiciliare; • Pazienti terminali - Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale; • Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore dei detenuti - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e, riabilitative e socio-riabilitative per le dipendenze e disturbi mentali; • Interventi di educazione alla salute.
Sussidiaretà	• Forme di rapporto con altri soggetti, istituzionali e non, che erogano prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale alle diverse tipologie di destinatari; • Forme di rapporto con altri soggetti, istituzionali e non, impegnati nel reinserimento sociale, scolastico e lavorativo di diverse tipologie di destinatari; • 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; • 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; • Atti riferiti a convenzioni con Associazioni di volontariato, Cooperative sociali, Associazioni di promozione sociale relativamente a prestazioni o collaborazioni di carattere socio-sanitario.

Per ognuno dei settori di intervento individuati nell'ambito dell'integrazione sociale e sanitaria:

- nell'organizzazione del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali saranno individuate specifiche figure di riferimento con compiti di coordinamento, programmazione e integrazione;
- le "competenze specifiche" sono quelle esplicitate nello schema precedente;

- la “programmazione” specifica va prevista all’interno degli strumenti di programmazione individuati al paragrafo “Programmazione integrata sociale e sanitaria;
- 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.



La coerenza delle reti di intervento per le diverse tipologie di destinatari

X.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 n. 720/2007:

- il documento “Organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità” sarà attuato con delibera della Giunta regionale; ~~e~~ dovrà, inoltre, essere individuato 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 2007- 2009;
- la riqualificazione della rete dei Consultori familiari, luogo privilegiato per la sperimentazione dell’integrazione socio-sanitaria, prevede: la conferma e il consolidamento dell’identità di struttura, la distribuzione territoriale “adeguata” e la ricostituzione dell’équipe consultoriali. Essa va perseguita con la modifica della Delibera Consiliare n. 202/98 per la corretta presa in carico delle persone e la sua armonizzazione al nuovo assetto dei servizi, sanitari, sociali e socio-sanitari.

In particolare saranno attuate le seguenti azioni:

- il potenziamento delle figure professionali sociali e di quelle che operano in ambito psicologico per gli interventi a favore delle famiglie e la dotazione organica della rete degli operatori socio-sanitari;
- il potenziamento e specializzazione delle equipe integrate d’ambito costituite, da operatori della Sanità e degli Enti locali, ai sensi della DGR n. 1896/02 e DGR n. 869/03, impegnate in materia di adozioni internazionali e nazionali, affidamenti familiari e minori fuori della famiglia;
- la formazione congiunta degli operatori al fine di avviare percorsi metodologici omogenei con riguardo particolare alla valutazione e presa in carico;
- il sostegno alla funzioni genitoriali;
- la promozione dell’istituto dell’affidamento familiare e del consolidamento delle reti di auto-aiuto familiare;
- l’attivazione di spazi dedicati alla mediazione familiare e spazi neutri in cui le coppie separate o in via di separazione possano sperimentare positivamente modalità relazionali funzionali al ruolo genitoriale ed incontrare i figli.
- l'attivazione di spazi dedicati all'intervento del contrasto e del recupero di situazioni di maltrattamento ed abuso all'infanzia, con riferimento alla prevenzione, alla valutazione, alla presa in carico ed al trattamento dei soggetto coinvolti, organizzando l'azione di professionisti competenti e qualificati nell'ambito dei servizi integrati sanitari e sociali.

Nell’ambito delle prestazioni, delle funzioni e dei livelli di assistenza del settore troveranno applicazione e sviluppo:

- attività ambulatoriali di cura e riabilitazione per minori in situazione di disagio e per le loro famiglie, anche con interventi di psicoterapia individuale, di coppia, di gruppo e familiare;
- assistenza ambulatoriale alla gravidanza fisiologica;
- interventi di valutazione e presa in carico di famiglie multiproblematiche su invio delle Autorità Giudiziarie Minorili;
- specifici percorsi di prevenzione, soprattutto se rivolti all'età infantile, ed eventi di diagnosi, cura e riabilitazione di soggetti in età evolutiva che menifestano disagio, disturbo psichichico, relazionale e comportamentale, problematiche neuropsicologiche, attraverso reti di sostegno alla famiglia e servizi di presa in carico sia residenziale che semiresidenziale;

- indagini epidemiologiche e finalizzate alla individuazione di nuovi bisogni della popolazione;
- intervento attivo di nei confronti delle fasce più deboli di popolazione e delle comunità di cittadini immigrati appartenenti ad etnie diverse da quella autoctona attraverso campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione;
- intervento attivo di promozione dell'allattamento materno in collaborazione coi reparti d'ostetricia;
- interventi attivi di educazione e promozione di sani stili di vita rivolti alla fascia evolutiva di riferimento del servizio da svolgersi anche in ambiti scolastico.

Verrà, inoltre, data attuazione alla legge n. 170/2010 (Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico) nel rispetto dei criteri stabiliti dalle linee guida ministeriali emanate ai sensi dell'articolo 7 della legge stessa.

I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) sono disturbi delle abilità scolastiche, di tipo settoriale, che riguardano difficoltà specifiche della lettura, della scrittura e del calcolo, in presenza di un'intelligenza nella norma. L'espressività del disturbo si modifica nel tempo e può presentare comorbidità. Essi si sostanziano nella dislessia, disgrafia e discalculia.

Se questi problemi non vengono identificati precocemente possono verificarsi significative conseguenze, come ad esempio disturbi comportamentali o relazionali e problematiche di inclusione sociale.

La legge n. 170/2010 citata, prevede una serie di interventi (formazione insegnati, specifiche misure educative e didattiche, etc,) volti, in particolare, a garantire il diritto all'istruzione e la piena integrazione sociale e lavorativa dei soggetti affetti da DSA. Gli interventi in questione, presuppongono una diagnosi precoce del disturbo che la normativa statale dispone sia effettuata nell'ambito dei trattamenti specialistici assicurati dal servizio sanitario regionale o tramite strutture e specialisti privati accreditati.

In attuazione della suddetta disciplina statale e delle linee guida ministeriali, sarà predisposta apposita normativa attuativa.

X.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, riguardanti l'adozione di un atto normativo che recuperi i contenti 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.

Nell'ambito delle prestazioni, delle funzioni e dei livelli di assistenza del settore troveranno applicazione e sviluppo:

- interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di soggetti in età evolutiva in situazioni di disabilità finalizzati al recupero funzionale e all' integrazione scolastica e sociale.

Progetto autismo Marche:

La Regione Marche ha attivato dal 2002 un progetto integrato di tipo socio- sanitario, che prevede una serie di servizi a favore della persona con disturbo autistico e della sua famiglia lungo tutto l'arco della vita. Infatti, la finalità di fondo che si intende perseguire è quella di attivare un reale progetto di vita articolato in:

- un servizio regionale con funzioni di diagnosi, presa in carico e ricerca rivolto a soggetti in età evolutiva (già attivato nell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord");
- una serie di servizi diurni per adolescenti ed adulti;
- un riferimento di tipo sanitario per adolescenti ed adulti;
- un servizio residenziale riservato a persone con autismo e una serie di disponibilità nei servizi residenziali già esistenti per persone con autismo, tramite i quali affrontare le problematiche dei soggetti senza un adeguato sostegno familiare;
- una serie di iniziative di sostegno e consulenza alla famiglia, in modo da aiutarla in un percorso sempre complesso e sovente caratterizzato da decisioni non facili da assumere.

Nel corso di questi anni di lavoro sono state sviluppate numerose iniziative riferite ai diversi punti del progetto, che andranno perfezionate e completate nel prossimo triennio.

X.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 n. 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;
- sviluppo dei servizi sollievo;
- interventi specifici per la prevenzione e l'intervento disagio mentale giovanile;
- educazione alla salute in raccordo con gli altri servizi che si occupano di promozione alla salute;
- sistema informativo della Salute Mentale coerente con le indicazioni del Decreto Ministeriale 15 ottobre 2010;

Nell'ambito dei percorsi terapeutico-assistenziali del territorio verranno inoltre programmate e attuate specifiche azioni di presa in carico e cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare in forte integrazione tra l'area della Salute mentale, l'area dell'Assistenza territoriale con riferimento al Direttore di Distretto, le discipline mediche interconnesse, il sistema dei servizi sociali, le organizzazioni del terzo settore e del privato sociale impegnate in questo ambito.

Occorre, inoltre, promuovere l'istituzione del Garante regionale per la salute mentale.

X.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, riguardano:

1. il 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;
- al potenziamento dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche nel cui territorio è presente una struttura penitenziaria;
- alla individuazione di personale con competenze specifiche dedicato alle valutazioni di legge per l'elaborazione di programmi alternativi alla detenzione;
- a progetti finalizzati alla implementazione della presa in carico precoce al fine della prevenzione del rischio suicidario dei detenuti tossicodipendenti.

2. il sistema informativo: implementazione operativa del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze patologiche (SIND) e dell'Osservatorio Regionale sui Comportamenti d'Abuso (ORCA), da mettere in rete con gli osservatori delle altre Regioni oltre che con quello del Dipartimento nazionale Politiche Antidroga (progetto nazionale "Network Italiano Osservatori Dipendenze");

3. i trattamenti: oltre ai trattamenti consolidati per i consumatori di droghe illegali, è prioritario il sostegno ad interventi, anche sperimentali, nell'ambito delle principali dipendenze comportamentali rispetto agli adolescenti consumatori di sostanze potrà essere sperimentato un trattamento multidimensionale che preveda il forte coinvolgimento delle famiglie. Al fine di ridurre il numero dei decessi droga-correlati, è infine opportuno analizzare il fenomeno nel dettaglio e potenziare le misure di riduzione del danno;

4. la formazione e la consultazione: in collaborazione con l'ASUR, sarà realizzato un programma di formazione-accompagnamento per i Responsabili dei Dipartimenti per le Dipendenze finalizzato a sviluppare le competenze gestionali di strutture complesse. Attraverso la Consulta regionale sulle dipendenze sarà possibile una consultazione permanente di supporto alla programmazione ed alla valutazione degli interventi.

Nell'ambito delle prestazioni, delle funzioni e dei livelli di assistenza del settore troveranno applicazione e sviluppo:

- progetti finalizzati alla Prevenzione, in collaborazione con gli altri organismi e servizi preposti alla promozione della salute ed alla prevenzione, e con le istituzioni scolastiche più in particolare;
- attività di servizio sociale e specialistiche psicologiche rivolte a detenuti tossicodipendenti per la garanzia delle valutazioni di legge per l'elaborazione di programmi alternativi alla detenzione;
- progettazione operativa ed attività terapeutiche rivolte ai singoli ed alle famiglie per comportamenti da "addiction" e nuove dipendenze (internet, gioco d'azzardo, acquisti compulsivi, ecc.)

X.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 riguardanti:

- l' approvazione e attuazione dell'Accordo sul percorso di allineamento delle tariffe delle Residenze Protette alla normativa vigente nel periodo 2010-2013;
- la 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.

Azioni di sistema:

- qualificazione e unicità dell'accesso ai servizi integrati sociali e sanitari per gli anziani non autosufficienti);
- potenziamento e riorganizzazione complessiva del sistema di Valutazione della non autosufficienza nell'ambito delle "Unità Valutative Integrate" quali punti unici integrati socio-sanitari per la valutazione, la presa in carico e la dimissione dell'anziano, e quali snodi per l'obiettivo dell'appropriatezza delle prestazioni;

- contenimento del flusso di “istituzionalizzazione” dell'anziano non autosufficiente all’interno delle strutture residenziali in una prospettiva di potenziamento del sistema delle cure domiciliari;
- prosecuzione fino al suo completamento della riqualificazione e dell’aggiornamento specifico per il personale dei servizi per gli anziani non autosufficienti attraverso l’aggiornamento degli operatori socio sanitari già operanti nei servizi residenziali e semiresidenziali;
- riordino complessivo del sistema delle cure domiciliari con riferimento particolare all’ADI attraverso la predisposizione di linee guida al fine di poter conseguire caratteri di omogeneità nel processo di valutazione, presa in carico, trattamento e dimissione del paziente.

X.4.6 Area della Demenza

La demenza, una delle principali cause di disabilità e di disagio sociale per il mondo occidentale, rappresenta una priorità assistenziale la cui rilevanza, soprattutto in termini di costi sociali, è destinata ad aumentare nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione associato anche all'aumento dell'aspettativa di vita. La complessità dell’assistenza richiesta dalla malattia di Alzheimer e demenze correlate, necessita di un modello organizzativo che sia in grado di:

- riconoscere la centralità del paziente e della sua famiglia come luogo elettivo di cura, anche attraverso programmi di assistenza dedicata e di formazione periodica alla famiglia stessa;
- prendersi carico del paziente, proponendo soluzioni pratiche e individualizzate;
- avvio dei servizi di sollievo alle famiglie;
- fornire sostegno alle famiglie dei pazienti, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato;
- svolgere un’attività di formazione continua rivolta a tutti gli operatori coinvolti;
- attuare il monitoraggio della malattia nell’intero territorio;
- attivare processi di verifica del sistema finalizzati al miglioramento del modello organizzativo pianificato.

X.4.7 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).
Una attenzione particolare dovrà essere posta al tema dei diversi orientamenti sessuali degli utenti del SSR. Di fatto a causa dell'invisibilità sociale, determinata da fattori diversi, la presenza dei pazienti ambo/bisessuali nello studio medico non viene gestita in maniera congrua con il rischio di allontanare le persone dai servizi socio-sanitari o di trascurane le specifiche vulnerabilità sanitarie. A tal fine dovranno essere attivati interventi volti allo sviluppo di formazione al tema per gli operatori socio-sanitari e interventi di monitoraggio che consentano di valutare eventuali situazioni di discriminazione nell'accesso ai Servizi socio-sanitari attraverso l'istituzione di uno Osservatorio permanente.

- 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

Sulla base delle risultanze del laboratorio delle Manifestazioni di Interesse per l'Integrazione socio-sanitaria "L'accompagnamento delle fragilità in sanità" dell'ASUR e del successivo progetto, sempre della Direzione Generale ASUR : "Coerenza delle fasi dei processi di assistenza alla fragilità" si definiranno atti cogenti di tutela specifica delle persone fragili "nel" sistema dei servizi, con particolare riferimento a:

- il percorso coerente: prassi operative di coinvolgimento delle associazioni di tutela, dei patronati, del volontariato e/o di organismi diversi esterni al sistema sanitario e sociale;
- i sistemi dialoganti: semplificazione dei rapporti tra MMG, PLS, Ospedali, UVD integrate, commissioni medico-legali e servizi sociali diversi;
- l'ospedale permeabile: informazioni e comunicazioni per il miglioramento della logicità e tempestività degli interventi per il cittadino interni al sistema ospedale e tra questo ed altre Aziende o sistemi.

X.4.8 Area del contrasto alla violenza sulle donne

Nel corso dell'ultimo ventennio la situazione sociale complessiva sia nazionale che regionale è profondamente cambiata. L'aumento dell'instabilità coniugale, il calo delle nascite, le trasformazioni dei modi di formazione delle famiglie, l'aumento del tasso di attività della popolazione femminile, l'aumento della presenza straniera, la diffusione della microcriminalità e con essa del senso di insicurezza dei cittadini, l'emergere della violenza domestica nelle sue varie forme (fisica, psicologica, economica, sessuale, anche alla presenza dei figli) sono fattori che si traducono in nuovi bisogni e nella necessità di individuare adeguate risposte innovative da parte del sistema dei servizi.

L'ONU, con la "Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne del 20 dicembre 1993, ribadita nel 2000, definisce la violenza contro le donne: "ogni atto legato alla differenza di sesso che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale o psicologico o una sofferenza della donna compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o arbitraria coercizione della libertà sia nella vita pubblica che in quella privata".

Il Consiglio d'Europa ha dichiarato che la violenza domestica è la principale causa di morte o invalidità per le donne tra i 16 e i 44 anni, prima ancora del cancro e degli incidenti stradali.

La violenza alle donne è un problema rilevante di salute pubblica che ha gravi e durature implicazioni immediate e future sulla salute e sullo sviluppo psicologico e sociale di individui e famiglie.

La sconfitta della violenza nei confronti delle donne passa attraverso un'iniziativa politica e culturale che metta al centro la costruzione di un diverso modello nelle relazioni tra donne e uomini, un altro sistema di valori e un'idea della sessualità che non autorizzi gli uomini a disporre del corpo delle donne e che riconosca la piena autonomia e libertà delle donne a muoversi e a vivere pienamente la loro esistenza.

Il contrasto alla violenza sulle donne deve trovare risposte nella realizzazione di percorsi di presa in carico che presuppongono l'intersettorialità degli interventi unitamente al conseguente riequilibrio delle risorse, sia per consolidare quanto già attuato da parte dei territori sia in rapporto alla progettualità ed alle azioni da implementare.

La situazione nel territorio della Regione è molto diversa in termini di offerta assistenziale e deve essere un obiettivo della programmazione regionale garantire un livello omogeneo di assistenza, alle vittime in tutti i territori al fine di eliminare le disparità di accesso.

Le risposte assistenziali alle vittime presuppongono l'integrazione a vari livelli (interdisciplinare, interprofessionale, intersettoriale tra enti ed istituzioni presenti nel territorio); la continuità degli interventi costituisce l'elemento irrinunciabile per fornire risposte adeguate. La continuità degli interventi e la presa in carico debbono realizzarsi attraverso la messa in rete dell'ospedale, del territorio, degli ambiti sociali, delle istituzioni Provinciali, delle forze dell'Ordine, della famiglia, della scuola, del mondo del lavoro, delle organizzazioni no-profit che diventano nodi di una rete capace di integrare professionalità e servizi e di offrire le prestazioni necessarie, con continuità nei passaggi da un nodo all'altro della rete.

La Regione Marche è attiva con la legge regionale n. 32/2008 "Interventi contro la violenza sulle donne" che mira ad assicurare alle donne vittime della violenza e ai figli minori un sostegno per consentire loro di recuperare la propria individualità e riconquistare la propria dignità e libertà.

Con la l.r. 32/2008 la Regione Marche ha individuato esplicitamente le funzioni che devono essere svolte dall'ente per poter arginare il fenomeno della violenza, ha attribuito alla Regione un ruolo di incentivo all'attività di prevenzione della violenza di genere anche attraverso la sensibilizzazione dell'opinione pubblica, la diffusione della cultura della legalità e del rispetto dei diritti nella relazione tra i sessi ed un ruolo di sostegno alle vittime degli atti di violenza, sia in termini psicologici sia in termini materiali, attraverso la promozione ed il supporto all'attività dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza, in quanto luoghi deputati a garantire ospitalità, protezione, solidarietà e soccorso alle vittime di abusi, indipendentemente dalla loro cittadinanza, e attraverso la specifica formazione di operatori.

