



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 132 LEGISLATURA N. IX

delibera
1137

DE/ME/DSS Oggetto: Deliberazione amministrativa n. 38 del 16/12/2011
O NC Piano Socio-Sanitario regionale 2012/2014 -
Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo
Prot. Segr. - Percorso operativo per l'Implementazione del Piano
1264 in AV

Lunedì 23 luglio 2012, presso la sede dell'Azienda Lube, a Treia, in via dell'Industria, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- GIAN MARIO SPACCA Presidente
- PAOLO PETRINI Vicepresidente
- ANTONIO CANZIAN Assessore
- SANDRO DONATI Assessore
- PAOLO EUSEBI Assessore
- MARCO LUCHETTI Assessore
- PIETRO MARCOLINI Assessore
- LUCA MARCONI Assessore
- ALMERINO MEZZOLANI Assessore
- LUIGI VIVENTI Assessore

E' assente:

- SARA GIANNINI Assessore

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

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

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

Il _____

L'INCARICATO

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

prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: "Deliberazione amministrativa n. 38 del 16/12/2011 Piano Socio-Sanitario regionale 2012/2014 – Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo- Percorso operativo per l'Implementazione del Piano in AV ".

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

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

VISTA la proposta del Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa per il bilancio regionale;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

DELIBERA

1. di individuare il percorso operativo per l'implementazione del Piano Socio sanitario regionale 2012-2014 in Area Vasta geograficamente intesa come descritto nell'allegato A "*Percorso operativo per l'Implementazione del Piano in Area Vasta*" che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di incaricare il Direttore del Dipartimento per la salute e per i servizi sociali di assicurare, nell'ambito del Tavolo regionale di programmazione previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale, l'esercizio organico integrato delle funzioni degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e di promuovere l'integrazione con il sistema regionale dei servizi sociali ai sensi dell'articolo 3bis, comma 4, della legge regionale n. 13/2003 e successive modificazioni ed integrazioni;
3. di stabilire che la presente deliberazione costituisce direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale nonché dei Direttori di area vasta ai quali

or

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

competete l'approvazione dei piani triennali di area vasta ai sensi degli articoli 10 e 19 della legge regionale n. 13/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Mario Spacca)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Il PSSR 2012/2014, relativamente al percorso operativo per la sua implementazione, prevede di seguire criteri metodologici adeguati in coerenza con 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. Si prevede di riorganizzare i servizi ospedalieri, offerti nell'ambito di tutta la regione e nelle sue articolazioni di Area Vasta, per consentire la distribuzione dei posti letto per acuti negli ospedali di rete, nelle Aziende ospedaliere e nell'INRCA. Analogo percorso deve essere implementato, con le dovute specificità, nell'ambito dell'assistenza sanitaria dell'area della prevenzione, dell'area territoriale e socio-sanitaria. Il modello di riferimento per costruire il percorso è stato delineato anche in base ai documenti dell'AGENAS.

Il PSSR prevedeva di fatto che tale percorso venisse strutturato attraverso l'istituzione di un Tavolo di lavoro regionale 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 ospedaliere e dell'INRCA.

Il compito specifico di detto tavolo è stato quello di tradurre le indicazioni regionali contenute nel PSSR definendo i piani di Area Vasta, geograficamente intesa.

I documenti di programmazione contenuti nell'Allegato A, sono stati oggetto di concertazione con le organizzazioni sindacali.

L'Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione, contiene i criteri e le modalità elaborate nel corso degli incontri del Tavolo di lavoro regionale di programmazione che hanno riguardato sia la riorganizzazione del sistema dell'offerta per quanto attiene la distribuzione dei posti letto per acuti che per quanto riguarda l'offerta della prevenzione, del territorio e del settore sociale e socio-sanitario.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'Allegato A sarà aggiornato 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.

Infine con tale atto si incarica il Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali di assicurare, nell'ambito del tavolo regionale di programmazione previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale, l'esercizio organico integrato delle funzioni degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e di promuovere l'integrazione con il sistema regionale dei servizi sociali così come previsto dall'articolo 3bis, comma 4, della legge regionale n. 13/2003 e s.m.i..

In considerazione della complessità e della delicatezza degli argomenti trattati si ritiene opportuno che il contenuto della presente deliberazione venga considerata direttiva vincolante nei confronti dei Direttori generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e dei Direttori di Area vasta.

Visti i pareri favorevoli espressi dal:

Consiglio delle Autonomie Locali nella seduta del 22 giugno 2012 n. 37-2012;

V Commissione assembleare permanente nella seduta del 19 luglio 2012 n. 108/12.

Per quanto riguarda il parere del Consiglio Regionale dell'Economia e del Lavoro, si rileva che non è stato espresso per cui, ai sensi dell'articolo 8, comma 4), della legge regionale n. 15/2008, si può prescindere dallo stesso.

La presente deliberazione è stata esaminata senza osservazioni dalle competenti Posizioni di Funzione di cui alla DGR n. 412 del 22.03.2011.

Il responsabile del procedimento

(Sandro Oddi)

PROPOSTA E PARERE
DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E PER I SERVIZI SOCIALI

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

Il Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali

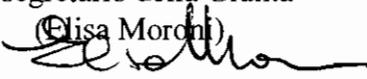
(Carmine Ruta)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione si compone di n. 30 pagine, di cui n. 2,5 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

Il segretario della Giunta

(Elisa Moroni)






ALLEGATO A

**PERCORSO OPERATIVO PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO IN
AREA VASTA**

Sommario

Introduzione

La rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza

Obiettivi e metodologia

Rideterminazione dei posti letto per Area Vasta

Area vasta 1

Area vasta 2

Area vasta 3

Area vasta 4

Area vasta 5

La rete territoriale e socio-sanitaria

Obiettivi e metodologia

Rideterminazione per Area Vasta

La rete della prevenzione collettiva, veterinaria e degli alimenti

Obiettivi e metodologia

Rideterminazione per Area Vasta

el

el



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Introduzione

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014 contiene le indicazioni strategiche di programmazione socio sanitaria declinate in obiettivi ed azioni di carattere generale che riguardano i processi di governo, i processi sanitari, socio-sanitari e sociali nonché i sistemi che devono supportare il funzionamento complessivo della sanità quali la qualità, le risorse umane, le infrastrutture, l'ICT e le tecnologie.