Con la l.r. 32/2008:

- sono stati finanziati ed avviati nelle cinque province marchigiane (uno per ogni provincia, due nella provincia di Ascoli Piceno) sei centri antiviolenza;
- è stato finanziato il potenziamento della casa di accoglienza, Rifugio Zefiro, gestita dalla Cooperativa Sociale La gemma Soc. Coop. Onlus;
- è stato istituito presso la Regione Marche il Forum permanente contro le molestie e la violenza di genere. Tale Forum è sede di dialogo e confronto fra le istituzioni e la società in materia di prevenzione e contrasto alle molestie e alla violenza di genere;
- sono state promosse specifiche campagne informative su azioni di promozione e informazione contro la violenza sulle donne.

Interventi da implementare

Le azioni primarie prevedono la messa in campo di una pluralità di interventi di informazione, di sensibilizzazione sul fenomeno per la prevenzione e il contrasto dello stesso, nonché di interventi di sostegno alle donne e alle loro famiglie attraverso:

- il rafforzamento dei Centri Antiviolenza istituiti con la legge regionale n. 32/2008, che debbono rispondere ai requisiti previsti garantendo prestazioni minime e omogenee per tutto il territorio regionale;
- l'incentivazione e rafforzamento delle reti di relazioni in tutti i territori provinciali attraverso protocolli istituzionali che impegnino più istituzioni possibili ad affrontare ognuno, per le proprie competenze, il fenomeno e a condividere piani di azione comuni;

- l'incentivazione e realizzazione di protocolli operativi settoriali, che coinvolgano i vari operatori, ognuno per le proprie specifiche competenze quali operatori di pronto soccorso, socio-sanitari (dei comuni, consultori, servizi di salute mentale, medici di base), operatori dell'ordine pubblico (vigili, forze dell'ordine), operatori della giustizia (giudici, magistrati, avvocati) operatori dei servizi del mondo del lavoro (job, associazioni di categoria, sindacati, ecc), mondo della scuola (uffici scolastici, dirigenti scolastici, insegnanti);
- la progettazione di percorsi educativo-culturali nelle scuole sulla cultura del rispetto e del valore delle differenze a partire da quella di genere. L'azione di prevenzione deve iniziare necessariamente dalle scuole di primo grado con azioni formative rivolte alle/agli insegnanti, realizzate in accordo con l'ufficio scolastico regionale affinché inserisca la formazione nell'obbligo di aggiornamento;
- la programmazione di una formazione continua da realizzare secondo le esigenze dei singoli territori, ma con indicazioni comuni contenute nelle linee guida regionali. La programmazione deve prevedere momenti formativi specifici di base (I livello) per singole categorie di operatori, e di approfondimento (livello avanzato) per facilitare l'interscambio di esperienze, contatti, relazioni e promuovere il confronto sui modelli d'intervento e sulle criticità.

È inoltre, necessario:

- rafforzare e riqualificare i consultori familiari al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali e sanitari a favore delle donne, sostenendo forme specifiche di tutela attraverso la qualificazione del sistema e degli operatori del settore, al fine di mettere al centro dell'attenzione la famiglia, la donna, il minore, l'adolescente, garantendo ad ognuno assistenza specifica nelle situazioni di disagio e/o di violenza dovute a situazioni familiari, sociali e relazionali.

- riqualificare e coinvolgere i servizi di salute mentale affinché si inseriscano a pieno titolo nella rete dei servizi antiviolenza per assicurare l'assistenza e la cura alle vittime che spesso, nelle casistiche di violenze perpetrate o profondamente segnanti, manifestano patologie più o meno gravi di instabilità o disordini della personalità, depressioni e altre patologie.

Il sistema interistituzionale deve poi riqualificare i servizi attraverso:

- percorsi di formazione degli operatori (congiunta e specialistica);
- adozione di strumenti operativi condivisi (protocolli, linee guida);
- costituzione di équipe multi professionali ed interistituzionali ad alta qualificazione con un dimensionamento tale da offrire un'adeguata risposta ai bisogni; tali equipes devono collaborare con i servizi di base al fine di garantire la correttezza della diagnosi, assicurare la tempestiva risposta in caso d'urgenza e realizzare un articolato progetto di presa in carico e riparazione.

Azioni in Emergenza

Come risposta immediata alla violenza il Pronto Soccorso, sulla base di indirizzi e criteri d'intervento omogenei nel territorio regionale dettati dalla Giunta regionale deve:

- definire protocolli operativi per il soccorso alle vittime al fine di garantire un'omogeneità assistenziale su tutto il territorio regionale;
- garantire la formazione specifica degli operatori per la corretta applicazione dei protocolli;

- utilizzare procedure omogenee nel territorio regionale (p.es. codici/codifiche della classificazione ICC9CM nella diagnosi di dimissione) necessarie per il monitoraggio del fenomeno.

Ulteriore elemento fondamentale, che deve coinvolgere tutti i soggetti della rete socio/ sanitaria è quello di garantire alle vittime di violenza domestica ed ai minori, la possibilità di un immediato allontanamento per la messa in sicurezza o accoglienza in strutture "sicure". Ciò può avvenire subito dopo la dimissione dal PS o dopo l'intervento delle forze dell'ordine. A tale scopo diventa necessario realizzare una rete di collegamento tra le varie istituzioni pubbliche e le reti di solidarietà sociale. Nella progettazione degli interventi per la gestione dell'emergenza possono/devono essere previste anche convenzioni con soggetti diversi (es. alberghi, comunità, strutture religiose ecc) che gestiscono l'accoglienza.

Azioni di Post emergenza

Estensione e consolidamento dei presidi e delle strutture che vengono mobilitati nel percorso riparativo per le donne ed i minori vittime di violenze.

Dovranno essere progettati percorsi socio sanitari per:
- la cura del trauma e la riduzione degli effetti post traumatici;
- la reintegrazione sociale e l'autonomia;
- la reintegrazione lavorativa.

X.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 territoriale relativamente a:
  - ruolo e funzione del "Comitato dei Sindaci" di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale;
  - composizione e funzionamento degli organismi di partecipazione **e** 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;
  - armonizzazione degli strumenti di programmazione e gestione;
  - rafforzamento del livello di efficienza ed efficacia del sistema, attraverso il miglioramento del disegno organizzativo e l'eliminazione di diseconomie generate dalle sovrapposizione di funzioni nel livello gestionale e operativo;
  - implementazione della rete territoriale per gli interventi sociali e sanitari nell'ambito delle seguenti aree: fragilità, dipendenze patologiche, salute mentale, anziani, disabilità, materno-infantile, adolescenti, giovani, disturbi della condotta alimentare;

- predisposizione di atto di indirizzo della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello di Area Vasta e di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale;
- 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 integrato con i diversi sistemi, in grado di garantire il monitoraggio di interventi e servizi, la verifica delle attività in funzione della programmazione, della organizzazione e della gestione dei servizi, anche attraverso:
    - la definizione, costruzione e utilizzo di indicatori delle attività di assistenza territoriale e di integrazione sociale e sanitaria;
    - la ridefinizione, riorganizzazione e collocazione degli "Osservatori" sociali in un'unica struttura operativa, presso l'Osservatorio Regionale Politiche Sociali.
- 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, con particolare riferimento ai non autosufficienti e alle demenze, altre fragilità.
- promozione di percorsi di accompagnamento formativo per l'implementazione del nuovo assetto dell'organizzazione dei servizi di assistenza territoriale e di integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale.
- predisposizione di percorsi Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) relativi ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa territoriale e di "reti di cura" per garantire appropriatezza e unitarietà sul territorio regionale;
- promozione di forme di sperimentazione di gestione associata di servizi sociali e socio-sanitari tramite Azienda di servizi alle persone (ASP), dando priorità alle Aziende costituite da tutti i Comuni appartenenti ad un medesimo ambito territoriale sociale;
- supporto tecnico da parte della Giunta regionale alle Aziende di servizi alla persona costituite in via sperimentale per la gestione di servizi sociali e sanitari di ambito territoriale sociale.

PARTE IV - I PROCESSI SOCIALI

XI PROCESSI SOCIALI

XI.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

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 4,7 milioni del 2011.

La mancata determinazione dei livelli essenziali è invece la costante che ha caratterizzato il decennio post legge 328/00 anche se su questo aspetto si è aperto un confronto tra governo e regioni nell’ambito degli scenari che conseguiranno alla approvazione dei decreti attuativi del Federalismo fiscale.

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 territoriale sociale 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 concretizzatasi 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 distretto "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 , investendo sempre più nelle politiche di settore, e in particolare nella non autosufficienza;
- la previsione di una incentivazione economica agli Ambiti Territoriali che avranno investito nei percorsi di rafforzamento istituzionali previsti agli articoli 30-31-32 del D.lgs. 18 agosto 2000 n. 267 o verso la costituzione di Aziende servizi alla persona con la trasformazione della figura del Coordinatore di ambito in "Responsabile tecnico della struttura".

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 programmatoria 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.

XI.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.

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, fermo restando la possibilità di individuare più ambiti territoriali sociali all'interno di ciascun distretto al fine di assicurare una maggiore integrazione socio-sanitaria, 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 programmatorio 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 anche in caso di più ambiti territoriali all’interno di un unico Distretto;
- 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 dall'ASUR (URP e sportelli della salute);
- ai sistemi integrati di valutazione multidisciplinare e di presa in carico organizzati nell'ASUR 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 pano 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 nella logica della famiglia quale soggetto centrale dei benefici del sistema di welfare e quale soggetto attivo sussidiario del sistema dei servizi e delle strutture sociali:

- interventi di politica generale e investimenti modulati sulle esigenze della famiglia (lavoro, casa, salute, istruzione, trasporti, tempi della città, ecc.);
- servizi diretti ai nuclei familiari per sostegno, accompagnamento, sollievo, integrazione (economica), inclusione sociale, ecc.;
- 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.

In questa prospettiva verranno attuate, in particolare, le iniziative sotto specificate.

Interventi normativi e regolamentari:

- particolare attenzione e sostegno alla famiglia naturale;
- rivisitazione della legge regionale n. 43/1988, per arrivare ad una normativa che regoli il sistema integrato di interventi e servizi sociali recependo sostanzialmente le indicazioni della legge n. 328/2000, mettendo al centro la famiglia quale soggetto principale del sistema di assistenza. Si dovrà prevedere un testo unico delle norme regionali in materia di servizi sociali a tutela della persona e della famiglia ;
- aggiornamento, sentito il parere della Commissione, della DGR 747/04 relativa al sistema sociosanitario regionale dei servizi per le dipendenze patologiche.
- riconoscimento dell'importanza del ruolo genitoriale nelle diverse fasi della crescita psico-fisica dei figli minori e sostegno delle azioni finalizzate a favorire il mantenimento di un rapporto equilibrato e continuativo dei figli con entrambi i genitori, anche dopo la separazione dei coniugi.

Iniziative di carattere fiscale:

- modifica dei sistemi tariffari dei servizi pubblici a domanda individuale (gas, acqua, elettricità);
- modifica del calcolo ISEE tenendo conto dei modelli affermatisi in sede locale.

Interventi di carattere assistenziale e di sostegno al reddito:

- avvio sperimentale della Family card;
- interventi di aiuto alle famiglie più povere e numerose;
- aiuti alle donne sole in stato di gravidanza.

Interventi di sostegno domiciliare

- sperimentazione progetto “Asili domiciliari”, “Agrinido” etc., da aggiungere alla rete di servizi per l’infanzia previsti dalla l.r. 9/03;
- non autosufficienza con assistenza in famiglia attraverso il potenziamento del Servizio di assistenza domiciliare per cittadini anziani non autosufficienti e la prosecuzione della sperimentazione dell’ “assegno di cura”.

Iniziative di promozione e sensibilizzazione:

- celebrazione della Festa Internazionale della Famiglia, istituita dall’ONU il 15 maggio di ogni anno.

Occorre poi evidenziare che il Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali ha un ruolo e delle competenze specifiche rispetto alle politiche familiari quali la “gestione” della l.r. n. 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 Dipartimento, nella sua componente organizzativa deputata ai servizi 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.

Un livello europeo di partecipazione

La Regione Marche adotta il Metodo Aperto di Coordinamento (MAC) nel campo della protezione e della inclusione sociale così come emerso dal progetto "Open" finanziato dalla Commissione europea – DG Occupazione, Affari sociali e Pari opportunità nell'ambito del programma PROGRESS.

Il MAC rappresenta un approccio per la UE atto a fornire un quadro per le strategie nazionali di sviluppo così come per coordinare le politiche nazionali dei paesi europei su questioni relative a povertà ed esclusione sociale, cure a lungo termine e pensioni.

Il MAC, secondo le indicazioni europee, si prefigge di sviluppare un processo di apprendimento mutuale che coinvolga lo studio di specifiche politiche, programmi o quadri istituzionali.

Il MAC costituisce quindi un vero e proprio approccio bottom-up che coinvolge i più importanti portatori di interesse sia pubblici che privati, al fine di accrescere la sensibilità verso alcune tematiche sociali rafforzando da una parte la disseminazione e la circolazione delle informazioni tra cittadini, persone svantaggiate, attori sociali pubblici e privati, politici, giornalisti e media, dall'altra sollecitando il dialogo tra gli attori sociali, i politici e i decisori in genere riportando esperienze, analisi di risultati di livello transnazionale per lo scambio di buone prassi.

La Regione Marche, nell'adozione dei propri atti di programmazione, ritiene di utilizzare tale metodo così come dichiarato a conclusione del progetto Open "Il welfare nelle Marche: quale futuro?"

Le azioni che le Marche intendono adottare

Già nel precedente Piano sociale regionale venivano descritti gli "attori sociali" protagonisti e illustrata anche la modalità di partecipazione, che viene con il presente piano confermata 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 territoriale sociale 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 territoriale sociale 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 territoriale sociale indicavamo sempre la fase di definizione delle responsabilità dei vari soggetti coinvolti nella realizzazione concreta di un progetto/servizio.

La partecipazione negli ambiti territoriali sociali

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 territoriale 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 territoriale sociale 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 2,5 milioni di euro, 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 Punto 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, presa in carico, informatizzazione delle procedure fin qui gestite con modalità cartacee-manuali (bandi, bollettazione, domande di accesso, ecc..), con indubbie 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 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

Va attivato un percorso di consolidamento dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e di sviluppo del Sistema Informativo Sociale e Socio-Sanitario articolato in varie attività:

Studio di fattibilità per la realizzazione di un primo modulo del Sistema Informativo Sociale Regionale (SISR):

1 analisi caratteristiche dei sistemi informativi gestionali di Ambiti Territoriali Sociali (ATS) sin qui realizzati;
2 individuazione dei contenuti prioritari da inserire nel primo modulo del SISR;
3 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 territoriale sociale 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.
3. Altre situazioni di fragilità

Fonti:
1 dati statistici disponibili;
2 dati amministrativi del Servizio Politiche Sociali.

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.

1) Report sul raccordo delle classificazioni;

2) Schema organizzativo per la raccolta dei debiti informativi e relative istruzioni.

Raccordi interni con le posizioni di funzione, del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali e degli altri Servizi regionali (Sistema Informativo Statistico etc.) che hanno competenze relative all'attività dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali.

1. Ambiti Territoriali Sociali (ATS);
2. ASUR e Distretti Sanitari;
3. Osservatori Provinciali;
4. Centro Servizi per il Volontariato;
5. Coordinamento Atenei Marchigiani corsi di Laurea in Servizi Sociali (CAMSS);
6. Ministero lavoro e politiche sociali;
7. 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.

XI.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 latra 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 programmatori 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"; in questo senso andrà realizzato un progressivo e costante spostamento di risorse dalle attività a carattere prettamente sanitario/ospedaliero ad interventi socio-assistenziali e socio-sanitari a carattere territoriale specie quando il governo libererà i vincoli di destinazione dei trasferimenti sanitari o sarà introdotto il federalismo fiscale;
- 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 queste indicazioni gli obiettivi che con il presente Piano si intenderà raggiungere nel corso del triennio di riferimento vengono articolati come segue:

<u>Politiche di sostegno all'integrazione dei cittadini stranieri immigrati</u>

Premessa

Nelle Marche il lavoro è il motivo principale nel progetto migratorio, segue il "ricongiungimento familiare", ad attestare che il fenomeno riguarda più le famiglie che i singoli individui.

La celerità d'insediamento, la diffusione in tutto il territorio e la stabilità delle presenze hanno cambiato il volto e la geografia della nostra Regione, chiamata ad attivare servizi e strutture d'accoglienza per integrare i nuovi arrivati nel tessuto territoriale.

La sfida cui la Regione Marche cerca di dare risposta è quella di avviare la costruzione di uno spazio pedagogico nuovo in grado di promuovere l'arte dell'incontro che, partendo dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza e dalla scuola si diffonda alla realtà circostante.

L'istruzione, la formazione, il lavoro, l'abitazione e la partecipazione sono state e devono continuare ad essere le parole d'ordine su cui programmare le politiche volte a delineare una società regionale coesa e non conflittuale, accogliente e non ghettizzante, pluriculturale e partecipata.

In considerazione della complessa questione dell'immigrazione, la regione Marche attraverso la nuova L.R. 13/09 ha posto in atto strategie articolate con un obiettivo di fondo: favorire l'integrazione degli immigrati.

Azioni:

- Potenziamento di tutto quanto possa riguardare il sostegno all'apprendimento della lingua italiana e la incentivazione del concetto "cittadinanza" attraverso momenti formativi specifici finalizzati alla conoscenza della normativa italiana in materia di diritti e doveri del cittadino straniero immigrato.

- Proseguimento delle attività già indicate nella l.r. 13/09 relative, in linea più generale, a: Integrazione, tutela culturale e interculturalità; Formazione, riqualificazione e aggiornamento professionale; garanzia della assistenza sanitaria; difesa civica; potenziamento e qualificazione dei centri di accoglienza e dei centri di servizi; individuazione e formazione della figura del mediatore interculturale; politiche di sostegno alla abitazione; interventi per la tutela del diritto di asilo.
- Istituzione di un fondo perequativo, gestito a livello di ambito territoriale sociale, volto a sostenere gli oneri inerenti il pagamento delle rette dei minori stranieri non accompagnati affidati a strutture sociali per minori.

Politiche di intervento nel campo della prostituzione e della tratta

Premessa

Nell'ambito degli interventi di protezione sociale a favore delle vittime di sfruttamento, tratta, violenza fisica e psicologica, generalmente straniere e spesso minorenni, si conferma la complessità sempre maggiore che il fenomeno della prostituzione e della tratta ha assunto anche nella nostra regione, ma anche dell'impegno nella costruzione di strumenti di conoscenza e di intervento in grado di raggiungere le persone trafficate nei diversi contesti di sfruttamento (la prostituzione di strada e al chiuso, il lavoro forzato, l'accattonaggio, le attività illegali, ecc).

Azioni:

- Avviare in tempi celeri e in un'ottica di sistema i progetti di prima assistenza a favore delle vittime di tratta ai sensi dell' art. 13 della Legge sulla Tratta n. 228/2003, in sinergia con quelli collegati con i progetti art. 18 del d.lgs. n.286/98 oppure in alternativa raccordare gli interventi di Protezione sociale (art. 18 del d.lgs. n. 286/1998) di tutela delle vittime e contrasto alla criminalità, con i Programmai speciali di assistenza alle persone vittime di sfruttamento (anche lavorativo) e di riduzione in schiavitù in senso ampio (art. 13 della Legge n. 228/2003), prevedendo adeguate risorse regionali, integrative dei finanziamenti statali.
- Continuità dei progetti: passare dai bandi annuali ai bandi triennali e progressivamente a) dalla logica dei progetti a quelle dei servizi, b) dalla logica del pronto intervento di emergenza alla logica della valutazione multidisciplinare (sociale e sanitaria) e del progetto individualizzato e condiviso con l'utente.
- Promuovere il lavoro di rete tra enti pubblici, organizzazioni non profit, forze dell'ordine, magistratura per l'identificazione e la tutela delle vittime di tratta sia a livello locale che nazionale e per contribuire al contrasto al fenomeno criminale.
- Promuovere interventi con i Paesi di origine e di transito delle vittime di tratta, ed azioni di sensibilizzazione della cittadinanza e delle comunità locali in Italia.
- Costruire, per le persone che fruiscono di un programma di Protezione sociale un percorso di cittadinanza attiva, con l'attenzione quindi all'autonomia

abitativa e lavorativa, al radicamento territoriale, alla partecipazione ai processi di cittadinanza.

- Prevedere che i programmi di rientro volontario assistito vengano estesi alle vittime di tratta sfruttati in ambiti diversi dalla prostituzione.
- Promuovere l'inserimento del tema della tratta nelle politiche sociali regionali e locali.
- Avviare un sistema efficace e condiviso di monitoraggio e valutazione quali-quantitativo degli interventi a favore delle vittime di tratta ai sensi dell'art. 18 d.lgs. 286/98 e dell'art. 13 L. 228/2003, allo scopo di promuovere la conoscenza degli esiti più interessanti e la diffusione delle buone prassi a tutti i soggetti coinvolti.
- Promuovere interventi adeguatamente sostenuti dal punto di vista finanziario.
- Promuovere il lavoro di rete tra enti pubblici, organizzazioni non profit, forze dell'ordine, magistratura per l'identificazione e la tutela delle vittime di tratta, attraverso meccanismi di raccordo interistituzionale, procedure condivise, formazione congiunta.
- Promuovere interventi di prevenzione e sviluppo locale nei paesi di origine delle vittime della tratta di esseri umani. Un approccio di questo genere potrà inoltre supportare adeguatamente i percorsi di rientro volontario assistito con reali prospettive di reinserimento sociale e lavorativo.

L.R. 28/08 - Sistema integrato degli interventi a favore della popolazione detenuta e delle persone adulte e minorenni sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria

Premessa

Le priorità applicative della L.R. 28/08 riguardano: l'istruzione, la formazione e l'inclusione socio-lavorativa dei detenuti; il sostegno alle altre attività trattamentali dei detenuti; il sostegno alla prevenzione delle condotte suicidarie dei detenuti; gli interventi di mediazione nell'ambito della cd. "Giustizia riparativa", per adulti e minorenni.

Azioni:

- Inclusione: nel periodo di riferimento saranno sostenuti gli interventi interni, ed esterni agli istituti penitenziari, finalizzati al conseguimento di titoli di studio, di qualifiche professionali e soprattutto di inserimento lavorativo per detenuti ed ex detenuti.
- Altre attività trattamentali: saranno sostenute le attività culturali e sportive finalizzate alla risocializzazione dei detenuti.
- Prevenzione delle condotte suicidarie: nel rispetto della competenza dell'Amministrazione Penitenziaria, attraverso operatori sociali e del Servizio Sanitario Regionale saranno sostenuti gli interventi finalizzati alla riduzione delle condotte suicidarie, in aumento a causa del sovraffollamento, anche indirettamente mediante la promozione delle misure alternative presso le competenti Autorità Giudiziarie.

- Il Centro per la Mediazione penale minorile delle Marche consoliderà le proprie attività a favore dei minorenni sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. In via sperimentale, come previsto dalla L.R. 28/08, il Centro potrà estendere le proprie attività anche a favore dei adulti soggetti ad analoghi provvedimenti.
- Implementazione dei progetti lavorativi finalizzati al reinserimento sociale e la partecipazione ai progetti nazionali (ad es. Sicomoro e Anrel etc.).
- Tutte le azioni previste saranno oggetto di accordo con l'Amministrazione della Giustizia.

Politiche di sostegno alla povertà estrema e contro l'esclusione sociale

Premessa

Gli interventi di contrasto all'estrema povertà attuati direttamente dalla Regione attraverso i Comuni interessati al fenomeno, sono stati sporadici, legati all'emergenza ed hanno riguardato, in particolare, il mantenimento dei servizi di pronta accoglienza, la realizzazione di interventi socio-sanitari, il reinserimento sociale.

Dal 2006 è attivo il "Tavolo regionale permanente proteso a ridurre il rischio di povertà, di esclusione sociale e di nuove precarietà".

Tale Tavolo, inteso come sede istituzionale stabile di raccordo tra la Regione Marche, gli Organismi pubblici e quelli del Terzo Settore che a vario titolo operano per contrastare il rischio della povertà e dell'emarginazione, ha il compito di far recuperare alle persone in estremo disagio, una condizione sociale accettabile; aiutare i soggetti in difficoltà a superare la fase dell'esclusione, intesa quindi come momento transitorio e non permanente nel tempo; coordinare le iniziative atte a ridurre il rischio di povertà, di esclusione sociale e nuove precarietà.

1. Azioni di sistema:

- Dotare ogni territorio delle strutture minime indispensabili (mensa, casa di prima accoglienza, casa di seconda accoglienza, centro di ascolto) da individuare nelle linee guida per i prossimi Piani triennali di Ambito territoriale sociale.
- Rafforzare il sistema delle Unità di strada nell'ambito della programmazione locale di ambito.
- Avviare nei territori progetti sperimentali per accompagnare i SFD "cronici".
- Avviare nei territori progetti di prevenzione per i soggetti a rischio di emarginazione grave.
- Individuare modalità di accesso e di dimissioni protette dall'ospedale in modo particolare per i SFD italiani e comunitari (in quanto non godono dei diritti garantiti agli stranieri irregolari vedi codice STP).
- Raccordare gli Ambiti territoriali sociali con i Dipartimenti Dipendenze Patologiche (DDP) in modo particolare per i SFD italiani e comunitari.
- Raccordare gli Ambiti territoriali sociali con i Dipartimenti Salute mentale (DSM) in modo particolare per i SFD italiani e comunitari.

- Raccordare gli Ambiti territoriali sociali con i Distretti Sanitari in modo particolare per i SFD italiani e comunitari.
- 2. Azioni di potenziamento servizi:
- Dotare ogni territorio delle strutture minime indispensabili (mensa, casa di prima accoglienza, casa di seconda accoglienza, centro di ascolto) da individuare nelle linee guida per i prossimi Piani triennali di ambito sociale.
- Rafforzare il sistema delle Unità di strada nell'ambito della programmazione locale di ambito.
- Avviare nei territori progetti sperimentali per accompagnare i SFD "cronici".
- Avviare nei territori progetti di prevenzione per i soggetti a rischio di emarginazione grave.
- Potenziare il Banco alimentare.
- Dare prosecuzione al fondo anticrisi nelle modalità adottate in questi anni per affrontare la crisi delle famiglie.

3. Azioni di sperimentazione:

- Sperimentazione del "reddito minimo garantito familiare"(RMGF): il RMGF è inteso quale misura di contrasto alla povertà, consistente in trasferimenti monetari a favore di famiglie residenti nelle Marche che versano in una situazione di "povertà estrema".
- I trasferimenti monetari dovranno essere accompagnati, ove necessario, da programmi personalizzati di reinserimento sociale e non saranno cumulabili con altri sussidi o contributi erogati dalla Regione o da altri Enti locali subordinatamente alla presentazione della dichiarazione ISEE.
- La sperimentazione potrà essere avviata in un ambito territoriale sociale per ogni Provincia: gli ATS interessati presenteranno un progetto che preveda, ad invarianza dei trasferimenti 2011 da parte della Regione, di far confluire tutte le risorse comunque dedicate alla erogazione di sussidi economici a soggetti disagiati nel territorio dell'ATS, in un'unica misura denominata "reddito minimo garantito familiare".
- La sperimentazione sarà avviata secondo criteri e modalità stabiliti dalla Giunta regionale, sentita la competente Commissione assembleare permanente ed il CAL, assicurando il rispetto degli equilibri di bilancio regionale ed il cofinanziamento della misura da parte degli ambiti territoriali sociali.
- Al termine della fase di sperimentazione, la Giunta riferirà in Consiglio sui suoi esiti, con particolare riferimento alla sua efficacia, in termini di impatto della misura sul superamento della condizione di bisogno economico e sulle capacità di reinserimento sociale.

Politiche di sostegno ai compiti di sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza

Promozione dei servizi di tutela per i minori in situazioni familiari multiproblematiche

Premessa

Tenuto conto della complessità delle politiche per i minori e le loro famiglia, la programmazione regionale si fa garante di atti normativi che prevedono un'implicazione di servizi in rete ed integrati: la programmazione non si rivolge cioè solo ai servizi sociali delle pubbliche amministrazioni, ma anche al comparto sanitario, a quello educativo/scolastico, all'amministrazione della giustizia, fra i quali sono necessarie azioni integrate.

Gli amministratori, i dirigenti, i funzionari, i responsabili e gli operatori pubblici e del privato sociale, sono chiamati a partecipare ai tavoli politici e tecnici territoriali che vengono appositamente istituiti, in quanto, con le competenze dei quali si fanno portatori, rappresentano gli "strumenti" di consultazione e co-progettazione della programmazione delle azioni e degli interventi.

Pertanto le autonome attività dei cittadini e delle loro formazioni sociali concorrono allo svolgimento delle funzioni pubbliche affinché si crei una sinergia tra pubblico e privato indispensabile per garantire il raggiungimento di un obiettivo comune che è la determinazione di standard di qualità degli interventi e dei servizi.

Azioni:

Le azioni da privilegiare nel corso del triennio di vigenza del presente piano, per quanto concerne i servizi di tutela dei minori fuori della famiglia d'origine, saranno volti principalmente alla:

- Promozione e la sensibilizzazione dell'istituto giuridico dell'affidamento familiare come alternativa al collocamento in comunità del minore in situazioni familiari multiproblematiche attraverso la valorizzazione, il coinvolgimento fattivo delle associazioni impegnate nell'affidamento familiare. Ciò dovrà prevedere: 1. un nuovo confronto per la definizione di procedure e metodologie omogenee e più efficaci ed efficienti d'intervento, standard qualitativi e comparabili tra i servizi; 2. l'elaborazione di un "Protocollo operativo Regionale in materia di Affido" al fine di omogeneizzare e uniformare le modalità di realizzazione delle indagini socio-psicologiche e le relazioni finali dei servizi su cui si basa la valutazione delle famiglie, delle coppie e delle persone single in grado di svolgere tale compito; 3. l'affermazione e la diffusione della cultura dell'affidamento familiare; 4. una maggiore integrazione tra istituzioni, enti pubblici, servizi territoriali socio-sanitari e privato sociale.
- Costruzione di un sistema di rilevazione stabile ed omogeneo di supporto ai servizi territoriali deputati alla tutela dell' infanzia e dell'adolescenza e di integrazione tra questi e le diverse strutture/agenzie territoriali, nei settori dell' adozione nazionale e internazionale, dell'affidamento familiare, dell'accoglienza in strutture residenziali fine di creare uno strumento utile a tutti i servizi socio-sanitari del territorio per ri-orientare e monitorare il percorso socio-educativo-sanitario del minore temporaneamente fuori della famiglia d'origine; si costituirà di fatto un'anagrafe di tutti i minorenni delle Marche al fine di migliorare l'efficacia dei percorsi socio-educativi in termini di qualità, omogeneità e flessibilità degli interventi sul minore al fine di ridurne i tempi di permanenza fuori dalla famiglia, conoscere in tempo reale il percorso del

minore fuori dalla famiglia di origine e fornire uno strumento per migliorare la comunicazione e la coesione fra i servizi coinvolti.

Promozione e disciplina dei servizi per l'infanzia, l'adolescenza e il sostegno alla genitorialità

Premessa

A sette anni dall'emanazione della L.R. 13 maggio 2003, n. 9 e dal regolamento regionale 22 dicembre 2004 si rende necessario provvedere alla modifica ed integrazione di tali atti normativi per adeguarli alle mutate esigenze delle famiglie.

Azioni:

- Un gruppo di lavoro appositamente costituito e composto da funzionari referenti dei Comuni capoluoghi di Provincia del Servizio regionale sta già lavorando per l' individuazione di servizi tre mesi -tre anni, integrativi ai nidi d'infanzia, quali i nidi domiciliari, i nidi familiari, gli agri-nido.
- Con particolare riguardo ai nidi familiari (denominati in altre realtà regionali tagesmutter o mamme di giorno), secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 1 lettera c) della LR 9/03, verranno avviate sul territorio regionale delle sperimentazioni.
- Si continuerà, attraverso appositi finanziamenti statali, ad incentivare il numero dei servizi tre mesi /tre anni presenti sul territorio regionale anche per ottemperare al raggiungimento degli obiettivi di Lisbona.

L.R. 31/08 sostegno alle funzioni educative degli oratori

Premessa

A seguito dell’approvazione della L.R. n. 31/08 si è provveduto alla sottoscrizione del Protocollo d’intesa con la Conferenza Episcopale Marche e sono state ripartite le risorse economiche tra gli ATS per il finanziamento dei progetto Diocesani.

Azioni:

- Sulla base dell’esperienza delle progettualità ad oggi realizzate ed al fine di superare alcune criticità riscontrate, a seguito di un approfondito confronto con la CEM, si è ritenuto opportuno modificare la L.R. 31/08 attribuendo direttamente alla Regione Ecclesiastica Marche (REM), o ad altri Enti da essa designati, lo stanziamento complessivo annuale stabilito nel bilancio di previsione, e riservando ai Coordinatori di ATS un ruolo di verifica delle attività svolte presso gli oratori effettivamente operativi.
- Gli oratori sono luoghi aggregativi ed educativi con grandi potenzialità anche in termini di prevenzione del disagio giovanile e dei comportamenti devianti.
- Attraverso i contributi economici che le Diocesi assegneranno agli oratori ed ad agli altri enti religiosi questi potranno realizzare progetti formativi, potranno sperimentare interventi innovativi, attivare interventi di recupero di giovani in condizioni di disagio, infine sarà possibile aprire nuovi oratori o consolidare le attività di quelli esistenti.

- Le esperienze realizzate nel corso degli esercizi finanziari 2008 e 2009 hanno consentito di costruire reti tra oratori, famiglie, ambiti sociali e centri di aggregazione giovanile; tali reti vanno sviluppate in modo che possano contribuire all'implementazione del sistema regionale integrato dei servizi ed interventi sociali previsto dalla L. 328/00.

Raccordo con i servizi sanitari sui Consultori

In considerazione dell'attuazione positiva degli interventi e progetti realizzati per la riorganizzazione dei consultori familiari al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie, conseguentemente alla stipula dell'Intesa tra il Dipartimento delle politiche per la famiglia e la Regione Marche, (Fondi Bindi), che ha previsto finanziamenti per un solo biennio, va data continuità all'intervento nell'ambito delle politiche di integrazione socio-sanitaria.

Politiche di sostegno al cittadino disabile

Premessa

La l.r. 18/96 è stato il motore che sino ad oggi ha sospinto l'azione degli enti locali ad affrontare con maggiore determinazione le problematiche della disabilità sostenendo l'attivazione di risposte progressivamente più strutturate ai bisogni delle persone e delle famiglie e incentivando la programmazione e la gestione associata dei servizi.

Un aspetto rilevante della l.r. 18/96 è stata la costituzione delle Unità multidisciplinari per l'età evolutiva (UMEE) e l'età adulta (UMEA) con compiti di diagnosi, valutazione dei bisogni, progettazione e verifica degli interventi educativi, riabilitativi, di integrazione scolastica, sociale e lavorativa. La legge assegna alle Unità Multidisciplinari un ruolo fondamentale per dare concretezza e significato ai processi di integrazione in raccordo e interazione con tutti i soggetti del territorio.

Un altro dato meritevole di riflessione riguarda la distribuzione territoriale delle strutture per la residenzialità dei soggetti disabili gravi privi del sostegno familiare: alcune di queste strutture sono state attivate da alcuni anni ai sensi delle leggi 162/1998 e 388/2000 e successivamente disciplinate dalla LR 20/2002.

Gli interventi essenziali che costituiscono il percorso assistenziale, organizzato ed elettivamente orientato a sostenere la persona/famiglia nel proprio ambiente di vita e di relazioni, sono: sostegno alla persona e alla famiglia: sociale, psicologico, economico; promozione della salute e sviluppo delle autonomie personali: interventi di supporto domiciliare; interventi educativi; prestazioni di riabilitazione; ausili e mezzi per la mobilità; interventi e strumenti per la comunicazione; integrazione scolastica: supporto specialistico, supporto educativo, sostegno didattico, sostegno per le autonomie di base; formazione professionale e inserimento lavorativo: percorsi formativi mirati; mediazione; sostegno e accompagnamento al lavoro; accessibilità e adattamento posti di lavoro; mantenimento al lavoro; integrazione ed inclusione sociale: interventi socio-educativi territoriali; interventi educativo-riabilitativi diurni; interventi per la mobilità; interventi per l'autonomia e la comunicazione; sostegno alla vita indipendente; accessibilità alle iniziative culturali, sportive e di tempo libero; interventi per soluzioni abitative individuali, familiari o comunitarie adattate e attrezzate; integrazione del reddito personale e familiare; interventi di sollievo; residenzialità: residenzialità a medio e lungo termine con funzioni socio-educative, riabilitative e protette; residenzialità temporanea e di sollievo.