Nel PSSR viene indicato che la traduzione operativa di tali orientamenti debba avvenire a livello Aziendale e di Area Vasta affinché concretamente si possa dare seguito al programma di evoluzione del sistema sanitario regionale secondo un disegno organico e coerente di cambiamento e nel rispetto dei vincoli di carattere economico fissati. In particolare viene dato particolare risalto al recupero di efficienza ed al miglioramento dell'appropriatezza (clinica, organizzativa e prescrittiva) come obiettivi fondamentali per mantenere il posizionamento di eccellenza (sia da un punto di vista qualitativo che economico) attualmente raggiunto dalle Marche.

Le azioni per procedere in tal senso devono in ogni caso svilupparsi in coerenza e nel rispetto delle indicazioni normative e dei vincoli stabiliti a livello nazionale, in particolare quanto fissato dal Patto per la salute e dalle manovre finanziarie.

Le manovre finanziarie 2010 e 2011 e la legge di stabilità 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, il blocco del turn over e 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; la realizzazione di Centrali di acquisto, convenzioni e sistemi di monitoraggio per quanto riguarda i beni e servizi.

Queste manovre finanziarie, insieme ad un trend di incremento del FSN tendente a zero, hanno prodotto pesanti effetti sul fabbisogno finanziario del sistema sanitario mettendo in discussione quanto stabilito dal Patto per la Salute 2010-2012 nonché generando inevitabili conseguenze sull'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza che le Regioni devono comunque garantire, oltre a posticipare ulteriormente l'introduzione dei nuovi LEA.

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, in quanto 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, è finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. Attualmente è in corso il confronto tra le Regioni e lo Stato per arrivare a definire il nuovo Patto per la salute per il triennio 2013-2015, con l'obiettivo di allineare i criteri e le regole di funzionamento del sistema alla complessità dello scenario economico finanziario esistente.

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 del Patto vigente:

- Il finanziamento per livello di assistenza dei Servizi sanitari regionali deve rispettare la seguente suddivisione percentuale:

2

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- 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 (l'orientamento del nuovo Patto attualmente in discussione è verso il 3,5), di cui:
 - almeno 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie (nell'orientamento attuale è 0,5 solo per la riabilitazione);
 - non più di 3,3 posti letto per mille abitanti, per pazienti acuti (3 nell'orientamento attuale, eventualmente comprensivo della post-acuzie).

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.

Dall'insieme di tutte queste indicazioni di carattere normativo ed organizzativo, che condizionano fortemente le azioni della Regione, discendono gli elementi di riorganizzazione trattati nel presente documento in accordo con quanto previsto dal PSSR che prevedeva di fatto che tale percorso venisse strutturato attraverso l'istituzione di un Tavolo di lavoro regionale 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 ospedaliere e dell'INRCA..

or

M

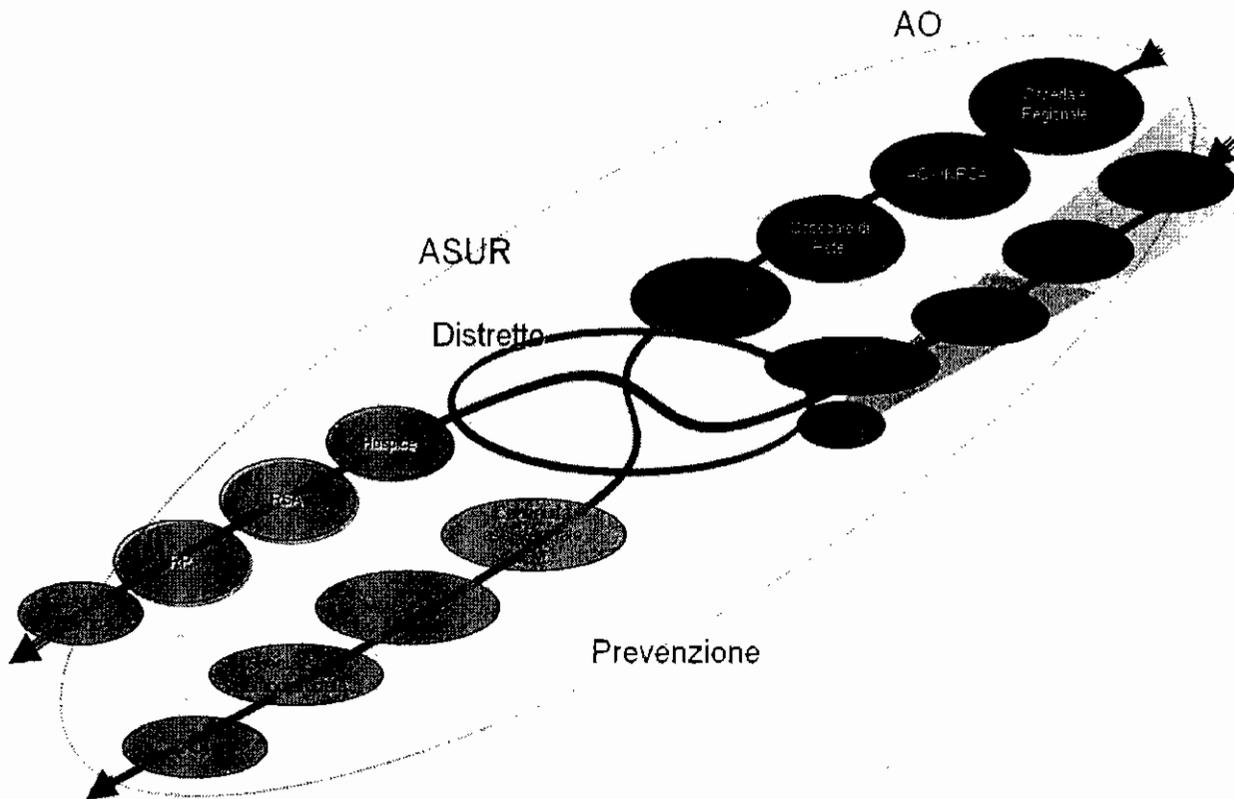
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza

Obiettivi e metodologia

Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete dell'emergenza-urgenza, ha il suo punto di partenza dall'analisi della situazione esistente, in termini sia di organizzazione che di reti esistenti.