Azioni

- Rivisitazione della normativa di settore L.R. 18/96 con assegnazione delle risorse agli ambiti previa: definizione dei criteri di ripartizione; indicazione degli obiettivi di investimento; valutazione della congruità della pianificazione territoriale (serie di indicatori).
- Verifica periodica dei requisiti funzionali, strutturali e organizzativi delle strutture di cui alla L.R. 20/02, con l'obiettivo di monitorare l'adeguamento delle strutture; assicurare l'appropriatezza degli interventi; dimensionare la risposta rispetto ai bisogni ed alla programmazione territoriale (le strutture, operanti o di nuova istituzione, che non corrispondono al fabbisogno espresso negli atti di programmazione regionale e territoriale non potranno accedere ai finanziamenti pubblici).
- Revisione dei criteri per l'assistenza domiciliare indiretta (L.162/98) attraverso la definizione di criteri omogenei sul territorio regionale per determinare l'entità del contributo sulla base di una valutazione complessiva dei bisogni e delle risorse della persona, della famiglia, dei servizi disponibili ed utilizzati, nonché delle altre opportunità del territorio; la attribuzione agli ambiti sociali delle competenze per l'assegnazione del contributo sulla base del progetto di intervento elaborato dalle UM integrate.
- Approvazione di linee guida e protocollo di intesa per la definizione di percorsi integrati finalizzati al recupero sociale e all'integrazione lavorativa di persone con disabilità predisposti dal gruppo di lavoro: servizio politiche sociali, salute, formazione e lavoro, province, enti locali, ASUR con indicazioni riguardanti: la realizzazione e diffusione di un vademecum per operatori e cittadini su normativa, procedure e percorsi di integrazione lavorativa; la attivazione di corsi di formazione per tutor e operatori della mediazione per supportare le istituzioni competenti e i disabili nel percorso di inserimento lavorativo e mantenimento al lavoro.
- Definizione e consolidamento dei percorsi di concessione di "assegni di cura" alle famiglie che assistono persone con particolari disabilità gravissime.
- Prosecuzione e consolidamento del progetto sperimentale "Vita indipendente".
- Collaborazione alla ridefinizione dei percorsi formativi per gli operatori impegnati nei servizi alla persona (tutelari, educatori, mediatori, animatori, ecc.) in coerenza con la definizione dei profili professionali.
- Definizione delle tariffe delle prestazioni e dei servizi con attribuzione percentuale della spesa in quota sanitaria e quota sociale (e, nelle more, adozione di criteri per la remunerazione dei servizi diurni e residenziali) nell'ambito del lavoro più complessivo di costruzione del tariffario regionale delle strutture socio-sanitarie a ciclo residenziale e semi-residenziale.

Politiche di tutela della Salute Mentale – I Servizi di Sollievo

Premessa

I servizi di sollievo sono inseriti nel Progetto obiettivo salute mentale della Regione Marche.

Il Progetto "Servizi di Sollievo" è stato istituito dalla Regione Marche attraverso la DGR n. 2966/2001: "Individuazione degli interventi per favorire l'inclusione sociale di soggetti affetti da disturbi mentali e per il sostegno alle loro famiglie".

Azioni

- Il naturale passaggio del progetto "Sollievo" che è partito come progetto pilota annuale, per trasformarsi in programmazione triennale, è quello di diventare un "Servizio territoriale" effettivo.
- Per cui occorre consolidare le équipe integrate provinciali del "Sollievo" quale luogo di concertazione e programmazione degli interventi, in una logica di area vasta della salute mentale, lasciando ai singoli progetti territoriali la co-progettazione. E' necessario rafforzare il rapporto Provincia e ATS e le buone pratiche di integrazione con l'ASUR attraverso i DSM e i Distretti Sanitari e il terzo settore, con particolare attenzione all'associazionismo dei familiari.

Politiche di prevenzione e di intervento nel campo delle dipendenze patologiche.

Premessa

I dati disponibili sulla popolazione 15-64 anni si riferiscono esclusivamente all'utenza presa in carico. Tali dati descrivono un territorio sostanzialmente coerente con la media nazionale[1], in molti casi al di sotto:

1. 8,40 persone/100.000 hanno bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina, vs. 9,47 (media nazionale)
2. 2,22 persone/100.000 hanno bisogno di trattamento per uso di cocaina, vs. 3,57 m.n.
3. 2% degli utenti fa uso primario di cannabis, vs. il 5% m.n.
4. 1% fa uso primario di cocaina, vs. 5% m.n.

Il tasso di mortalità per incidenti stradali riconducibili a stato di ebbrezza o uso di stupefacenti è di 13,20/100.000 abitanti vs. 12,05 (media nazionale).

Il tasso di mortalità droga-correlata è di 1,98/10.000 abitanti vs. 1,26 (media nazionale).

I dati specifici sul consumo di droghe legali ed illegali tra i giovani studenti 15-19 anni nelle Marche[2] relativi al 2008 ed al 2009 indicano un trend in lieve diminuzione del consumo di droghe legali ed illegali, con particolare riferimento all'alcol, al tabacco ed alla marijuana.

Azioni

- Informazione e prevenzione: sarà garantita continuità e sviluppo alla campagna informativa regionale "Chi ama chiama", in modo da rendere più capillare e stabile l'informazione sul territorio; saranno inoltre sostenuti alcuni interventi di prevenzione presso i centri di aggregazione giovanile e gli oratori, che coinvolgano anche le famiglie (progetto "Scuola per genitori").

---

[1] Fonte: Relazione annuale al Parlamento 2010, dati riferiti al 2009.

[2] Fonte: Istituto di Fisiologia clinica, CNR.

- Inclusione socio-lavorativa: monitoraggio degli interventi in corso di realizzazione e stabilizzazione delle prassi operative.

Politiche di prevenzione, contrasto, riduzione e accompagnamento della non autosufficienza.

Premessa

Come già illustrato nel Piano sociale 2008-2010 la questioni anziani costituisce una priorità per le politiche sociali e socio-sanitarie integrate della Regione Marche.

La questione anziani è considerata principalmente come intervento a sostegno della fascia di cittadini anziani non autosufficienti, ma prevede anche una parte più orientata a quella parte di cittadini anziani che si trova in condizioni di autosufficienza da valorizzare a tutti i livelli istituzionali e territoriali.

I dati a disposizione evidenziano la complessità di una situazione che tende verso un allargamento demografico verso questa fascia di popolazione: Gli indici demografici che misurano l'incidenza della popolazione anziana si presentano infatti abbastanza omogenei nel territorio regionale delle cinque province delle Marche, anche se in alcuni contesti territoriali si registrano valori più elevati della media: l'incidenza percentuale della popolazione con più di 64 anni oscilla da un minimo del 20,6% (ATS 1) ad un massimo del 28,7% (ATS 18); l'incidenza della popolazione con più di 84 anni sul totale delle popolazione con più di 64 anni oscilla da un minimo del 9,2% (ATS 20) ad un massimo del 14,1% (ATS 18).

Non è disponibile una quantificazione puntuale del numero degli anziani non autosufficienti residenti nelle Marche. Prendendo in esame i dati statistici più recenti disponibili è possibile dare un macro-quantificazione del fenomeno stimando la consistenza degli anziani non autosufficienti: da un minimo di 35.203 individui (pari al 10,4% della popolazione residente in età superiore a 64 anni), corrispondenti ai beneficiari di indennità di accompagnamento per invalidità civile in età superiore a 64 anni e residenti nelle Marche[3] al 31\12\2004; ad un massimo di 38.865 individui (pari all'11,4% della popolazione residente in età superiore a 64 anni) corrispondenti alla somma degli individui in età superiore a 64 anni che al 31\12\2005 dichiaravano di vivere "confinati in casa[4]" o erano rilevati come ospiti presso le strutture residenziali della regione[5] al 31\12\2005.

È opportuno sottolineare che le dinamiche demografiche sopra descritte, caratterizzate da un progressivo invecchiamento della popolazione con una incidenza crescente degli over 80, concorreranno a determinare una crescita quantitativa del fenomeno della non autosufficienza.

Azioni di specifica competenza sociale

- Applicazione delle indicazioni riportate nell'accordo sottoscritto con le OO.SS. nell'agosto 2010 relativamente al percorso di riqualificazione dell'offerta assistenziale nelle Residenze protette in termini di infermieri e OSS per il raggiungimento del minutaggio previsto nel regolamento 1/04 attuativo della l.r. 20/02;

---

[3] Fonte ISTAT – Beneficiari delle prestazioni pensionistiche – Anno 2004

[4] Stima basata sull'incidenza di anziani con almeno una difficoltà confinati in casa sul totale della popolazione con più di 64 anni (valore Marche 10,1%). Fonte ISTAT - Indagine Statistica Multiscopo sulle Famiglie – Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005

[5] Anziani non autosufficienti presenti nelle strutture residenziali. Proiezione al 31\12\2005 dei dati rilevati dall'indagine riferita al 31\12\2003 - Fonte Osservatorio Regionale Politiche Sociali

- Prosecuzione e potenziamento del percorso concertato con le OO.SS. finalizzato ad individuare i contenuti di un intervento di qualificazione, emersione dal lavoro nero, potenziamento del servizio di “assistenza domiciliare privata” (badanti) attraverso la concessione di “assegni di cura” alle famiglie che assistono anziani non autosufficienti con 100% di invalidità e indennità di accompagnamento nei limiti di reddito indicati con apposito atto deliberativo. Tali assegni, finanziati attualmente con disponibilità nazionali del “Fondo per la non autosufficienza”, saranno integrati con disponibilità regionali aggiuntive. La sperimentazione prevede, nel corso del triennio di vigenza del presente Piano, un incremento della disponibilità con fondi aggiuntivi regionali.

Promozione culturale delle buone politiche sociali

Le azioni da privilegiare nel corso del triennio riguarderanno in particolare la individuazione di momenti aggregativi su tutta la regione su tematiche particolari: famiglia, disabilità, immigrazione, infanzia, con il coinvolgimento delle realtà locali, la collaborazione con gli oratori.

Il Terzo settore

Premessa

Le azioni potranno considerare una collaborazione con la rappresentanza delle Organizzazioni di volontariato singole o con il Centro Servizi per il volontariato, ma anche con i comitati di partecipazione dei cittadini previsti dalla l.r. 13/03 e successive modifiche.

E’ opportuno indirizzare le risorse previste dalla legge regionale sul volontariato su quei servizi sociali “in sofferenza” per ragioni oggettive o per riduzione delle risorse statali o regionali, o comunque sollecitare una priorità per quei servizi/progetti ritenuti necessari e già implementati.

Analogamente, potrebbe essere maggiormente coinvolto l’associazionismo di promozione sociale attraverso una progettualità mirata, sulla base di uno studio che rilevi le disponibilità e in ordine alle necessità evidenziate nelle varie tematiche sociali .

Altro soggetto del terzo settore con cui intraprendere azioni positive nel corso del triennio potranno riguardare le cooperative sociali di tipologia B attraverso l’inserimento lavorativo delle persone svantaggiate. Le risorse regionali potrebbero essere indirizzate proficuamente per facilitare la creazione di nuove cooperative e/o per il sostegno di quelle che favoriscono l’inserimento lavorativo di quei soggetti altrimenti non collocabili.

Azioni

Cooperazione sociale

La tutela del costo del lavoro attraverso l'adozione annuale di una DGR che recepisce la contrattualistica nazionale e calcola l'incremento istat da tenere in considerazione da parte delle stazioni appaltanti ogni volta che vengono avviate gare.

L’aggiornamento dei criteri di riparto del fondo per il sostegno agli inserimenti lavorativi nelle cooperative di Tipo B di persone affette da patologie psichiatriche purché assunte con contratti a tempo indeterminato.

L’attività di revisione delle disposizioni contenute nella d.g.r. 1133/2003 in materia di affidamento di servizi alle cooperative sociali, divenuta indispensabile a seguito dell’entrata in vigore del decreto legislativo n. 163/2006.

Organizzazione della giornata dedicata alla inclusione lavorativa di soggetti fragili da parte della rete delle imprese marchigiane con particolare riferimento alle cooperative di tipo B. La giornata si tiene il primo maggio di ogni anno.

Volontariato

Verifica sulla permanenza dei requisiti delle organizzazioni di volontariato iscritte al registro regionale nel rispetto delle modalità dettate dalla D.G.R. n. 1616 del 2008.

Revisione ed aggiornamento della legge regionale relativa alla disciplina del volontariato per adeguarla alle caratteristiche dei bisogni del territorio e rafforzarne la logica della partecipazione.

Associazionismo di promozione sociale.

Valorizzare l'esperienza di partecipazione della cittadinanza utilizzando gli organi di consultazione previsti dalla legge stessa con particolare riferimento all'Osservatorio dell'associazionismo di promozione sociale che diventa l'interfaccia della Regione per interventi di sostegno al settore e per i principali atti di programmazione inerenti il sistema in rete delle politiche sociali.

Implementare della legge 9/2004 anche nelle parti di competenza delle Province e degli enti locali relativamente all'associazionismo di più piccole dimensioni secondo modalità decise assieme all'Osservatorio dell'associazionismo di promozione sociale istituito ai sensi di legge.

Potenziare le realtà più piccole di livello provinciale attraverso l'istituzione dei previsti registri comunali o attraverso modalità nuove da pensare e da riportare in legge attraverso le necessarie modifiche che potranno emergere.

IPAB nella rete sociale quali aziende di servizi alla persona

La legge regionale n. 5/2008 e il regolamento regionale n. 2/2009 stanno trovando attuazione nella trasformazione delle IPAB in Aziende pubbliche di servizi alla persona o in persone giuridiche private. Una decina di IPAB su circa quaranta si sono già trasformate, la maggioranza delle quali in persone giuridiche private. Ultima data utile per la trasformazione sarà il 30 giugno 2011. Solo dopo questa data si potranno vedere gli effetti prodotti dalla legge sul sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali previsto dall'articolo 21 della legge, consentendo alla Giunta regionale di elaborare una programmazione che tenga conto della realtà esistente sul territorio.

L'obiettivo primario è quello di valorizzare queste strutture, sia pubbliche che private, trasformandole in strumenti operativi degli Enti locali e delle loro associazioni (Ambiti territoriali sociali).

Forum del terzo settore

Altro soggetto importante e protagonista della partecipazione è il Forum del terzo settore che, in qualità di organo autonomo di rappresentanza del volontariato, dell'associazionismo di promozione sociale e della cooperazione sociale, funge da interfaccia regionale e locale per la promozione della cittadinanza attiva su tutto il territorio regionale.

Istituti di patronato

Accanto a questi "attori sociali", che già svolgono attività integrate con la Regione Marche regolamentate con apposite normative, il presente Piano promuove forme di collaborazione con i patronati sindacali riuniti in particolare sotto le sigle del CE.PA e del CUPLA. Detti organismi sono soggetti attivi nella programmazione sociale – Piano di ambito territoriale sociale - così come riportato nella legge 328/00 e confermato dalla normativa specifica sui patronati (legge 152/2001); si tratta anche di soggetti importanti nella costruzione delle Carte dei Servizi e delle attività di segretariato sociale.

Fondazioni bancarie

Un' ulteriore realtà con la quale stabilire nel triennio di vigenza del presente Piano rapporti di collaborazione è quella delle Fondazioni bancarie. Alla collaborazione già formalizzata nell'ambito dei Comitati di gestione per i fondi speciali del volontariato e della gestione dei centri di servizio la Regione provvederà a stipulare "dichiarazioni di interesse" o "accordi di programma" con la consulta delle Fondazioni per armonizzare i finanziamenti che tali organismi concedono alle proprie realtà territoriali di terzo settore alla programmazione territoriale di ambito sociale (Piano di ambito territoriale sociale).

Servizio Civile volontario

Dalla ratifica del primo protocollo d'intesa tra l'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile e le Regioni del 26/01/2006), in accoglimento del DLgs 77/2002, alle Regione Marche vengono trasferite parte delle competenze in merito al Servizio Civile Nazionale (L. 64/2001). La Regione istituisce il suo albo con DGRM n. 500/2006 a cui sono a tutt'oggi iscritti 48 enti/organizzazioni.

Ogni anno viene redatto un bando per la presentazione di nuovi progetti finalizzati all'avvio di volontari in servizio civile. Nel 2010 i volontari avviati al servizio sono stati circa 300, con una domanda da parte degli enti e da parte degli stessi giovani (18 – 28 anni) assai maggiore.

Nel 2010 la sempre crescente domanda del territorio e la forte diminuzione del Fondo nazionale di Servizio Civile, hanno portato la Regione a valutare la necessità di un sistema regionale di Servizio Civile integrativo e complementare a quello nazionale.

Il prossimo triennio vedrà pertanto la realizzazione di un Servizio Civile Regionale, in applicazione della già esistente legge regionale n. 15/2005, basato sulla concertazione territoriale, che metterà al centro dell'azione i giovani e la loro educazione civica.

Fondo unico sociale

Progressivo superamento, nel corso del triennio di vigenza del Piano del fondo unico indistinto per le politiche sociali, praticamente annullato dallo Stato, al fine di superare la distribuzione dei fondi in modo indistinto per agire, di concerto con i comuni e attraverso gli Ambiti territoriali sociali, nelle politiche di settore dove concentrare tutti gli sforzi organizzativi e finanziari secondo un preciso ordine di priorità: minori, disabili, anziani non autosufficienti, famiglie numerose, immigrati, situazioni di povertà estrema, cittadini vittime di dipendenza patologica, fenomeni legati alla tratta di esseri umani e alla prostituzione, servizio civile volontario, sostegno alla promozione sociale attraverso le associazioni di scopo.

Il Fondo unico indistinto invece andrà utilizzato per finanziare un sistema premiante a favore dei comuni associati in Azienda di Servizi alla Persona.

PARTE V – I PROCESSI DI SUPPORTO

XII IL SISTEMA QUALITA' E LO SVILUPPO DEL GOVERNO CLINICO

XII.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:

- orientamento ai pazienti e ai cittadini
- orientamento professionale
- orientamento all'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:

- sicurezza – evitare danni ai cittadini ed agli operatori causati dalle cure che dovrebbero dare risposta ai loro bisogni di salute;
- efficacia e appropriatezza – fornire servizi basati sulle conoscenze scientifiche evitando quelli che non portano benefici;
- 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;
- tempestività – ridurre i ritardi pericolosi o dannosi nelle risposte ai bisogni dei cittadini;
- efficienza – evitare l'utilizzo improprio di attrezzature, beni e materiali sanitari e risorse professionali;

- equità – la qualità dell'assistenza non deve variare al variare delle caratteristiche personali: genere, etnia, collocazione geografica, condizioni socio-economiche;
- 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;
- incentivazione delle certificazioni di qualità basate sullo standard internazionale ISO 90001 promuovendo o premiando la sperimentazione dei percorsi di certificazione in ogni Area vasta.

XII.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.

XII.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 effettuate le verifiche di autorizzazione e accreditamento che hanno concluso il percorso suddetto. Tale verifiche hanno riguardato 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.

XII.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 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 informatici 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 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 conclusa nel corso del 2011 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.).

XII.2.3 L'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 2012-2014 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 della 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;
- costituzione dell'elenco regionale delle associazioni operanti nella tutela del diritto alla salute;
- 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 realizzati:

- l'elenco delle associazioni operanti a livello regionale impegnate nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale. Le associazioni iscritte nell'elenco saranno sentite, anche attraverso forme di consultazione on line, sugli schemi di provvedimenti regionali di carattere generale, concernenti il riordino e la programmazione dei servizi e sulla verifica dei risultati conseguiti dai provvedimenti stessi.
- l'articolazione a livello regionale del sistema di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute
- L'istituzione/messa a regime, in ogni Azienda e in ogni area vasta territoriale, dei comitati di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute, aventi il compito di:
  a) contribuire alla programmazione e alla pianificazione socio-sanitaria regionale, aziendale e territoriale;
  b) svolgere attività di verifica e di controllo sulla gestione dei servizi sanitari;
  c) monitorare le condizioni di accesso e di fruibilità dei servizi sanitari,

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 "Iniziative 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 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 aggiornate regolarmente con cadenza annuale.

Sarà inoltre garantito un monitoraggio dell'aggiornamento continuo e tempestivo da parte delle Aziende delle Carte dei Servizi 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 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 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.

XII.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.

XII.2.5 Il 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 2012-2014 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 ridistribuzione delle risorse.

XII.2.6 L'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 Appropriatezza Terapeutica e con le Aziende del SSR sia per la componente manageriale che per quella professionale.

XII.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 formativo individuale 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).

L'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.

Linee di intervento

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. Attualmente i 17 centri di Formazione corrispondenti al sistema ASUR/AO/Inrca~~)~~ ~~o~~ sono impegnati nella pianificazione e realizzazione di attività formative connesse alle strategie e agli obiettivi di governo: la redazione dei Piani di Formazione Aziendali (PFA) e dei Report di Formazione è una prassi ormai consolidata in Asur e nelle Aziende Ospedaliere ed Inrca

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'accreditamento 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'accreditamento 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.

Azioni 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 Dipartimento per la Salute ed i servizi Sociali 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 "amministrazione del " il Sistema ECM regionale, svolgendo il ruolo di soggetto "accreditante", sia dei progetti formativi (oggi);
3. le Aziende ed Enti 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 e della riorganizzazione del SSR -L.R. 17/2010- e L.R 17/2011 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.

Il nuovo sistema di formazione ECM regionale risulta così composto da:

- Assessorato alla Sanità e Dipartimento per la Salute e i servizi sociali che svolgono attività di coordinamento della programmazione sanitaria e sociale, definizione del budget di spesa anche in relazione alle attività di formazione gestite a livello regionale e aziendale, coordinamento delle relazioni sindacali di tutte le aree contrattuali sulle tematiche afferenti alla formazione continua, controllo della spesa in relazione al monitoraggio effettuato dall'ARS sull'attività ECM.
- ARS, in qualità di "Ente accreditante" in relazione all'accreditamento degli eventi e dei Provider ECM regionali con funzione di amministrazione e coordinamento del sistema ECM, coordinamento dell'analisi del fabbisogno formativo regionale, programmazione della formazione di carattere regionale, gestione e monitoraggio del sistema di accreditamento dei provider, gestione dei rapporti con il livello nazionale, coordinamento dell'attività di vigilanza delle sponsorizzazioni degli eventi ECM e conduzione/supporto di progetti innovativi.

  All'interno dell'ARS operano organismi di supporto (Osservatorio regionale, Commissione Tecnica, Gruppo tecnico regionale dei provider) al fine di garantire il funzionamento dei livelli di gestione e amministrazione in relazione a quanto stabilito negli Accordi Stato-Regioni 2007 e 2009, prevedendo un adeguato coinvolgimento degli Ordini, Collegi e Associazioni.

- Provider pubblici e privati regionali che dovranno essere accreditati per la gestione dell'attività formativa ECM sulla base di un sistema di requisiti minimi.

Il nuovo modello comporterà il soddisfacimento del debito informativo relativamente ai dati di attività che dovranno essere trasmessi, da parte dei Provider, sia alla Regione sia al Co.ge.aps. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, Ente nazionale di riferimento degli Ordini e collegi).

Il nuovo modello comporterà il soddisfacimento del debito informativo relativamente ai dati di attività che dovranno essere trasmessi, da parte dei Provider, 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

LIVELLO AZIENDALE

In continuità con il precedente Piano Sanitario Regionale 2007-2009 si conferma – per quanto riguarda la formazione del personale del Sistema Sanitario regionale e l'attuazione dell'Educazione Continua in Medicina – la "territorializzazione" della Formazione ECM, rendendo operativo il principio che l'attività di Formazione Permanente, affinché sia efficace ed utile, deve essere quanto più possibile individualizzata e vicina al contesto di lavoro delle persone e valorizzando il ruolo dei Dipartimenti nell'attività di gestione dell'analisi del fabbisogno formativo e, soprattutto, dei Dossier Formativi di gruppo.

L’attuale rete dei Servizi di Formazione deve essere adeguata, per poter erogare formazione ECM, ai requisiti strutturali e organizzativi previsti dai criteri di accreditamento dei Provider pubblici e privati e all’attuale assetto organizzativo così come previsto dalla L.R. 17/2011.

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 individuati:

- gli obiettivi formativi di interesse regionale aggiornati secondo le linee del presente piano socio-sanitario, in coerenza con gli ambiti formativi di comune interesse nazionale e regionale di cui all’Accordo Stato Regioni 2009; 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.

XII.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 ;
- collegare le azioni precedenti alla revisione del sistema di autorizzazione ed accreditamento istituzionale.

A livello Aziendale:

- garantire che ogni Azienda e Area Vasta 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.
- Inserire gli obiettivi di qualità all'interno della valutazione dei Direttori dell'Area vasta dell'ASUR.

XIII IL SISTEMA INFRASTRUTTURALE

XIII.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 programmatorie 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.

XIII.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 Universitaria "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 fase di assegnazione 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° elicot tero) per il rapido collegamento con le strutture di alta specialità.

Allo scopo di rendere perseguibili le azioni programmatorie 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.

XIII.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;
- riorganizzazione della Rete ospedaliera;
- riprogettazione della rete territoriale;
- riclassificazione della Rete socio sanitaria;
- potenziamento della Rete della Prevenzione.

Il 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, contiene nel I° stralcio di 112 milioni di euro stipulato

in data 18 marzo 2009, importanti interventi di carattere strutturale di rilevante impatto per ciascuna Area vasta.

Il II° stralcio dell'Accordo di programma, stipulato in data 14 maggio 2010 e riguardante un importo pari a 211,5 milioni di euro, insieme a quanto già indicato nel primo stralcio consentirà di avviare le azioni per la riorganizzazione della rete ospedaliera nella logica delle reti cliniche integrate e dell'intensità di cura e di assistenza 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 l'implementazione delle alte specialità presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona, salvaguardando e potenziando quelle esistenti sul territorio;
- il consolidamento, a nord della regione, dell'Azienda Ospedalieri Ospedali riuniti Marche Nord ad integrazione delle realtà di Pesaro e Fano, con la realizzazione di una struttura unica per la copertura del bisogno di cura e assistenza al livello minimo di area vasta;
- la contestuale realizzazione, a sud della regione (integrazione Ascoli-San Benedetto), di una realtà unica gestionale e strutturale per la copertura del bisogno di cura e assistenza al livello minimo di area vasta, con il consolidamento dell'Azienda Ospedaliera Ospedali riuniti Marche Sud;
- il ridisegno dell'area metropolitana 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;
- nell' Area Vasta 2 adeguamento delle strutture ospedaliere di Senigallia e Jesi al fine di differenziare e potenziare l'offerta nell'area Metropolitana di Ancona in integrazione e in sinergia con l' AOU "Ospedali Riunti" di Ancona;
- un forte orientamento alla ricerca ed all'innovazione nelle strutture dell'area metropolitana 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 dell'Area Vasta di Fermo, con la creazione del nuovo Ospedale di Fermo quale realtà unica gestionale e strutturale, per la cura del paziente acuto, integrato in rete con una struttura orientata al trattamento del paziente cronico (attuale sede Inrca di Fermo);
- il potenziamento, razionalizzazione ed ulteriore valorizzazione delle eccellenze per quanto riguarda le strutture della rete ospedaliera dell'Area Vasta 3, quale realtà unica gestionale e strutturale per arginare la mobilità passiva sul versante occidentale;
- il rafforzamento delle strutture di rete della fascia collinare della Regione (Urbino e Jesi) in termini di adeguamento strutturale, differenziazione delle attività ed integrazione dei servizi rispetto alle strutture di riferimento sovraprovinciale assicurando priorità di finanziamento al completamento delle opere di ristrutturazione avviate alla data di approvazione del presente piano;

- la riorganizzazione e riqualificazione delle strutture dell'area montana (Fabriano e Camerino), 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;

La programmazione regionale prevede inoltre un III° stralcio dell'Accordo di programma, che attualmente è in attesa di vedere ripristinate le somme inizialmente destinate dal livello centrale e poi sospese in ragione dell'evoluzione congiunturale in atto nel paese. Le indicazioni contenute riguardano il completamento degli interventi per la realizzazione della rete di nuove strutture ospedaliere adeguate alle esigenze di salute della popolazione marchigiana ed al contestuale rafforzamento dei servizi territoriali e residenziali.

Il finanziamento del piano di investimenti previsto nell'Accordo di programma, avviene con il concorso di risorse sia del Ministero sia della Regione. La Regione ha previsto che le risorse derivino dall'alienazione di beni immobili di proprietà dell'ASUR e delle Aziende ospedaliere.

Poiché la realizzazione del piano di investimenti costituisce un obiettivo strategico per conseguire i cambiamenti di carattere strutturale necessari per far evolvere ed innovare il sistema sanitario regionale, l'acquisizione di risorse per portare avanti il programma previsto rappresenta una condizione indifferibile. Al fine di facilitare il processo in atto e per superare eventuali difficoltà od ostacoli, non devono essere escluse modalità complementari e alternative di finanziamento anche attraverso l'intervento di soggetti privati.

XIII.4 I PRINCIPALI ATTI NORMATIVI

L'attività di programmazione, coerente con le indicazioni del livello nazionale e con gli indirizzi del Piano sanitario regionale trova espressione in una serie di atti i cui più importanti sono di seguito riportati:

Ø A valenza regionale:

- Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 – 2012 e della Legge di stabilità 2011 (DGR n. 17/2011) ;

- Nuovo piano di codifica delle strutture dei presidi ospedalieri (DGR n. 77/2011) ;

- Realizzazione della nuova struttura ospedaliera materno – infantile ad alta specializzazione G. Salesi – Approvazione dello studio di fattibilità e scelta della procedura di gara (DGR n. 149/2011) ;

- Progetto sperimentale Ospedale - Territorio senza dolore - Accordo del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale-territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, delle legge 15 marzo 2010, n. 38. (DGR n. 892/2011);

- Recepimento Accordo approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" e provvedimenti conseguenti. (DGR n. 1088/2011);

- Piano regionale delle liste di attesa. (DGR n. 1040/2011);

- Piano di riorganizzazione della rete delle strutture per la specialistica e la diagnostica (DGR n. 137/2007) ;

- Consolidamento e sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria in Regione (DGR n. 720/2007) ;

- Progetto del centro di prenotazione unico regionale (DGR n. 1111/2007) ;

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007) ;

- Gara unica regionale per la fornitura dei farmaci (DGR n. 1204/2007) ;

- Alienazione beni immobili delle Aziende sanitarie (DGR n. 1208/2007 ; DGR n. 34/2009) ;

- Approvazione progetti per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN 2006-2008 (DGR n. 1336/2007 ; DGR n. 1043/2009 ; DGR n. 1044/2009) ;

- Proposta di deliberazione per l'organizzazione su area vasta dell'Asur (DGR n. 1465/2007) ;

- Accordo di programma per gli investimenti in sanità - I° e II° stralcio (DGR n. 1389/2008 ; DGR n. 17/2010) ;

- Creazione di un polo regionale per l'epidemiologia veterinaria (DGR n. 1766/2008) ;

- Atto di indirizzo per la riduzione della spesa farmaceutica (DGR n. 1807/2008) ;

- Riconversione delle case di cura monospecialistiche (DGR n. 76/2009) ;
- Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali (DGR n. 77/2009) ;
- Atto di indirizzo alle Aziende per l'applicazione del sistema dell'appropriatezza prescrittiva (DGR n. 140/2009) ;
- Linee di indirizzo per il modello organizzativo degli Hospice della Regione Marche (DGR n. 803/2009) ;
- Trasferimento erogazione di prestazioni dal regime di ricovero ordinario e dh al regime ambulatoriale (DGR n. 858/2009) ;
- Atto di ricognizione delle strutture ambulatoriali pubbliche e private (DGR n. 1788/2009) ;
- Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche (DGR n. 1789/2009) ;
- Progetto di interesse regionale "Potenziamento delle attività sanitarie della zona territoriale 6 di Fabriano connesse alla presenza della seconda base dell'elicottero (d.r.g. 272/2010);
- Linee di indirizzo per la rete oncologica regionale marchigiana (DGR n.274/2010);
- Linee di indirizzo per la realizzazione della rete regionale di medicina molecolare (DGR n. 574/2010) ;
- Approvazione prontuario terapeutico ospedale territorio (DGR n. 1228/2010) ;
- Linee di indirizzo per il trattamento farmacologico del dolore neoplastico (DGR n. 1233/2010) ;

Ø Per Rete Ospedaliera:

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007) ;
- Accordo di programma per gli investimenti in sanità - I° e II° stralcio (DGR n. 1389/2008 ; DGR n. 17/2010) ;
- Approvazione progetti per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN 2006-2008 (DGR n. 1336/2007 ; DGR n. 1043/2009 ; DGR n. 1044/2009) ;
- Nuovo piano di codifica delle strutture dei presidi ospedalieri (DGR n. 77/2011) ;
- Realizzazione della nuova struttura ospedaliera materno – infantile ad alta specializzazione G. Salesi – Approvazione dello studio di fattibilità e scelta della procedura di gara (DGR n. 149/2011) ;
- Atto di indirizzo per la riduzione della spesa farmaceutica (DGR n. 1807/2008) ;

- Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali (DGR n. 77/2009) ;

- Trasferimento erogazione di prestazioni dal regime di ricovero ordinario e dh al regime ambulatoriale (DGR n. 858/2009) ;

- Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche (DGR n. 1789/2009) ;

- Recepimento Accordo approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" e provvedimenti conseguenti. (DGR n. 1088/2011);

- Linee di indirizzo per la rete oncologica regionale marchigiana (DGR n.274/2010) ;

- Linee di indirizzo per la realizzazione della rete regionale di medicina molecolare (DGR n. 574/2010) ;

- Linee di indirizzo per il trattamento farmacologico del dolore neoplastico (DGR n. 1233/2010) ;

- l'Integrazione tra gli ospedali di Fano e Pesaro (DGR n. 1113/2007 ; DGR n. 705/2008 DGR n. 158/2009 ; DGR n. 32/2010 ; DGR n. 33/2010) ;

- La gestione integrata sperimentale per l'Area metropolitana di Ancona (DGR n. 175/2008; DGR n. 1576/2009) ;

- le linee di indirizzo per la gestione integrata sperimentale nel contesto dell'Area metropolitana di Ancona tra l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, l'ASUR e le Zone territoriali 4, 5 e 6 di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1821/2010;

- Nuovo INRCA / Ospedale di rete (DGR n. 1176/2008 ; DGR n. 1203/2008 ; DGR n. 1204/2008 ; DGR n. 1234/2008 ;

- L'Ospedale per intensità di cura – Jesi (DGR n. 176/2008) ;

- Il Nuovo ospedale di Fermo (DGR n. 696/2009) ;

- L'integrazione tra gli ospedali di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto (DGR n. 1114/2007 ; DGR n. 805/2009) ;

- Neurochirurgia in Area vasta (DGR n. 271/2010) ;

- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).

Ø Per Rete Emergenza-urgenza:

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007);

- Incarico all'azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona dell'esperimento delle procedure di gara per l'affidamento del servizio di Elisoccorso (DGR n. 610/2007 ;

- Città di Ancona – punto di primo intervento (DGR n. 1112/2007) ;

- Attivazione punto di primo intervento presso l'Inrca (DGR n. 1352/2008) ;

- Attivazione punto di primo intervento presso la sede INRCA di Ancona - Autorizzazione in via sperimentale - Autorizzazione definitiva. (DGR n. 222/2011);

- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).

Ø Per Rete Territoriale:

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007) ;

- Progetto del centro di prenotazione unico regionale (DGR n. 1111/2007) ;

- Piano di riorganizzazione della rete delle strutture per la specialistica e la diagnostica (DGR n. 137/2007) ;

- Proposta di deliberazione per l'organizzazione su area vasta dell'Asur (DGR n. 1465/2007) ;

- Approvazione progetti per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN 2006-2008 (DGR n. 1336/2007 ; DGR n. 1043/2009 ; DGR n. 1044/2009) ;

- Atto di indirizzo per la riduzione della spesa farmaceutica (DGR n. 1807/2008) ;

- Riconversione delle case di cura monospecialistiche (DGR n. 76/2009) ;

- Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali (DGR n. 77/2009) ;

- Linee di indirizzo per il modello organizzativo degli Hospice della Regione Marche (DGR n. 803/2009) ;

- Trasferimento erogazione di prestazioni dal regime di ricovero ordinario e dh al regime ambulatoriale (DGR n. 858/2009) ;

- Atto di ricognizione delle strutture ambulatoriali pubbliche e private (DGR n. 1788/2009) ;

- Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche (DGR n. 1789/2009) ;

- Approvazione prontuario terapeutico ospedale territorio (DGR n. 1228/2010) ;

- Linee di indirizzo per il trattamento farmacologico del dolore neoplastico (DGR n. 1233/2010) ;

- la Sperimentazione di Area Vasta Urbino, Fano e Pesaro (DGR n. 1113/2007) ;

- la Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta (DGR n. 274/2008) ;

- Sperimentazione di Area Vasta (Macerata, Civitanova, Camerino) per le reti clinica, socio-sanitaria, emergenza urgenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 811/2008) ;

- La gestione integrata dei servizi territoriali tra le Zone di Fermo, Ascoli P. e San Benedetto T. (DGR n. 273/2008) ;

- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).

Ø Per Rete Socio-sanitaria:

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007) ;

- Consolidamento e sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria in Regione (DGR n. 720/2007) ;

- Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali (DGR n. 77/2009) ;

- Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche (DGR n. 1789/2009) ;

- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).

Ø Per Rete della Prevenzione:

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007) ;

- Creazione di un polo regionale per l'epidemiologia veterinaria (DGR n. 1766/2008) ;

- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).

Ø per l'AV 1:

- l'Integrazione tra gli ospedali di Fano e Pesaro (DGR n. 1113/2007 ; DGR n. 705/2008; DGR n. 158/2009 ; DGR n. 32/2010 ; DGR n. 33/2010) ;

- la Sperimentazione di Area Vasta Urbino, Fano e Pesaro (DGR n. 1113/2007) ;

- la Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta (DGR n. 274/2008) ;

Ø Per l'AV 2:

- La gestione integrata sperimentale per l'Area metropolitana di Ancona (DGR n. 175/2008 ; DGR n. 1576/2009) ;
- le linee di indirizzo per la gestione integrata sperimentale nel contesto dell'Area metropolitana di Ancona tra l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, l'ASUR e le Zone territoriali 4, 5 e 6 di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1821/2010;
- Nuovo INRCA / Ospedale di rete (DGR n. 1176/2008 ; DGR n. 1203/2008 ; DGR n. 1204/2008 ; DGR n. 1234/2008 ;
- La Rete nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva (DGR n. 1566/2010);
- Città di Ancona – punto di primo intervento (DGR n. 1112/2007) ;
- Attivazione punto di primo intervento presso l'Inrca (DGR n. 1352/2008) ;
- Accordo per la realizzazione del Nuovo Salesi (DGR n. 174/2010) ;
- L'Ospedale per intensità di cura – Jesi (DGR n. 176/2008) ;
- Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta (DGR n. 274/2008) ;

Ø Per l'AV 3:

- Sperimentazione di Area Vasta (Macerata, Civitanova, Camerino) per le reti clinica, socio-sanitaria, emergenza urgenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 811/2008) ;
- Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta (DGR n. 274/2008) ;

Ø Per l'AV 4:

- Il Nuovo ospedale di Fermo (DGR n. 696/2009) ;
- La sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta (DGR n. 274/2008) ;

Ø Per l'AV 5:

- L'integrazione tra gli ospedali di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto (DGR n. 1114/2007 ; DGR n. 805/2009) ;
- Sperimentazione del sistema delle Cure primarie (DGR n. 1372/2007)
- Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta (DGR n. 274/2008) ;
- Neurochirurgia in Area vasta (DGR n. 271/2010) ;

- La gestione integrata dei servizi territoriali tra le Zone di Fermo, Ascoli P. e San Benedetto T. (DGR n. 273/2008) ;

Ø Per l'Area montana:

- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).