L'attuale organizzazione ospedaliera deriva dal Piano Sanitario 1998/2000 che individua gli ospedali di rete e gli ospedali di polo, connotandoli anche dal punto di vista funzionale. L'assetto ospedaliero, come individuato e come mantenuto nel corso degli anni, si può rappresentare con il seguente schema:



Gli ospedali di polo non sono stati considerati come strutture totalmente autonome, ma strettamente correlati agli ospedali di rete di riferimento territoriale, fino ad essere integrati funzionalmente in un Presidio Ospedaliero unico delle ex ASL prima, delle Zone territoriali dell'ASUR poi, a seguito dell'approvazione della L.R. 13/2003.

La necessità di superare tale modello deriva sia dall'obbligo di intervenire sul tasso di posti letto per mille abitanti, che nel corso degli anni si è ridotto fino alle previsioni del Patto per la Salute 2010 - 2012 che

el

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

individua nel 3,3 posti letto per acuti ogni mille abitanti lo standard cui adeguarsi, sia dall'indicazione di razionalizzare l'offerta ospedaliera, riducendo il ricorso al ricovero ordinario per acuti a favore di altri setting assistenziali (ricoveri a ciclo diurno, attività ambulatoriale), come concordato nel suindicato Patto per la Salute.

Al fine di pervenire ad una proposta di razionalizzazione coerente con le indicazioni nazionali, ma che salvaguardi la risposta ai bisogni sanitari della popolazione, è stato individuato un percorso metodologico, condiviso con l'AGENAS, basato sull'analisi della domanda in rapporto alla popolazione residente e sull'appropriatezza organizzativa.

Il primo passo effettuato è rappresentato dall'analisi della situazione esistente relativamente ad aspetti demografici (popolazione complessiva e per classi di età) ed aspetti strutturali (offerta ospedaliera in termini di numero di ospedali, dimensioni e discipline presenti).

Successivamente si è provveduto ad analizzare la tipologia di attività erogata, come numerosità, complessità ed appropriatezza delle prestazioni. In particolare per quest'ultimo aspetto si è valutato la numerosità di casi che, secondo il Patto per la Salute vigente, sono considerati potenzialmente inappropriati se erogati in regime di ricovero ordinario (inappropriatezza organizzativa).

L'assistenza ospedaliera è valutata, non solo per i cittadini residenti nel bacino territoriale di competenza (Area Vasta geograficamente intesa) e non solo nelle strutture ospedaliere, pubbliche e private, presenti nel medesimo bacino, ma si sono presi in considerazione i fenomeni di mobilità sanitaria, attiva e passiva, sia intra che extra regionale, valutandone gli stessi parametri (numerosità, complessità ed appropriatezza delle prestazioni).

Il totale dell'attività erogata dalle strutture ospedaliere presenti nell'Area Vasta (AV) per i residenti della medesima AV, sommata all'attività effettuata per i residenti di altre AV della Regione, ovvero per residenti di altre Regioni (mobilità attiva intra ed extra Regione) è la *produzione reale*; l'attività erogata a favore dei residenti dell'AV in altre strutture ospedaliere, pubbliche e private, sia regionali che di altre Regioni (mobilità passiva), rappresenta la *produzione potenziale*. L'insieme delle due è il fabbisogno globale dell'AV, per ricoveri ordinari per acuti, post-acuzie e riabilitazione, nonché per i ricoveri a ciclo diurno.

L'adozione di alcuni *criteri* atti ad incrementare l'efficienza del sistema consente di valutare le attività che possono essere erogate in altri setting assistenziali (day hospital medici e chirurgici, post-acuzie, riabilitazione), modificando la composizione del fabbisogno globale, nonché ad individuare il numero complessivo di posti letto per AV, tenendo conto di parametri di efficienza (degenza media e tasso di utilizzo).

Considerato che non è possibile soddisfare tutto il fabbisogno globale, in quanto vi sono attività che non possono essere assicurate nella singola AV, si devono valutare fenomeni di mobilità passiva, peraltro anche per patologie a bassa complessità assistenziale, che devono essere considerati "fisiologici" in un sistema sanitario.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Rideterminazione dei posti letto per Area Vasta

Il percorso metodologico delineato conduce ad una rideterminazione dei posti letto che vede una riduzione del numero complessivo di posti letto per acuti, di cui la maggior parte (429 su 588) è riconvertita in posti letto di post-acuzie o riabilitazione, come indicato nella sottostante tabella.

		Regione	AV 1	AV 2	AV 3	AV 4	AV 5	
	Popolazione	1.565.335	366.963	494.522	311.868	177.914	214.068	
Acuti	Totale attuale	5.925	912	2.171	1.039	1.436	767	Attuale
	PL x 1.000 abitanti	3,80	2,49	4,39	3,33	2,45	3,58	
	Proposta PL per acuti	4.737	852	1.956	852	411	666	Proposta
	PL x 1.000 abitanti	3,03	2,32	3,96	2,73	2,31	3,11	
	Totale acuti	-588	-60	-215	-187	-25	-101	Δ
Lungodegenza / riabilitazione	Totale attuale	936	171	386	248	127	104	Attuale
	PL x 1.000 abitanti	0,60	0,47	0,78	0,80	0,15	0,49	
	Proposta PL per lungodegenza / riabilitazione	1.365	225	484	384	109	163	Proposta
	PL x 1.000 abitanti	0,87	0,61	0,98	1,23	0,61	0,76	
	Totale Lungodegenza / Riabilitazione	429	54	98	136	82	59	Δ
Totale Regione	Totale attuale	6.861	1.083	2.557	1.287	1.563	871	
	PL x 1.000 abitanti	4,40	2,93	5,17	4,06	2,80	4,07	
	Totale proposta	6.102	1.077	2.440	1.236	520	829	
	PL x 1.000 abitanti	3,90	2,93	4,93	3,96	2,92	3,87	
Saldo Posti letto totale		-159	-6	-117	-51	57	-42	

L'intero sistema deve essere valutato non in riferimento a ciascun singolo Presidio ospedaliero, ma considerandolo integrato in un sistema "a rete" sia regionale sia di AV, in una logica di hub & spoke, secondo modelli per intensità di cura da definire con l'apporto delle Aziende e dei professionisti, in rapporto anche alle caratteristiche strutturali e tecnologiche.