XIV IL SISTEMA DI INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT)

XIV.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 2012-2014 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.

XIV.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.

XIV.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 2012-2014, 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 territorialesociale 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 .

XIV.1.3 "Piano regionale per gli interventi informatici nella sanità 2012-2014"

La Giunta Regionale, con DGR 1154 del 01 agosto 2011, ha deliberato il "Piano regionale per gli interventi nella sanità 20012-2014"; con questo atto si vuole orientare lo sviluppo dei sistemi informativi del livello regionale della sanità. Infatti le trasformazioni in atto introducono principi e valori nuovi e riaffermano valori e principi correnti. Questi principi e questi valori presuppongono una relazione con gli assistiti attraverso processi assistenziali contraddistinti da : semplicità, sussidiarietà, rapidità, appropriatezza, trasparenza ed equità.
I processi assistenziali sono in grado di sviluppare queste caratteristiche anche attraverso il corredo di un contenuto informativo chiaro, completo ed accessibile ai soggetti che sono coinvolti o che beneficiano degli stessi.

Coniugando l'azione in corso con la disponibilità del Ministero della Salute di rendere disponibili le risorse economiche per migliorare l'assetto dei sistemi regionali finalizzati all'assolvimento del debito informativo, ed improntando gli interventi nel senso di una capillare e diffusa informatizzazione delle fasi dei processi assistenziali (prescrizione, prenotazione, erogazione), si sono gettate le premesse per la raccolta delle informazioni concernenti le fasi di processo, laddove si verificano gli eventi assistenziali.

Ciò prevede di introdurre cambiamenti rilevanti nelle modalità e negli strumenti con cui i cittadini ed i professionisti agiscono nell'ambito del processo assistenziale o amministrativo.

Nel caso, si consideri come la relazione fra assistito e sistema sanitario sia in predicato di cambiamento attraverso l'introduzione della TS-CNS (tessera sanitaria – carta nazionale dei servizi) in corso di distribuzione da parte del MEF e dotata di microprocessore; configurandosi questa, nei fatti, come uno strumento di identificazione attraverso procedure e regole informatiche definite, consente l'accesso a servizi di relazione con l'amministrazione pubblica sia sanitari che amministrativi, improntati ad una maggiore sicurezza, rapidità e precisione, a favore del cittadino e tracciabilità degli eventi a favore del sistema.

Il potenziamento dell'intero sistema informativo della sanità della regione passa dunque attraverso alcuni vincoli che tengono conto dello stato delle infrastrutture regionali e degli obiettivi della trasformazione del SSR, portando ciò alla individuazione di alcuni specifici interventi, in sintesi di seguito qui riportati:

01 - data center sanità

02 - infrastruttura per la TS-CNS

03 - Infrastruttura FSE

04 - repository documentale sanitario federato

05 - Sistemi di pagamenti online

06 - anagrafe sanitaria regionale degli assistiti

07 - rete territorio (distretto, MMG, Farmacie)

08 - livello regionale referti di laboratorio analisi

09 - network diagnostica per immagini

10 - portale della sanità

L'esito del piano di interventi sul sul quadro dei processi assistenziali e sulla configurazione dei bisogni della popolazione assistita è prefigurata da trasformazioni in grado di migliorare e sviluppare :

a. un sistema sanitario contiguo con la popolazione ed in grado di percepire rapidamente i bisogni degli assistiti;

b. alta disponibilità ed affidabilità dei sistemi regionali del servizio sanitario;

c. la razionalizzazione di alcuni dei principali processi di assistenza del SSR supportati da informazioni disponibili in un contesto di circolarità laddove sono necessarie;

d. la capacità di riconfigurare e finalizzare il sistema per gli ambiti di servizio ad alta professionalità ed ad alto contenuto tecnologico.

XIV.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, uniformatizzazione 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, prospettarne il quadro d'insieme necessario alle azioni di governo ed ai ruoli locali gli strumenti per la fondamentale integrazione.

Il piano socio-sanitario 2012-2014, 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.

XIV.2.1 L'approccio metodologico

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 crezione 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:

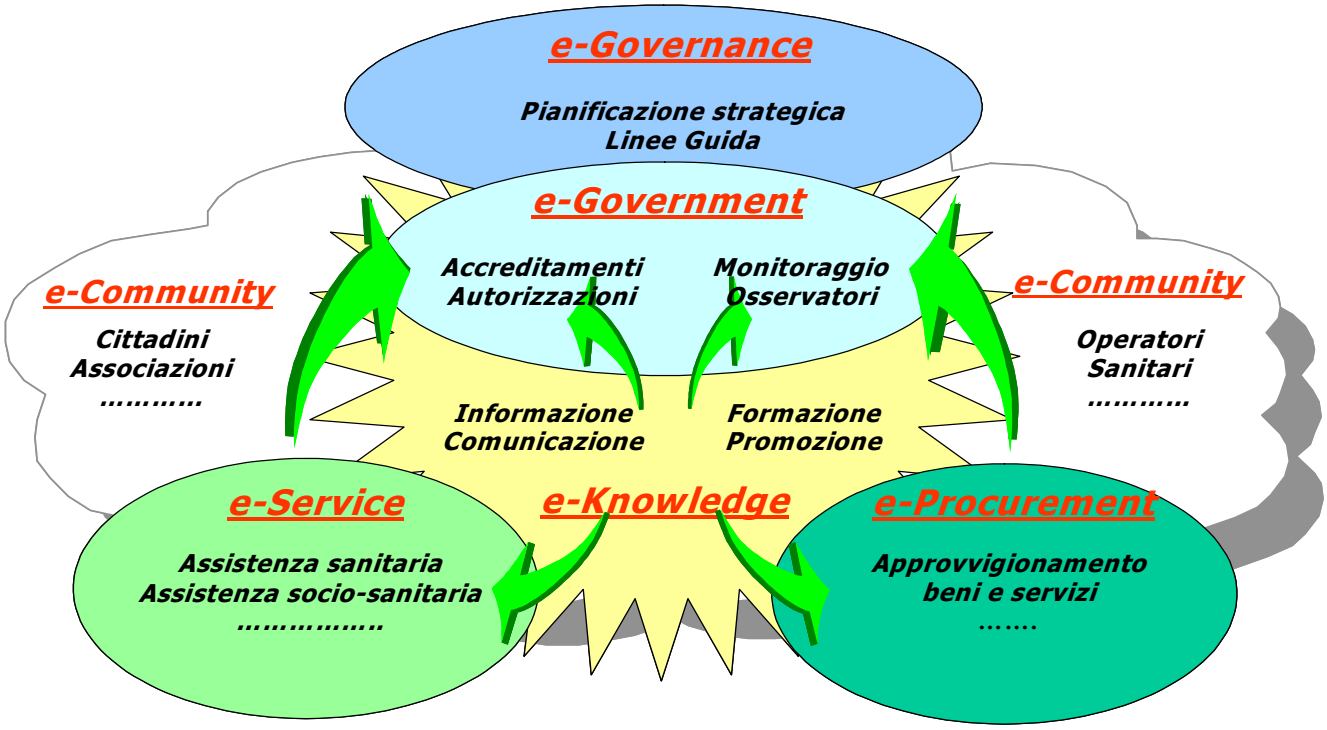
- elementi strategici, per inquadrare regole e principi che riguardano organizzazioni, attori e informazioni coinvolti nella "rete di azione e conoscenza" interna ai sistemi;
- elementi organizzativi, per definire le relazioni tra gli attori/enti coinvolti;
- elementi logico-funzionali, per descrivere 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.

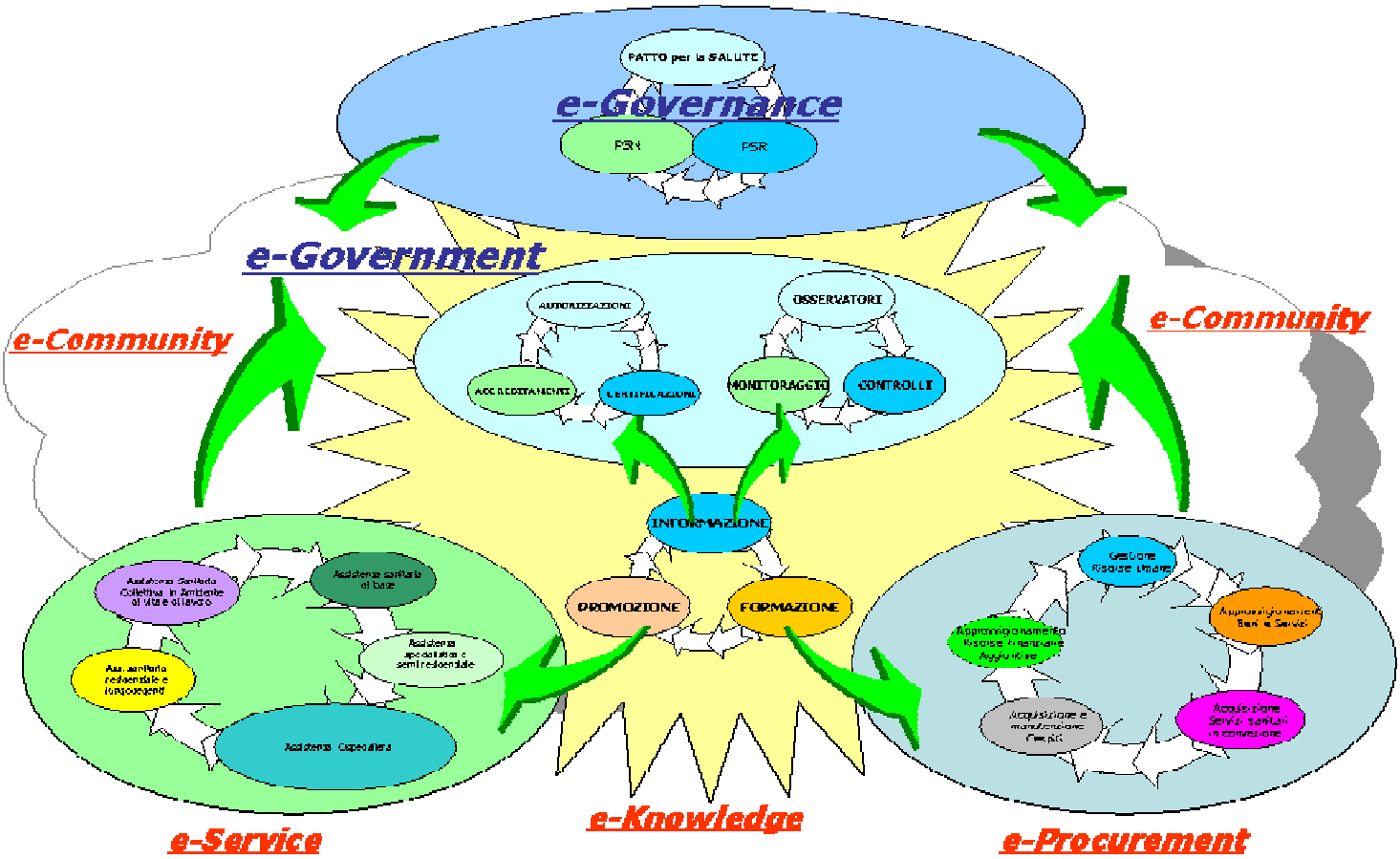
L'insieme di questi elementi concorre a classificare il funzionamento dell'intero sistema di welfare regionale all'interno di diverse macro aree a cui è riconducibile la strategia evolutiva dei processi operativi e delle modalità di acquisizione, offerta, diffusione e circolarità delle informazioni che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

- *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);


FATTO per la SALUTE
e-Governance
PSN
PSR
e-Government
e-Community
e-Community
AUTORIZZAZIONE
OSSERVATORI
ACCREDITAMENTO
CERTIFICAZIONE
MONITORAGGIO
CONTROLLI
INFORMAZIONE
PROMOZIONE
FORMAZIONE
Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di vita e di lavoro
Assistenza sanitaria di base
Assistenza specialistica e semi residenziale
Assistenza residenziale e lungodegenti
Assistenza Ospedaliera
Gestione Risorse Umane
Approvvigionamento Beni e Servizi
Approvvigionamento Risorse Finanziarie Approvvigionamento
Acquisizione e manutenzione Cespiti
Acquisizione Servizi sanitari in convenzione
e-Service
e-Knowledge
e-Procurement

- *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.

XIV.2.2 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 si che possa attuarsi una convergenza verso un nuovo paradigma relazionale per una migliore assistenza integrata al cittadino.

A sostegno della linea 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; n ei 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.

TIPOLOGIA		RETI DI RIFERIMENTO
1	***Data center regionale della sanità***	**Territoriale**
2	***Infrastruttura per la TS-CNS***	**Territoriale**
3	***Infrastruttura FSE***	**Territoriale**
4	***Repository documentale sanitario federato***	**Territoriale**
5	***Sistemi di pagamenti online***	**Territoriale**
6	***Anagrafe sanitaria regionale degli assistiti***	**Territoriale**
7	***Rete territorio (distretto, MMG, Farmacie)***	**Territoriale**
l8	***Livello regionale referti di laboratorio analisi***	**Diagnostica**
9	***Network diagnostica per immagini***	**Diagnostica**
10	***Portale della sanità***	**Comunicazione**

Costituiscono un importante completamento del percorso di innesto sulla realtà ICT dei "Network di servizi", due fondamentali reti regionali riguardanti: il SIA (Sistema Informativo

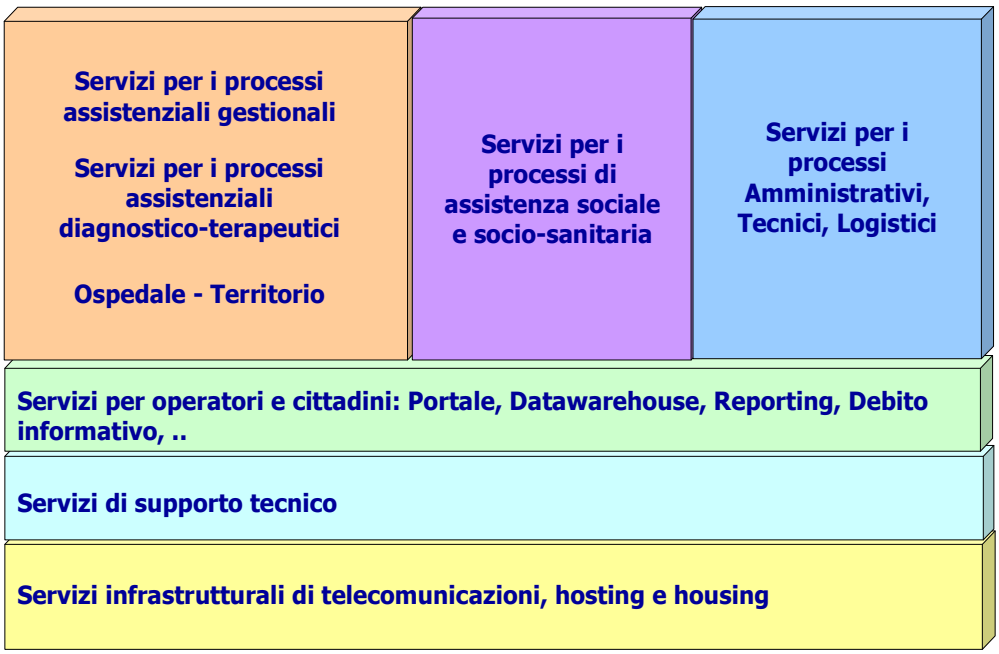
Sanitario Unico regionale – Sottosistema Amministrativo e del Personale) ed il CUP - Regionale (Centro di prenotazione unico - REGIONALE). Il SIA ha configurato a livello regionale l'omogeneizzazione delle informazioni relative all'utilizzo delle risorse (ciclo passivo) ed ha permesso di uniformare, 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 rilocazione 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.

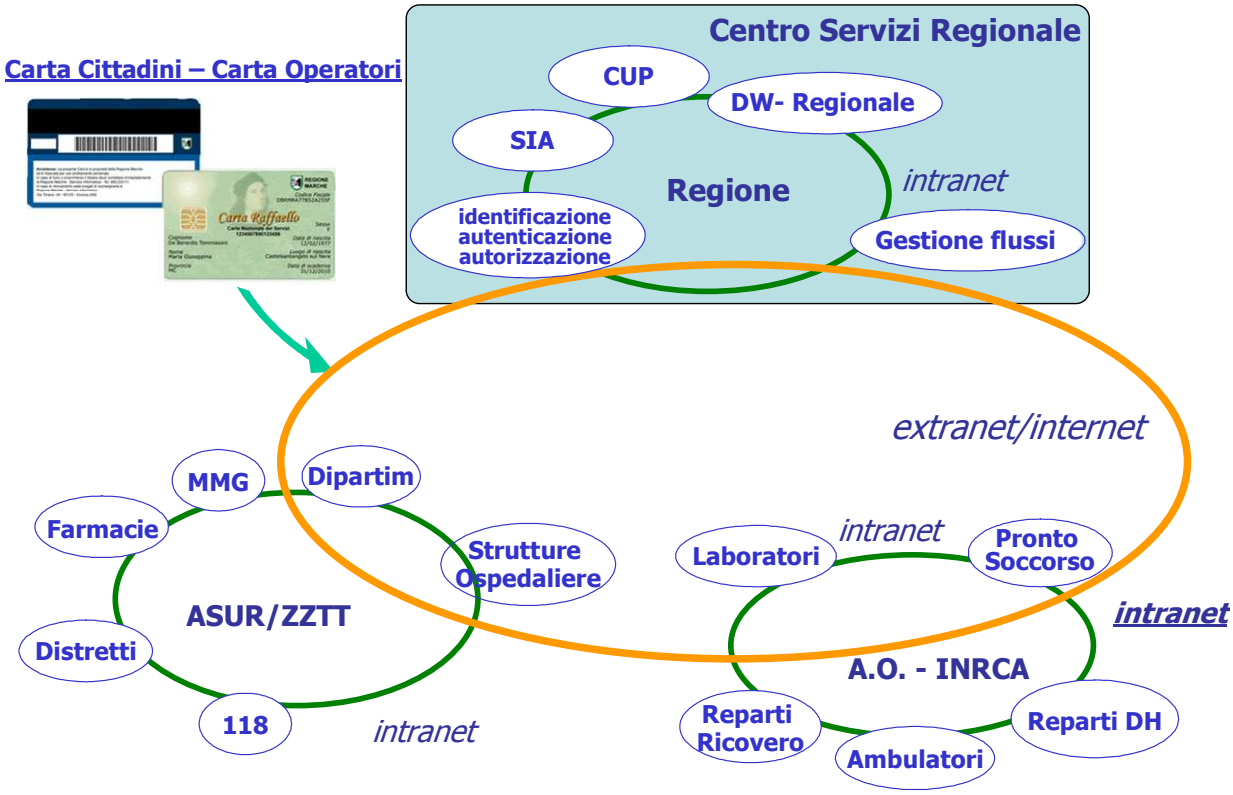


Il Centro Servizi Regionale

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 costatazione 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 "f*ascicolo socio-sanitario elettronico"*.