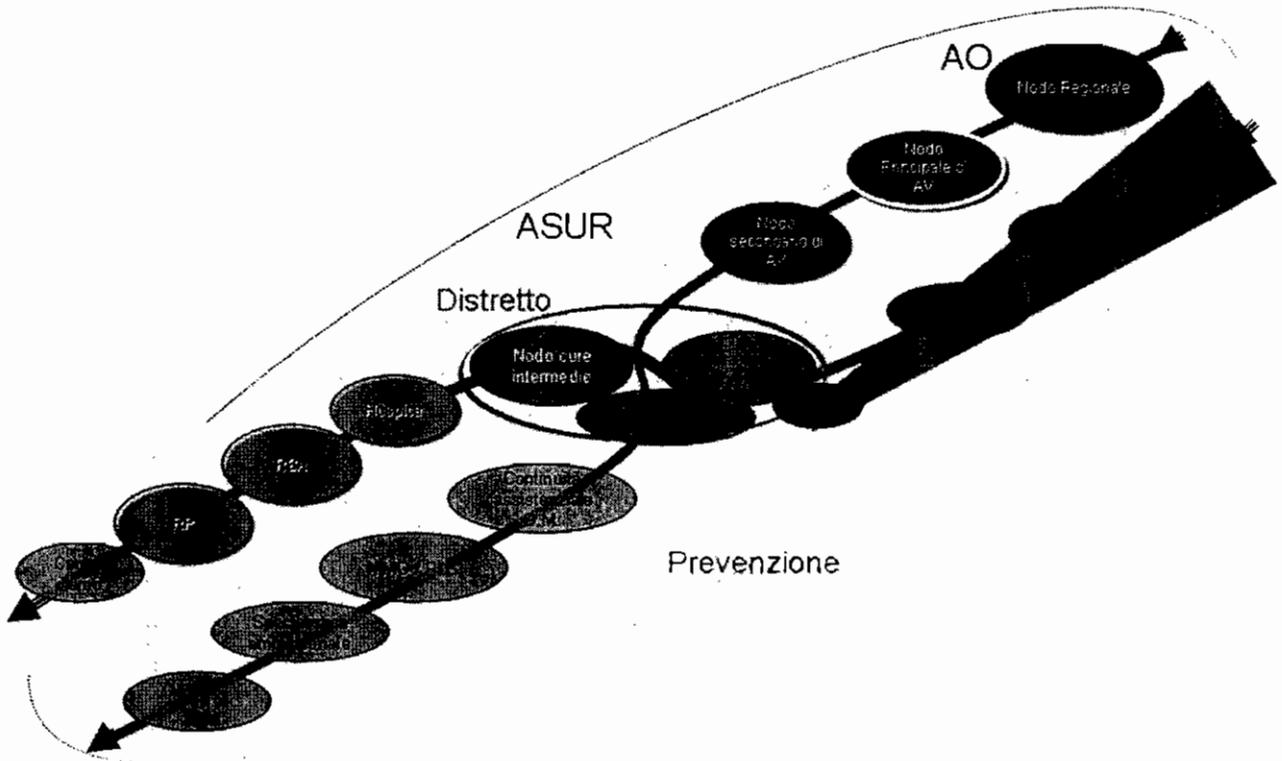
Il risultato che ne deriva esplicitato dallo schema seguente, evidenzia una diversa modalità di individuazione delle strutture di ricovero, in rapporto sia con la diversa composizione interna delle strutture, con individuazione di un hub regionale e di nodi principali e/o secondari di AV, correlati funzionalmente con l'hub regionale (di cui rappresentano lo spoke), sia con i *nodi di cure intermedie* per i quali rappresentano l'hub.

21

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE



I nodi di cure intermedie devono essere strutture orientate a fornire risposte alle patologie a minore complessità assistenziale, prevalentemente in risposta alla cronicità ed alla fragilità, strettamente correlate alle funzioni territoriali. Contestualmente deve essere potenziato il sistema dell'emergenza-urgenza, differenziando le attività caratterizzate da bassa priorità clinica (codici "bianchi" e "verdi") da quelle che necessitano di tempestiva assistenza nelle strutture capaci di fornire l'ideale risposta sanitaria.

La metodologia descritta è stata applicata ad ogni singola AV, ottenendo i risultati finali indicati nella tabella precedente. La rideterminazione dei posti letto di ciascuna Area Vasta è di seguito illustrata.

OK

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Area Vasta 1

L'Area Vasta 1 (AV1) ha una popolazione residente di 366.963 abitanti, di cui il 21,5% è di età superiore a 65 anni. L'AV1 presenta un indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100) pari a 1,58 che risulta inferiore rispetto al valore medio regionale di 1,69.

In AV1 sono attualmente presenti le strutture ospedaliere pubbliche di seguito indicate, per un totale di posti letto pari a 1.083: l'Azienda Ospedaliera Marche Nord, con i due presidi del San Salvatore di Pesaro e Santa Croce di Fano; il Presidio unico ospedaliero di Area vasta attualmente articolato con le strutture di Urbino, di Cagli, di Sassocorvaro, di Fossombrone e di Pergola.

Il fabbisogno globale di prestazioni ospedaliere di ricovero dell'AV1 (70.693 ricoveri) è rappresentato da quanto erogato dalle strutture esistenti a favore della popolazione residente nonché dei pazienti provenienti da altre Aree della Regione o da altre Regioni e che costituisce mobilità attiva intra ed extra regionale (produzione reale: 54.675 ricoveri). Il fabbisogno globale comprende inoltre le prestazioni di ricovero che i residenti dell'AV1 hanno richiesto in altre Aree della Regione o in altre Regioni e che costituisce mobilità passiva intra ed extra regionale (produzione potenziale: 16.018 ricoveri, che rappresenta il 22,7% del totale).

La tabella seguente riassume i valori del fabbisogno globale dell'Area Vasta e pone in evidenza che sul totale dei ricoveri ordinari, il 24,5% dei ricoveri è a rischio di inappropriatelyzza (cd. ricoveri LEA). L'attività di ricovero in day hospital costituisce il 23,2% del totale.

	Ordinari	%	peso ord	% Lea	Dh	%	peso dh	% Dh/ Totale	Totale Ricoveri	%
Residenti nelle strutture di AV1	38.161	70,3%	0,987	22,0	10.463	63,7%	0,728	21,5%	48.624	68,8
Mobilità attiva intraregione	1.694	3,1%	1,159	31,8	906	5,5%	0,774	34,8%	2.600	3,7
Mobilità attiva extraregione	2.683	4,9%	1,100	30,0	768	4,7%	0,792	22,3%	3.451	4,9
Produzione reale	42.538	78,4%	1,001	22,9	12.137	73,9%	0,735	22,2%	54.675	77,3

Mobilità passiva intraregione	3.915	7,2%	1,301	25,5	1.705	10,4%	0,774	30,3%	5.620	7,9
Mobilità passiva extraregione	7.819	14,4%	1,189	32,5	2.579	15,7%	0,792	24,8%	10.398	14,7
Produzione potenziale	11.734	21,6%	1,227	30,2	4.284	26,1%	0,785	26,7%	16.018	22,7

Fabbisogno Globale AV1	54.272	100,0%	1,049	24,5	16.421	100,0%	0,795	23,2%	70.693	100,0
-------------------------------	---------------	---------------	--------------	-------------	---------------	---------------	--------------	--------------	---------------	--------------

Al fine di rideterminare la dotazione dei posti letto complessivi di Area Vasta secondo la metodologia adottata, con l'obiettivo di aumentare l'appropriatezza e di recuperare efficienza, sono introdotti in particolare criteri che determinino il trasferimento di una quota consistente dei ricoveri, medici e chirurgici, a rischio di inappropriatelyzza dal regime ordinario al regime di day hospital o al regime ambulatoriale. Viene inoltre individuata l'attività che è rivolta all'erogazione di prestazioni di ricovero dell'area post-acute,

af

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

lungodegenza e riabilitazione, al fine di separarla dall'assistenza a pazienti acuti. Per l'AV1, il fabbisogno complessivo di quest'area è stato misurato in circa 5.500 ricoveri.

L'applicazione di parametri di efficienza in termini di degenza media e tasso di occupazione, porta quindi ad una rideterminazione dei posti letto per l'AV1 come riportato nella tabella seguente.

	Offerta Attuale		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie/ Riabilitazione e Lungodegenza (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	912	171	1.083
Ricoveri Totali	52.840	1.835	54.675

	Modello rete integrata a tendere		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie/ Riabilitazione e Lungodegenza (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	852	225	1.077
Ricoveri Totali	55.059	5.501	60.560
Δ finale PL	-60	54	-6

25

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Area Vasta 2

L'Area Vasta 2 (AV2) ha una popolazione residente di 494.522 abitanti, di cui il 21,8% è di età superiore a 65 anni. L'AV2 presenta un indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100) pari a 1,72 che risulta leggermente superiore rispetto al valore medio regionale di 1,69 con valori particolarmente più elevati per il territorio di Fabriano e l'area interna della ex zona di Senigallia.

In AV2 sono attualmente presenti le strutture ospedaliere pubbliche e private di seguito indicate, per un totale di posti letto pari a 2.557. Strutture Pubbliche: l'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali riuniti di Ancona, l'Inrca di Ancona; il Presidio unico ospedaliero di Area vasta attualmente articolato con le strutture di Senigallia, di Jesi, di Fabriano, di Cingoli, di Sassoferrato, di Chiaravalle, di Loreto e di Osimo. Strutture Private: le case di cura Villa Silvia di Senigallia, Villa Serena di Jesi, Villa Jolanda di Maiolati Spontini, Villa Igea di Ancona e l'istituto di riabilitazione Villa Adria di Ancona.

Il fabbisogno globale di prestazioni ospedaliere di ricovero dell'AV2 (121.440 ricoveri) è rappresentato da quanto erogato dalle strutture esistenti a favore della popolazione residente nonché dei pazienti provenienti da altre Aree della Regione o da altre Regioni e che costituisce mobilità attiva intra ed extra regionale (produzione reale: 108.660 ricoveri). Il fabbisogno globale comprende inoltre le prestazioni di ricovero che i residenti dell'AV2 hanno richiesto in altre Aree della Regione o in altre Regioni e che costituisce mobilità passiva intra ed extra regionale (produzione potenziale: 12.780 ricoveri, che rappresenta il xx del totale).

La tabella seguente riassume i valori del fabbisogno globale dell'Area Vasta e pone in evidenza che sul totale dei ricoveri ordinari, il 24,4% dei ricoveri è a rischio di inappropriatelyzza (cd. ricoveri LEA). L'attività di ricovero in day hospital costituisce il 24,7% del totale.

	Ordinari	%	peso ord	% Lea	Dh	%	peso dh	% Dh/ Totale	Totale Ricoveri	%
Residenti nelle strutture di AV2	59.129	64,6%	1,054	22,9	17.764	59,3%	0,753	23,1%	76.893	63,3
Mobilità attiva intraregione	16.159	17,7%	1,333	22,3	6.145	20,5%	0,737	27,6%	22.304	18,4
Mobilità attiva extraregione	7.138	7,8%	1,237	27,1	2.325	7,8%	0,815	24,6%	9.463	7,8
Produzione reale	82.426	90,1%	1,124	23,2	26.234	87,6%	0,755	24,1%	108.660	89,5

Mobilità passiva intraregione	3.769	4,1%	0,975	35,1	1.796	6,0%	0,737	32,3%	5.565	4,6
Mobilità passiva extraregione	5.308	5,8%	1,267	35,5	1.907	6,4%	0,815	26,4%	7.215	5,9
Produzione potenziale	9.077	9,9%	1,146	35,3	3.703	12,4%	0,777	29,0%	12.780	10,5

Fabbisogno Globale AV2	91.503	100,0%	1,126	24,4	29.937	100,0%	0,766	24,7%	121.440	100,0
-------------------------------	---------------	---------------	--------------	-------------	---------------	---------------	--------------	--------------	----------------	--------------

Al fine di rideterminare la dotazione dei posti letto complessivi di Area Vasta secondo la metodologia adottata, con l'obiettivo di aumentare l'appropriatezza e di recuperare efficienza, sono introdotti in particolare criteri che determinino il trasferimento di una quota consistente dei ricoveri, medici e chirurgici, a ri-

25

AV



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

schio di inappropriata dal regime ordinario al regime di day hospital o al regime ambulatoriale. Viene inoltre individuata l'attività che è rivolta all'erogazione di prestazioni di ricovero dell'area post-acuzie, lungodegenza e riabilitazione, al fine di separarla dall'assistenza a pazienti acuti. Per l'AV2, il fabbisogno complessivo di quest'area è stato misurato in circa 7.300 ricoveri.