Sistema informativo per i servizi integrati alla persona

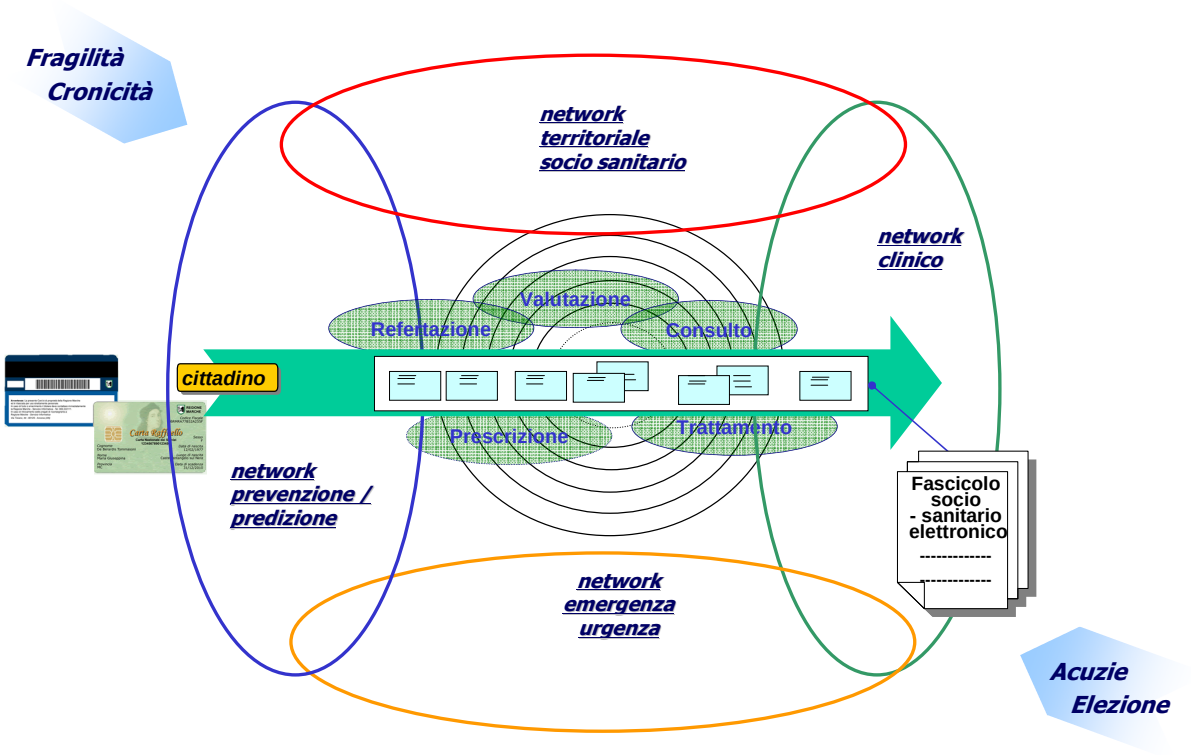
Il nuovo paradigma per il quale la Regione è tanto più vicina ai propri cittadini quanto è in grado di articolare i servizi assistenziali contrastando in modo tempestivo ed integrato le fenomenologie di degenerazione sociale o sanitaria, richiede che questa vicinanza si percepisca anche attraverso una 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.

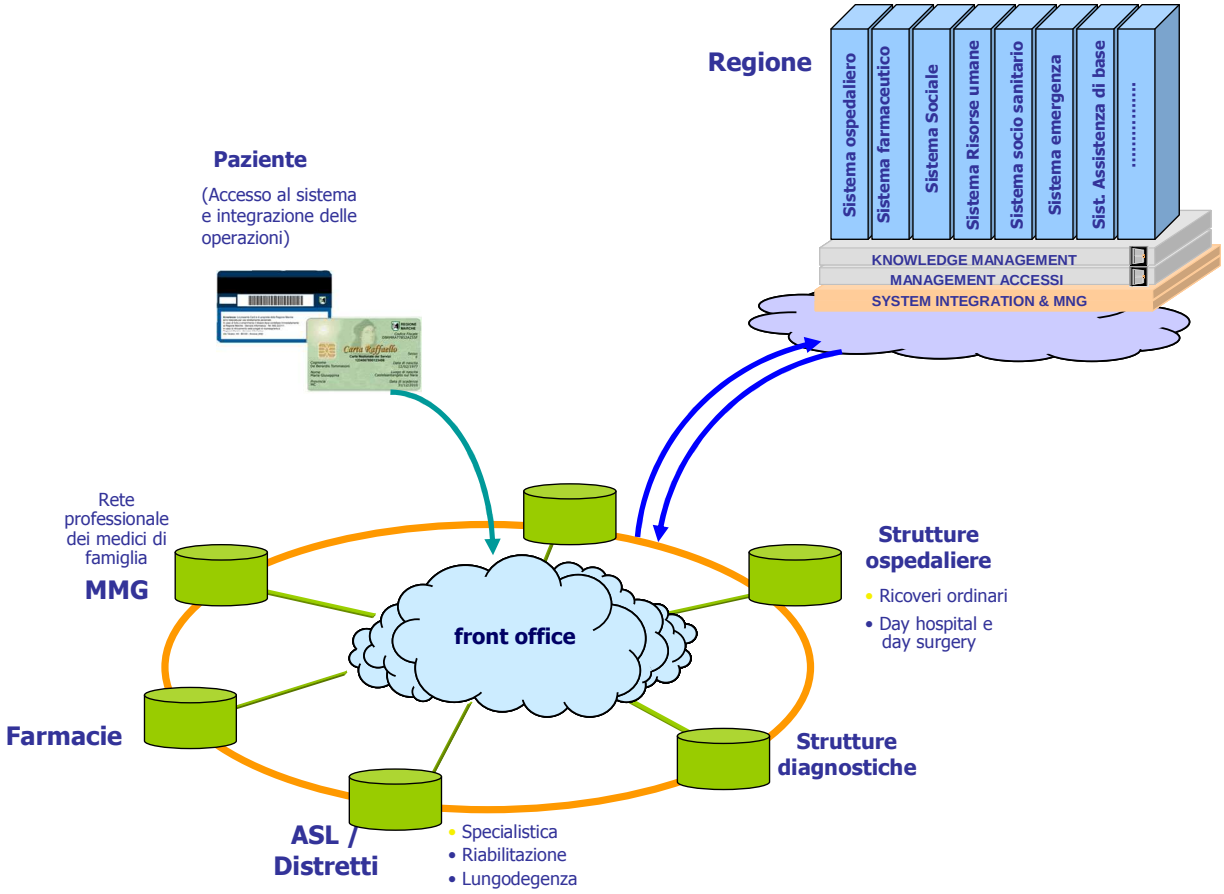
La piattaforma tecnologica di DW sarà naturalmente chiamata ad evolvere e diventare lo strumento per ottemperare al debito informativo come richiesto dal livello centrale.

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 programmatorio;
- 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.



XIV.3 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI

Nel triennio 2012-2014 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, sono in corso le attività di predisposizione del piano di attività da sottoporre al ministero della salute, nell'ambito delle procedure amministrative per l'approvazione alla finanziamento delle gare di acquisizione dei servizi e delle infrastrutture necessarie. Il piano sarà in ogni caso circoscritto nell'arco del periodo 2012-2014 e sarà in grado di dare sincronia alle dieci linee progettuali previste.

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.

XV IL SISTEMA DELLE TECNOLOGIE E DEI SERVIZI

XV.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 (Gruppo Regionale Tecnologie Sanitarie) 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.

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 resesi disponibili con le linee del nuovo accordo di programma (articolo 20 - d.lgs. n. 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 ecografica ed in genere tutta la diagnostica per immagini di tipo oncologico, cardiologio ed osteo-articolare.

Attraverso il lavoro della cabina di regia “Sistema Tecnologico-Strutturale” e del ~~(~~GRTS~~)~~ sono stati sviluppati i contenuti cui si fa riferimento nei successivi paragrafi.

XV.1.1 Laboratori

Elemento essenziale dell’attività di laboratorio analisi, fondamentale per garantire l’effettiva praticabilità di qualsiasi piano di riorganizzazione, risulta, oltre che la dotazione di personale altamente specializzato, il supporto tecnologico, sia strumentale/diagnostico che informatico.

La Delibera di Giunta regionale n. 17 del 17 gennaio 11 ha delineato la nuova organizzazione dei laboratori pubblici, prevedendo, una forte integrazione a rete (management, struttura organizzativa e budget), con strutture flessibili dal punto di vista operativo con supporto tecnologico ed in particolare quello informatico. La struttura a rete dovrà consentire, tra l’altro, di creare massa critica per lo sfruttamento delle economie di scala, garantendo al tempo stesso un miglioramento della qualità dei servizi offerti in maniera uniforme su tutto l’ambito regionale ed equità di accesso.

Questo sistema a rete, 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”, ~~,~~ con la condivisione di richieste e risultati e la diffusione “on line” degli stessi ed il controllo di qualità del dato.

In base a queste linee di indirizzo l’attuale organizzazione 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 di ASUR, Aziende Ospedaliere ed INRCA;
- eliminazione della duplicazione dei servizi;
- garanzia in tutti i presidi ospedalieri, 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 in unico laboratorio di riferimento individuato per area distrettuale o sovradistrettuale~~;~~
- organizzazione di un sistema di laboratori in rete, strutture di laboratorio ubicate presso un'unica sede del presidio ospedaliero unico funzionale di distretto o presso le Aziende Ospedaliere e l’INRCA;
- previsione della possibilità di costituzione di aree dipartimentali funzionali interaziendali tra ASUR/AAOO/INRCA;
- mantenimento nelle strutture periferiche (ex ospedali di polo) del punto prelievi ed eventualmente, a seguito di valutazione di effettiva necessità basata sulla numerosità di interventi prevedibile e distanza da sede ospedaliera dotata di laboratorio, delle apparecchiature necessarie per gestire eventuali urgenze, secondo un pannello predefinito;
- 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;
- possibilità di integrazioni funzionali tra strutture di laboratorio accentrando in poche sedi i servizi di guardia del personale laureato, anche grazie al supporto della tecnologia informatica;
- ottimizzazione e razionalizzazione nell'utilizzo degli investimenti in 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 che dovrà produrre in ultima analisi le ricadute organizzative e funzionali di:

- integrazione del referto di laboratorio all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico e conseguentemente decentralizzazione e dematerializzazione del referto, accessibile all'utenza da qualsiasi punto di connettività;
- 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);
- accettazione unica campioni possibile da ogni punto della rete;
- referto unico (anche se prodotto di test eseguiti in diverse sedi);
- possibilità di integrazione dei servizi di guardia del personale laureato di laboratorio tra più sedi (anche interaziendale);
- supporto alle piccole strutture, in fase di riconversione, a fini riorganizzativi.

XV.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—risulta ancora troppo polverizzata,—sul 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, a supporto delle attività delle strutture ospedaliere.

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 solo in termini di procedure - e quindi di tempi - ma della complessità del caso in esame. A ciò vanno aggiunte le altre attività quotidiane del personale che 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.

In Anatomia patologica, l'aumento del volume di attività 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. Tale caratteristica si lega molto, tra l'altro, all'expertise dei singoli professionisti, e non consente rendimenti crescenti di scala, come invece si riesce ad ottenere in altri settori della laboratoristica.

Il modello organizzativo: la rete funzionale

Il modello organizzativo che si intende perseguire è quello della rete, i cui nodi sono rappresentati dalle attuali 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 garantire un'adeguata casistica. 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.

La costruzione di una rete di Anatomia patologica deve quindi passare attraverso una definizione delle strutture 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 cito-istopatologica, inviando ad un secondo livello, specialistico ed inserito nell'Istituto di anatomia patologica dell'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Ancona, sia gli esami che necessitino 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.

XV.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 installazione) che si avvalgono di accessi alla TC diagnostica per effettuare le tecniche 3D.

Questo comporta un workflow non ottimale, i centri marchigiani garantiscono comunque un numero di trattamenti in categoria C di gran lunga superiore rispetto allo standard fissato dal precedente PSR. I centri provvisti di TC simulatore, raggiungendo l'accuratezza attraverso il controllo del piano di trattamento, dopo TC, in simulazione tradizionale e controlli portali frequenti in corso di trattamento.

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. Più recentemente la Radioterapia di Ascoli Piceno ha acquisito l'attrezzatura necessaria reso operativa tale attività.

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. 5 acceleratori lineari dispongono di un sistema IMRT, n. 2 a Pesaro, n.1 ad Ancona e n. 2 a Macerata di cui uno dotato di 120 lamelle.

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 la struttura di 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;
- 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.

XV.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.

Il Centro Regionale di Riferimento di Terapia Radiometabolica di Macerata è stato istituito con Legge Regionale 2 settembre 1997, n. 61 art.8 ed è in funzione dal 2003 e ribadito dal PSR 2007-2009. Negli anni ha ampliato la sua attività aggiungendo al tradizionale trattamento del residuo tiroideo e delle metastasi da tumore tiroideo con Iodio 131, diverse terapie con radio farmaci innovativi. In particolare si effettuano: terapie dei linfomi, terapie dei tumori neuroendocrini, terapie antalgiche delle metastasi ossee, terapie sperimentali per varie patologie neoplastiche. Tale Centro ha una affluenza extraregionale pari al 50% dei ricoveri. La strategia del Centro è basata su una stretta collaborazione tra diverse figure professionali. Ai medici nucleari ed infermieri, si affiancano i biologi (per le preparazioni di materiali biologici e composti radioattivi) ed i fisici medici del Servizio di Fisica medica (per gli studi dosimetrici e la radioprotezione di pazienti ed operatori).

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.

I centri saranno collegati in rete, il centro di riferimento della rete sarà rappresentato dalla U.O. Macerata sfruttando così la esperienza ormai consolidata da anni.

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 istallata, 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 istallate nuove macchine ad eccezione di un sistema a Macerata con sistema TC integrato e di alcuni sistemi in corso di acquisizione a Pesaro.

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 istallazioni 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 ad esempio la cardiologia con richiesta/esecuzione di indagini sempre più specifiche.

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, tenendo conto delle recenti norme in materia di Medicina nucleare per la preparazione dei radio farmaci riguardanti sia aspetti organizzativi che strutturali.

XV.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 (sono in corso nuove acquisizioni per Jesi e Pesaro) si registrano, in qualche caso, interventi di upgrade tecnologico (es.Fano e Macerata).

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 , in ambito ASUR si è già avviata una parziale 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. Anche per tali tecnologie ad ogni buon conto, grazie alle linee di finanziamento di cui all'art. 20 - d.lgs. 67/88, sono già in corso importanti interventi di sostituzione con sistemi digitali diretti ad alte performance ed alta qualità.

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, ecc.).

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,ecc.);

- proposte di miglioramento (organizzazione e processi) declinate su dimensione locale/area vasta/regione.

Area Ottimizzazione della dose/garanzia della qualità:

- condivisione di protocolli regionali finalizzati alla ottimizzazione delle procedure di diagnostica radiologica (d.lgs. 187/00) comprese le "pratiche speciali" ossia la Tomografia Computerizzata, la radiologia interventistica, la radiologia pediatrica e i programmi di screening;
- condivisione di metodologie regionali per la verifica dei Livelli Diagnostici di Riferimento (LDR) come previsto dal d.lgs. 187/00;
- stima dell'impatto dosimetrico sulla popolazione regionale dell'attività radiologica;
- tenuta dell'inventario delle apparecchiature radiologiche regionali ai sensi d.lgs. 187/00;
- 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, con particolare attenzione a quanto indicato nei punti precedenti.

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,ecc.);
- 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.

XV.1.6 Fisica medica

Le strutture di fisica medica operano ormai da decenni nel campo delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, in stretta collaborazione con i medici di medicina nucleare, radioterapia, radiologia.

Le attività di Fisica Medica sono essenzialmente rivolte a garantire l'ottimizzazione e il miglioramento dei percorsi diagnostici e terapeutici, la sicurezza del paziente e dei lavoratori, lo sviluppo, la valutazione e l'introduzione di nuove tecnologie mediche. La Fisica Medica svolge tutte le attività di controllo e gestione connesse con l'impiego di apparecchiature emittenti radioazioni ionizzanti e non e quelle relative alla sicurezza e alla radioprotezione del paziente, dei lavoratori e della popolazione.

L'esercizio della professione implica l'utilizzo della tecnologia, indispensabile per adempiere a quanto previsto dal DL 187/2000 in merito ai programmi di garanzia della qualità e alle prove di accettazione per le apparecchiature di nuova acquisizione, per cui il Fisico medico mettendo a disposizione una approfondita conoscenza della tecnologia e del suo impatto nei percorsi diagnostici terapeutici, supporta il clinico nell'ottimizzazione delle procedure e nell'individuazione delle caratteristiche tecniche delle apparecchaiture che sono in grado di fornire una adeguata risposta alle necessità cliniche, garantendo la sicurezza del paziente. Fondamentale è inoltre l'apporto del Fisico Medico nelle attività di pianificazione, delle acquisizioni del parco tecnologico di competenza (health technology assessment).

Attualmente nell'ambito del Servizio Sanitario regionale, operano complessivamente 3 direttori di Fisica Medica e 18 Dirigenti Fisici coadiuvati da personale tecnico (n. 12 unità) che svolgono tutte le attività di cui sopra.

XV.1.7 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 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 a livello di area vasta 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, telediagnosi, 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 ospedaliera 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..).

XV.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, 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, 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, composto dalle direzioni delle Aziende ed Enti del SSR che possa integrarsi, per gli aspetti tecnologici, con il Gruppo Regionale Tecnologie Sanitarie (GRTS) già costituito con decreto del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria n.1/ARS del 11/05/2011.

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, lo sviluppo ed il consolidamento 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, ai quali affidare il compito di supporto strategico e tecnico per la definizione ed attuazione dei piani di investimento e la gestione delle tecnologie biomediche (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 Provincie 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).

PARTE VI – I FATTORI DI PRODUZIONE

XVI IL SISTEMA DELLE RISORSE UMANE

XVI.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

La legge finanziaria per il 2010 (art. 1, co. 71 e 73 della legge n. 191 del 23/12/2009) ha definito il quadro economico di compatibilità entro il quale devono essere programmate le assunzioni di personale, nel triennio 2010-2012 (le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non devono superare il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento); contestualmente, la stessa legge ha previsto che la Regione sia giudicata adempiente accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti ovvero nel caso in cui abbia comunque assicurato l'equilibrio economico di bilancio.