L'applicazione di parametri di efficienza in termini di degenza media e tasso di occupazione, porta quindi ad una rideterminazione dei posti letto per l'AV2 come riportato nella tabella seguente.

	Offerta Attuale		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie/ Riabilitazione e Lungodegenza (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	2.171	386	2.557
Ricoveri Totali	104.472	4.188	108.660

	Modello rete integrata a tendere		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie / Lungodegenza e Riabilitazione (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	1.956	484	2.440
Ricoveri Totali	97.754	7.307	105.061
Δ finale PL	-215	98	-117

or

mf



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Area Vasta 3

L'Area Vasta 3 (AV3) ha una popolazione residente di 311.868 abitanti, di cui il 22,9% è di età superiore a 65 anni. L'AV3 presenta un indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100) pari a 1,75 che risulta superiore rispetto al valore medio regionale di 1,69 con valori particolarmente più elevati per il territorio di Camerino (2,19).

In AV3 sono attualmente presenti le strutture ospedaliere pubbliche e private di seguito indicate, per un totale di posti letto pari a 1.287. Pubbliche: il Presidio unico ospedaliero di Area vasta attualmente articolato con le strutture di Macerata; di Civitanova Marche; di Recanati, di Tolentino, di Treia, di Camerino, di Matelica e di San Severino M.. Private: le case di cura Villa Pini di Civitanova Marche, Dott. Marchetti di Macerata e il centro ospedaliero S. Stefano di Potenza Picena.

Il fabbisogno globale di prestazioni ospedaliere di ricovero dell'AV3 (67.948 ricoveri) è rappresentato da quanto erogato dalle strutture esistenti a favore della popolazione residente nonché dei pazienti provenienti da altre Aree della Regione o da altre Regioni e che costituisce mobilità attiva intra ed extra regionale (produzione reale: 52.859 ricoveri). Il fabbisogno globale comprende inoltre le prestazioni di ricovero che i residenti dell'AV3 hanno richiesto in altre Aree della Regione o in altre Regioni e che costituisce mobilità passiva intra ed extra regionale (produzione potenziale: 15.089 ricoveri, che rappresenta il 22,2% del totale).

La tabella seguente riassume i valori del fabbisogno globale dell'Area Vasta e pone in evidenza che sul totale dei ricoveri ordinari, il 25,5% dei ricoveri è a rischio di inappropriatelyzza (cd. ricoveri LEA). L'attività di ricovero in day hospital costituisce il 22,7% del totale.

	Ordinari	%	peso ord	% Lea	Dh	%	peso dh	% Dh/Totale	Totale Ricoveri	%
Residenti nelle strutture di AV4	31.085	59,2%	0,980	23,4	7.467	48,4%	0,772	19,4%	38.552	56,7
Mobilità attiva intraregione	7.400	14,1%	0,926	31,4	3.167	20,5%	0,780	30,0%	10.567	15,6
Mobilità attiva extraregione	2.887	5,5%	0,970	33,1	853	5,5%	0,792	22,8%	3.740	5,5
Produzione reale	41.372	78,8%	0,970	25,5	11.487	74,5%	0,776	21,7%	52.859	77,8

Mobilità passiva intraregione	7.387	14,1%	1,275	22,7	2.689	17,4%	0,780	26,7%	10.076	14,8
Mobilità passiva extraregione	3.763	7,2%	1,333	31,9	1.250	8,1%	0,792	24,9%	5.013	7,4
Produzione potenziale	11.150	21,2%	1,294	25,8	3.939	25,5%	0,784	26,1%	15.089	22,2

Fabbisogno Globale AV4	52.522	100,0%	1,079	25,5	15.426	100,0%	0,795	22,7%	67.948	100,0
-------------------------------	---------------	---------------	--------------	-------------	---------------	---------------	--------------	--------------	---------------	--------------

Al fine di rideterminare la dotazione dei posti letto complessivi di Area Vasta secondo la metodologia adottata, con l'obiettivo di aumentare l'appropriatezza e di recuperare efficienza, sono introdotti in particolare criteri che determinino il trasferimento di una quota consistente dei ricoveri, medici e chirurgici, a rischio di inappropriatelyzza dal regime ordinario al regime di day hospital o al regime ambulatoriale. Viene inoltre individuata l'attività che è rivolta all'erogazione di prestazioni di ricovero dell'area post-acuzie,

al

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

lungodegenza e riabilitazione, al fine di separarla dall'assistenza a pazienti acuti. Per l'AV3, il fabbisogno complessivo di quest'area è stato misurato in circa 5.300 ricoveri.

L'applicazione di parametri di efficienza in termini di degenza media e tasso di occupazione, porta quindi ad una rideterminazione dei posti letto per l'AV3 come riportato nella tabella seguente.

	Offerta Attuale		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie/ Riabilitazione e Lungodegenza (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	1.039	248	1.287
Ricoveri Totali	51.101	1.758	52.859

	Modello rete integrata a tendere		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie/ Riabilitazione e Lungodegenza (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	852	384	1.236
Ricoveri Totali	47.289	5.319	52.608
Δ finale PL	-187	136	-51



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Area Vasta 4

L'Area Vasta 4 (AV4) ha una popolazione residente di 177.914 abitanti, di cui il 22,7% è di età superiore a 65 anni. L'AV4 presenta un indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100) pari a 1,74 che risulta superiore rispetto al valore medio regionale di 1,69, anche in relazione alla parte territoriale più interna.

In AV4 sono attualmente presenti le strutture ospedaliere pubbliche e private di seguito indicate, per un totale di posti letto pari a 463. Pubbliche: l'Inrca di Fermo; il Presidio unico ospedaliero di Area vasta attualmente articolato con le strutture di Fermo, di Amandola, di Montegiorgio e di S. Elpidio a mare. Private: la casa di cura Villa Verde di Fermo.

Il fabbisogno globale di prestazioni ospedaliere di ricovero dell'AV4 (34.717 ricoveri) è rappresentato da quanto erogato dalle strutture esistenti a favore della popolazione residente nonché dei pazienti provenienti da altre Aree della Regione o da altre Regioni e che costituisce mobilità attiva intra ed extra regionale (produzione reale: 19.610 ricoveri). Il fabbisogno globale comprende inoltre le prestazioni di ricovero che i residenti dell'AV4 hanno richiesto in altre Aree della Regione o in altre Regioni e che costituisce mobilità passiva intra ed extra regionale (produzione potenziale: 15.107 ricoveri, che rappresenta il 43,5% del totale).

La tabella seguente riassume i valori del fabbisogno globale dell'Area Vasta e pone in evidenza che sul totale dei ricoveri ordinari, il 21,6% dei ricoveri è a rischio di inappropriatelyzza (cd. ricoveri LEA). L'attività di ricovero in day hospital costituisce il 21,2% del totale.

	Ordinari	%	peso ord	% Lea	Dh	%	peso dh	% Dh/ Totale	Totale Ricoveri	%
Residenti nelle strutture di AV4	13.096	47,9%	1,043	18,7	2.533	34,5%	0,777	16,2%	15.629	45,0
Mobilità attiva intraregione	2.037	7,4%	0,988	35,3	697	9,5%	0,759	25,5%	2.734	7,9
Mobilità attiva extraregione	963	3,5%	1,038	24,1	284	3,9%	0,784	22,8%	1.247	3,6
Produzione reale	16.096	58,8%	1,036	21,1	3.514	47,8%	0,774	17,9%	19.610	56,5
Mobilità passiva intraregione	8.888	32,5%	1,101	24,4	3.280	44,6%	0,759	27,0%	12.168	35,0
Mobilità passiva extraregione	2.384	8,7%	1,350	14,7	555	7,6%	0,784	18,9%	2.939	8,5
Produzione potenziale	11.272	41,2%	1,153	22,4	3.835	52,2%	0,762	25,4%	15.107	43,5
Fabbisogno Globale AV4	27.368	100,0%	1,079	21,6	7.349	100,0%	0,795	21,2%	34.717	100,0

Al fine di rideterminare la dotazione dei posti letto complessivi di Area Vasta secondo la metodologia adottata, con l'obiettivo di aumentare l'appropriatelyzza e di recuperare efficienza, sono introdotti in particolare criteri che determinino il trasferimento di una quota consistente dei ricoveri, medici e chirurgici, a rischio di inappropriatelyzza dal regime ordinario al regime di day hospital o al regime ambulatoriale. Viene inoltre individuata l'attività che è rivolta all'erogazione di prestazioni di ricovero dell'area post-acuzie,

AV

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

lungodegenza e riabilitazione, al fine di separarla dall'assistenza a pazienti acuti. Per l'AV4, il fabbisogno complessivo di quest'area è stato misurato in circa 2.350 ricoveri.

L'applicazione di parametri di efficienza in termini di degenza media e tasso di occupazione, porta quindi ad una rideterminazione dei posti letto per l'AV4 come riportato nella tabella seguente.

	Offerta <i>attuale</i>		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie / Lungodegenza e Riabilitazione (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	436	27	463
Ricoveri Totali	19.390	220	19.610

	Modello rete integrata <i>a tendere</i>		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie / Lungodegenza e Riabilitazione (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	411	109	520
Ricoveri Totali	25.267	2.358	27.625

Δ finale PL	-25	82	57
--------------------	------------	-----------	-----------



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Area Vasta 5

L'Area Vasta 5 (AV5) ha una popolazione residente di 214.068 abitanti, di cui il 22,5% è di età superiore a 65 anni. L'AV5 presenta un indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100) pari a 1,77 che risulta superiore rispetto al valore medio regionale di 1,69 con valori particolarmente più elevati per il territorio di Ascoli Piceno (1,86).

In AV5 sono attualmente presenti le strutture ospedaliere pubbliche e private di seguito indicate, per un totale di posti letto pari a 871. Pubbliche: il Presidio unico ospedaliero di Area vasta attualmente articolato con le strutture di San Benedetto del Tronto e di Ascoli Piceno. Private: le case di cura Villa Anna di S. Benedetto del Tronto, Stella Maris di S. Benedetto del Tronto, San Giuseppe di Ascoli Piceno e Villa San Marco di Ascoli Piceno.

Il fabbisogno globale di prestazioni ospedaliere di ricovero dell'AV5 (52.199 ricoveri) è rappresentato da quanto erogato dalle strutture esistenti a favore della popolazione residente nonché dei pazienti provenienti da altre Aree della Regione o da altre Regioni e che costituisce mobilità attiva intra ed extra regionale (produzione reale: 40.547 ricoveri). Il fabbisogno globale comprende inoltre le prestazioni di ricovero che i residenti dell'AV5 hanno richiesto in altre Aree della Regione o in altre Regioni e che costituisce mobilità passiva intra ed extra regionale (produzione potenziale: 11.652 ricoveri, che rappresenta il 22,3 del totale).

La tabella seguente riassume i valori del fabbisogno globale dell'Area Vasta e pone in evidenza che sul totale dei ricoveri ordinari, il 17,3% dei ricoveri è a rischio di inappropriatelyzza (cd. ricoveri LEA). L'attività di ricovero in day hospital costituisce il 21,9% del totale.

	Ordinari	%	peso ord	% Lea	Dh	%	peso dh	% Dh/ Totale	Totale Ricoveri	%
Residenti nelle strutture di AV5	22.175	54,4%	0,933	15,8	4.843	42,3%	0.707	17,9%	27.018	51,8
Mobilità attiva intraregione	1.222	3,0%	1,005	17,3	436	3,8%	0,811	26,3%	1.658	3,2
Mobilità attiva extraregione	8.878	21,8%	0,960	22,9	2.993	26,1%	0,758	25,2%	11.871	22,7
Produzione reale	32.275	79,2%	0,943	17,8	8.272	72,2%	0,731	20,4%	40.547	77,7
Mobilità passiva intraregione	4.553	11,2%	1,235	16,5	1.881	16,4%	0,811	29,2%	6.434	12,3
Mobilità passiva extraregione	3.921	9,6%	1,279	14,2	1.297	11,3%	0,758	24,9%	5.218	10,0
Produzione potenziale	8.474	20,8%	1,255	15,4	3.178	27,8%	0,789	27,3%	11.652	22,3
Fabbisogno Globale AV5	40.749	100,0%	1,079	17,3	11.450	100,0%	0,795	21,9%	52.199	100,0

Al fine di rideterminare la dotazione dei posti letto complessivi di Area Vasta secondo la metodologia adottata, con l'obiettivo di aumentare l'appropriatezza e di recuperare efficienza, sono introdotti in particolare criteri che determinino il trasferimento di una quota consistente dei ricoveri, medici e chirurgici, a rischio di inappropriatelyzza dal regime ordinario al regime di day hospital o al regime ambulatoriale. Viene inoltre individuata l'attività che è rivolta all'erogazione di prestazioni di ricovero dell'area post-acuzie,



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

lungodegenza e riabilitazione, al fine di separarla dall'assistenza a pazienti acuti. Per l'AV5, il fabbisogno complessivo di quest'area è stato misurato in circa 2.900 ricoveri.