L'art. 12 del Patto per la salute 2010/2012 come richiamato dal Patto per la Salute 2011/2013 prevede che le Amministrazioni regionali s'impegnino a contenere la spesa del personale anche attraverso:

1. la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa aziendale;
2. la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento delle aree della dirigenza e del comparto del SSR sempre nel rispetto delle disponibilità dei fondi .

Le più recenti manovre finanziarie (legge n. 122/2010 e 111/2011) delineano gli interventi di riduzione degli stanziamenti nazionali a valere sul quadriennio 2011-2014, per cui la Regione è chiamata a reperire maggiori fonti di finanziamento della spesa sanitaria e contestualmente a razionalizzare e contenere i costi relativi ai fattori di produzione.

In particolare il D.L. 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni in legge n. 122 del 30 luglio 2010, concernente misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e competitività economica, ha introdotto disposizioni di contenimento delle spese di personale (art. 9), valevoli, ai fini del coordinamento della finanza pubblica, come disposizioni di principio per gli enti del SSR.

Le disposizioni finanziarie contenute nel D.L. n. 98/2011 convertito in L. 111 del 01/08/2011 prevedono ulteriori riduzioni del finanziamento statale a valere sul triennio 2012-2014, pertanto, anche in considerazione delle intervenute modifiche legislative riguardanti l'organizzazione del SSR (L.R. n. 17/2010 e L.R. n. 17/2011), si rende necessario prevedere, in coerenza con gli interventi di riorganizzazione, riconversione della rete ospedaliera e rideterminazione degli assetti organizzativi delle strutture del SSR, azioni più incisive di limitazione del turn-over di personale a tempo indeterminato (fatte salve le disposizioni sopra citate in materia di riduzione dei contratti di lavoro flessibile).

XVI.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO

Con la DGR n. 288 del 08/03/2011 sono state definite, in anticipo rispetto al provvedimento di assegnazione del budget per l'anno 2011, le disposizioni per il contenimento ed il controllo della spesa relativa al personale dipendente del SSR per gli anni 2011 e 2012 considerando il dato medio delle cessazioni di personale intervenute nel triennio 2007-2009 , e valorizzando economicamente il risparmio da conseguire nel successivo biennio 2011-2012 pari a complessivi € 20 milioni in base al costo medio per profilo e categoria.

Con le DD.GG.RR. n.1160 e n. 1161 del 01/08/2011 sono state confermate e rafforzate anche per l'anno 2011 le manovre di graduale contenimento dei costi del personale già avviate con le precedenti deliberazioni di Giunta Regionale di assegnazione di budget e sono state adottate specifiche azioni di contenimento delle spese degli apparati amministrativi e del personale in applicazione dell'art. 6 e dell'art. 9 del D.L. n. 78/10 convertito in L. 122/2010 .

In particolare le azioni di riduzione dei costi riguardano:

- contenimento e controllo della spesa complessiva del personale dipendente del SSR e applicazione degli standard per la definizione delle strutture complesse e semplici previste dal patto per la salute 2010/2012,
- la riduzione delle spese per le consulenze (art. 6 co. 7 d.l. 78/10),
- la riduzione del costo per le missioni (art. 6 co. 12 d.l. 78/10),
- la riduzione della spesa per la formazione (art. 6 co. 13 d.l. 78/10),
- la riduzione della spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile (art. 9 co. 28 dl.78/10) prevista per il triennio 2011/2013.

Nel quadro del contenimento dei costi suddetti, per mantenere il livello quali quantitativo delle prestazioni, gli incarichi di direzione di dipartimento sono conferiti in via prioritaria, nel rispetto della normativa vigente, a medici con rapporto di lavoro esclusivo. Entro 1 anno dalla data di approvazione del presente piano va adottata una apposita normativa che, chiarendone i confini, favorisca la massima distinzione tra la libera professione e pubblico impiego.

XVI.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI

Stima del risparmio per effetto delle cessazioni del personale nel triennio 2012-2014

Nel triennio 2012-2014, i risparmi da conseguire verranno collocato assicurando che la spesa del personale sia pari al 70% del valore economico relativo alle cessazioni stimate per ciascun anno applicando il criterio del costo medio per profilo e per categoria.

Si prevedono le seguenti azioni specifiche:

- Limitazione della sostituzione del personale cessato (turnover) nel triennio 2012/2014 con conseguente diminuzione della spesa del personale;
- Applicazione standard per la definizione delle strutture semplici e complesse come stabiliti dal Comitato permanente per la verifica dei Lea art 12 patto per la Salute 2010/2012.

L’economia complessiva della spesa si registrerà effettivamente al termine dell’anno solare 2014.
Il risultato è legato a scelte strategiche di fondo, ovvero al mantenimento degli attuali livelli di assistenza e contestuale razionalizzazione del sistema dell’offerta sanitaria, superando la frammentazione della stessa e consentendo la riallocazione del personale afferente le strutture riconvertite presso le altre sedi del SSR con riduzione conseguente del fabbisogno aggiuntivo di personale.

XVII IL SISTEMA FARMACO E I DISPOSITIVI MEDICI

XVII.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 rispondere a maggiori benefici per il paziente nonché per i costi della ricerca che le aziende devono sostenere);
- l'aumento della popolazione assistita;
- 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;
- non sempre adeguato 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".

Il sistema tuttavia non è stato inerte per contrastare queste criticità già evidenziate con il piano sanitario 2007-2009 ha operato attraverso la Commissione Regionale per l'Appropriatezza Terapeutica (CRAT), organismo multidisciplinare.

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.

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.

XVII.2 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO

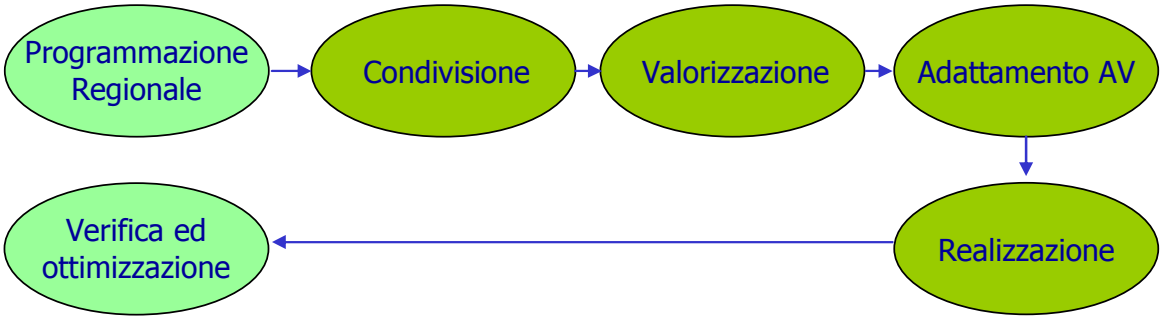
Nel quadro generale di un' esigenza di collegamento organico fra i dati epidemiologici relativi alla popolazione ed alle patologie, con le prestazioni assistenziali, incluse quelle farmaceutiche e con l'obiettivo di rilevare in modo più incisivo le aree di carenza della prevenzione e dove, viceversa, l'offerta terapeutica eccede il fabbisogno, andando a ridurre conseguentemente il rischio di inappropriatezza.

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 (comorbilità) 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 Aree Vaste 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/di reparto, 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 magistali 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 l'Appropriatezza Terapeutica (Delibera n.135 del 26.02.2007 e Decreto Dirigenziale n. 94 del 15.10.2007), articolata in sottocommissioni e gruppi di lavoro su specifiche tematiche;
- 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.

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 realtà territoriali ;
- 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, antidodi, 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 attenzioni 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.

Il Piano socio-sanitario 2012-2014 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;
- riprogrammazione degli obiettivi 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 all'assistito nel reperire farmaci tra cui quelli del PHT, implementando i sistemi di monitoraggio e di 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;
- aggiornamento periodico del prontuario terapeutico Ospedale Territorio Regionale.
- semplificazione delle procedure per l'erogazione di alimenti dietoterapici senza glutine per soggetti affetti da morbo ciliaco, consentendo agli stessi il frazionamento della fornitura in più ritiri nelle farmacie e negli altri servizi commerciali, entro il limite quantitativo mensile autorizzato.

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 metologie 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. attivare un sistema di monitoraggio e controllo dell'uso e della spesa dei dispositivi medici, sia di quelli consumati dalle strutture sanitarie sia di quelli erogati agli assistiti direttamente o tramite strutture autorizzate;
3. istituire una Commissione Unica Regionale per HTA dei i dispositivi medici;

4. favorire la sperimentazione clinica dei Dispositivi Medici;
5. istituire un comitato etico unico regionale per la sperimentazione clinica dei dispositivi medici;
6. rivisitare i sistemi di sorveglianza e vigilanza sui dispositivi medici;
7. applicare ai dispositivi medici, per quanto sia possibile, le norme sulla pubblicità dei farmaci di cui al d.lgs. 219/2006.

XVIII IL PRIVATO ACCREDITATO

XVIII.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il modello sanitario regionale prevede che, nell'ambito degli erogatori delle attività sanitarie, siano presenti anche strutture sanitarie private, accreditate con il SSR.

L'offerta dei "privati" rappresenta per il SSR un fattore di produzione che presenta opportunità ma anche vincoli. In particolare l'erogatore "privato", sia che agisca in regime di ricovero sia ambulatoriale sia in altri ambiti (riabilitativo, residenziale, socio-sanitario), aumenta la capacità del SSR di rispondere ai bisogni, o meglio alla domanda, della popolazione, consentendo di programmare le attività su un maggior numero di erogatori, consentendo così anche di intervenire sui tempi di attesa; tale opportunità deve essere però correttamente governata, nell'ambito di una gestione dei rapporti di committenza basati su criteri di programmazione regionale. L'assenza di una *governance* dei "privati" potrebbe rivelarsi un ulteriore vincolo rispetto anche all'incidenza che le strutture del privato accreditato hanno nella determinazione degli indirizzi di programmazione, in rapporto al fabbisogno sanitario.

In tale scenario la corretta collocazione degli erogatori privati deve essere individuata in complementarietà con il pubblico, in azione "concorrente", e non come "competitore" delle strutture pubbliche. Diventa pertanto fondamentale che le azioni di programmazione siano coerenti con la necessità che la gestione da parte dell'ASUR, cui competono i rapporti di committenza, sia orientata ad integrare l'erogatore privato nel ventaglio dell'offerta sanitaria in una logica che privilegi l'appropriatezza e la qualità della prestazione a garanzia innanzitutto del cittadino.

XVIII.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO

Per quanto riguarda l'orizzonte strategico in cui collocare il contributo della rete del privato accreditato si confermano, rispetto alle indicazioni riportate nel precedente Piano Sanitario, 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'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;
- 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);
- 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 condizionerà 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.

XVIII.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 relazione alla parte non assicurata dalle strutture pubbliche per acuti riconvertite in attività di lungodegenza o riabilitazione;
- 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 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, individuando le linee di attività da incrementare e quelle da ridurre;
- 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, con particolare attenzione all'allegato B del Patto per la Salute relativo ai DRG a rischio di inappropriatezza, se effettuati in degenza ordinaria;
- 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 d'integrazione pubblico/privato innovative comprensive dell'utilizzo in regime convenzionale di equipes pubbliche per lo svolgimento di specifiche attività;
- prevedere la ridefinizione degli accordi di confine come strumento di programmazione integrata delle attività , fornendo all'ASUR strumenti vincolanti di committenza verso i pazienti extra regionali.

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

- va confermata 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;
- 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 appropriate;
- 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 tra le varie realtà 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 dell’offerta delle strutture private nelle politiche di contenimento delle liste di attesa delle Aree Vaste di competenza per le prestazioni che presentano maggiori criticità come quelle di diagnostica per immagini e quelle strumentali in genere.

XIX BENI E SERVIZI

XIX.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Particolare attenzione nel raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario da parte delle Aziende del SSR e dell'INRCA, nel triennio di riferimento, deve essere rivolta al fattore di produzione "acquisto di beni e servizi"; al riguardo l'ASUR dovrà necessariamente tener conto della nuova organizzazione per Aree Vaste di cui alla LR n. 17 del 01/08/2011.

Nella tabella che segue viene riportato il trend della spesa per beni e servizi degli anni 2007-2010 di cui alla DGRM n.1161 del 01/08/2011.

AGGREGATI ECONOMICI	2007	2008	scostamento 2008/2007 %	2009	scostamento 2009/2008 %	2010	scostamento 2010/2009 %
BENI E SERVIZI	**650.735.783**	**697.029.530**	**7,11%**	**734.426.131**	**5,37%**	**759.803.817**	**3,46%**
BENI	**403.079.064**	**431.405.682**	**7,03%**	**459.524.963**	**6,52%**	**477.770.147**	**3,97%**
CONSUMI SANITARI	385.670.206	412.028.733	6,83%	440.087.845	6,81%	456.883.074	3,82%
CONSUMI NON SANITARI	17.408.858	19.376.949	11,31%	19.437.118	0,31%	20.887.073	7,46%
SERVIZI	**247.656.719**	**265.623.848**	**7,25%**	**274.901.168**	**3,49%**	**282.033.670**	**2,59%**
APPALTATI	107.440.014	114.196.768	6,29%	121.776.587	6,64%	127.301.942	4,54%
MANUTENZIONI	45.000.324	49.625.039	10,28%	53.384.437	7,58%	53.640.557	0,48%
UTENZE	31.658.434	32.680.373	3,23%	31.144.266	-4,70%	30.862.042	-0,91%
CONSULENZE AMMINISTRATIVE GE	882.314	2.075.115	135,19%	2.083.413	0,40%	1.900.991	-8,76%
CONSULENZE SANITARIE	2.462.979	2.850.613	15,74%	2.745.198	-3,70%	2.451.025	-10,72%
GODIMENTO BENI DI TERZI	28.642.444	28.112.294	-1,85%	28.386.746	0,98%	30.376.125	7,01%
COSTI GENERALI	30.840.868	35.483.846	15,05%	34.774.693	-2,00%	34.443.035	-0,95%
IMPOSTE DI ESERCIZIO	729.342	599.800	-17,76%	605.828	1,00%	1.057.955	74,63%

Fonte dati:
anni 2007-2010: bilanci consuntivi

Il paragrafo II.4. dell'Allegato A della DGRM n.1161 del 01/08/2011 evidenzia come l'attività di centralizzazione/unificazione delle gare di appalto debba comportare una riduzione del 15% del trend di crescita del 2007-2010 relativo all'acquisto di beni e servizi

Nella tabella che segue vengono riportati i risultati attesi per gli anni 2011-2014 sulla base delle indicazioni sopra riportate.

REGIONE

anni	Aggregato Beni e Servizi	Incidenza % sul totale costi dell'anno				incremento beni e servizi (senza farmaci)	
		di cui farmaci	di cui beni	di cui servizi	totale beni e servizi	assoluto	%
		a	b	c	d = b + c		
anno 2007	**650.735.783**	188.923.657	214.155.407	247.656.719	***461.812.125***		
anno 2008	**697.029.530**	210.783.257	220.622.426	265.623.848	***486.246.274***	24.434.148	5,29%
anno 2009	**734.426.131**	225.417.261	234.107.702	274.901.168	***509.008.870***	22.762.597	4,68%
anno 2010	**759.803.817**	242.230.285	235.539.861	282.033.670	***517.573.532***	8.564.661	1,68%
anno 2011	**792.104.234**	256.172.168	240.233.963	295.698.102	***535.932.065***	18.358.534	3,55%

Valori in €

Fonte: bilanci consuntivi e II report 2011

scostamento 2007/2010	**55.761.406**	12,07%	a
riduzione 15% del trend di crescita 2007-2010		1,81%	b=a*15%
% di crescita prevista per il periodo 2011-2014 così suddivisa:		10,26%	c=(a-b)

2011	2012	2013	2014
3,2%	2,7%	2,3%	2,0%

XIX.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO

Gli obiettivi sopra riportati dovranno essere raggiunti anche attraverso:

1. l'aumento della centralizzazione sia a livello Regionale, sia a livello di Aree Vaste delle gare di acquisto di beni e servizi;
2. l'incremento del volume degli acquisti di beni e servizi tramite la Consip Spa;
3. l'introduzione dell'e-procurement per l'acquisto di beni e servizi.

Con particolare riferimento ai punti l) e 3) sopra riportati si precisa quanto segue:

- l'aggregazione della domanda di beni e servizi proveniente da diversi centri di spesa permette di raggiungere sia economie di scala, sia risparmi di risorse;
- la maggiore trasparenza garantita dall'utilizzo di strumenti dell'IT (Information technology) permette la riduzione dei costi riconducibili alla gestione delle scorte di beni e dei magazzini;
- la stipula di un contratto "collettivo unico" anziché di una molteplicità di singoli contratti determina la riduzione dei costi di transazione;
- il contatto diretto tra i fornitori e le Aziende del SSR e l'INRCA determina la riduzione dei costi di intermediazione;

Tutto quanto sopra riportato può essere garantito anche grazie (i) all'interconnessione tra i sistemi informatici delle Aziende del SSR e dell'INRCA che richiedono i beni o servizi, (ii) all'utilizzo da parte della Regione dell'e-procurement e di una forma accentrata di gestione degli acquisti di beni e servizi. La Regione Marche, inoltre, dovrà garantire il controllo dei

prezzi dei beni e servizi del SSR, anche attraverso l'istituzione di un osservatorio dei prezzi regionale.

La programmazione ed il controllo della spesa dei beni e servzi diventa fondamantale per l'attuazione delle scelte strutturali di riconversione dei Posti Letto per acuti in abbinamento ai tradizionali sistemi di budgeting per centri di costo e responsabilità.

Si noti come la DL n. 229 del 19/06/99 ha evidenziato come la gestione operativa aziendale debba essere orientata a criteri di efficacia ed economicità e come ciò debba riguardare soprattutto la politica degli approvvigionamenti. La normativa prevede, infatti, che i contratti di fornitura dei "beni e servizi", il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria, possano essere appaltati direttamente secondo norme di diritto privato (art. 3 1-ter).

XIX.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI

Le aree su cui si ritiene di indirizzare, nella fase iniziale, l'attività di standardizzazione a livello centrale e conseguentemente avviare un percorso di approvvigionamento risultano, prioritariamente:

- il settore dell'energia (priorità energia elettrica);
- la telefonia;
- i dispositivi medici/attrezzature;
- raccolta rifiuti.

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
ISP	Igiene e Sanità Pubblica
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
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
PSAL	Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
PSSR	Piano Socio Sanitario Regionale.
PUA	Punto Unico di Accesso
RIS	Radiology Information System
RM	Risonanza Magnetica
SDS	Sportello della Salute
SIAN	Servizio di Igiene Alimenti e Nutrizione
SIAOA	Servizio di Igiene Alimenti di Origine Animale
SIAPZ	Servizio di igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche
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
SSA	Servizio di Sanità Animale
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