L'applicazione di parametri di efficienza in termini di degenza media e tasso di occupazione, porta quindi ad una rideterminazione dei posti letto per l'AV5 come riportato nella tabella seguente.

	Offerta attuale		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie / Lungodegenza e Riabilitazione (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	767	104	871
Ricoveri Totali	40.287	1.113	41.400

	Modello rete integrata a tendere		
	Acuti Ord. e DH (a)	Post Acuzie / Lungodegenza e Riabilitazione (b)	Totale (a) + (b)
Posti letto	666	163	829
Ricoveri Totali	42.743	2.907	45.650

Δ finale PL	-101	59	-42
--------------------	-------------	-----------	------------



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La rete territoriale e socio-sanitaria

Obiettivi e metodologia

La progressiva diminuzione del ricorso all'ospedalizzazione, in coerenza con le indicazioni del Patto per la Salute 2010/2012, con la metodologia condivisa con l'AGENAS e con quanto emerso nel confronto all'interno del Tavolo di lavoro regionale, pone la necessità di ri-orientare gli interventi previsti nell'ambito ospedaliero con la riduzione dei posti letto per acuti in ambito ospedaliero a favore dell'assistenza territoriale.

Pertanto gli interventi sulla rete territoriali si devono sono ri-orientare considerando i seguenti ambiti, intrinsecamente interdipendenti:

- Governo della domanda;
- Implementazione delle strutture intermedie e potenziamento delle cure primarie
- Riassetto e sviluppo della rete assistenziale residenziale e semiresidenziale;

Il Governo della domanda

Lo sviluppo a tutto tondo dell'assistenza territoriale presuppone ineludibilmente di porre all'origine della erogazione dei servizi la capacità di rispondere alla domanda di salute espressa dai cittadini rispetto all'offerta.

Per raggiungere tale obiettivo è necessario che ogni Area Vasta concretizzi un presidio di responsabilità unitario su tutto il ciclo di formazione della domanda, ovviamente intesa nel complesso socio-sanitario e per questo da raggiungere in stretta integrazione funzionale fra Distretti e Ambiti Territoriali Sociali.

Implementazione delle strutture intermedie e potenziamento delle cure primarie

Gli obiettivi generali in questo ambito possono essere riassunti:

- assicurare un punto unico di accesso ai cittadini
- garantire la continuità assistenziale nelle 24 ore 7 giorni su 7
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino
- rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette
- migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di cronicità
- sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini

Riassetto e sviluppo della rete assistenziale residenziale e semiresidenziale

Per quanto attiene le strutture residenziali e semiresidenziali il percorso è teso a modulare il complesso delle attività residenziali e semiresidenziali erogate dalle strutture pubbliche o private accreditate, in fasce assistenziali ed in livelli che connotano l'intensità e la complessità delle prestazioni erogate, prevedendo una rete di possibilità di intervento il più ampia ed articolata possibile in relazione alle diverse tipologie di bisogno connesse alle situazioni di non autosufficienza, disabilità e salute mentale.

er

my



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Rideterminazione per Area Vasta

Il Governo della domanda

Per raggiungere l'obiettivo di un efficiente Governo della domanda è necessario che ogni Area Vasta disponga di un presidio di responsabilità unitario su tutto il ciclo di formazione della domanda, ovviamente intesa nel complesso socio-sanitario e per questo da raggiungere in stretta integrazione funzionale fra Distretti e Ambiti Territoriali Sociali e in sinergia con le Aziende Ospedaliere e l'INRCA che insistono sul territorio.

Il presidio unitario deve mettere in correlazione le tre fasi logiche del ciclo: accesso, valutazione e presa in carico, e pertanto a livello di Area Vasta, di concerto con gli ATS, è necessario individuare i bacini territoriali di riferimento per i Punti Unici di Accesso, a cui correlare l'attività delle relative Unità Valutative Integrate per la produzione dei Piani di Assistenza Individualizzati necessari alla presa in carico.

Implementazione delle strutture intermedie e potenziamento delle cure primarie

E' necessario creare una identità strutturale, quale luogo fisico e identificabile per l'utente, ove perseguire gli obiettivi generali enunciati nel punto precedente. Pertanto bisogna dare avvio in ogni area Vasta alla diffusione territoriale di strutture intermedie, riferibili al modello della Casa della Salute, le quali si configurano come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone, di un definito bacino di utenza, fin dal momento dell'accesso attraverso: l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze. Pertanto le principali funzioni presenti sono:

- accoglienza e orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali;
- assistenza sanitaria per problemi ambulatoriali urgenti (codici bianchi e verdi);
- possibilità di completare i principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale;
- gestione delle patologie croniche, attraverso l'integrazione dell'assistenza primaria coi servizi specialistici presenti e con la possibilità di ricovero residenziale;
- Interventi di prevenzione e promozione della salute.

Anche sulla scorta delle sperimentazioni regionali e nazionali maturate, esse si diversificano in tre livelli di complessità organizzativa (bassa, media e alta) a cui corrispondono livelli di eterogeneità erogativa crescenti, come schematicamente descritto di seguito.

La casa della salute dovrà essere implementata anche sulla base della riclassificazione delle strutture sanitarie che si occuperanno delle attività per i pazienti postacuti.

TIPOLOGIA I: BASSA COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVA

Nella sua formulazione organizzativa minima, la Casa della Salute deve rappresentare almeno la cerniera strutturale tra la medicina di assistenza primaria (MMG e PLS) con l'erogazione di prestazioni infermieristiche e specialistiche per gli ambiti di maggiore prevalenza epidemiologica, al fine di implementare percorsi clinici integrati per le patologie di maggior impatto.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

TIPOLOGIA 2: MEDIA COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVA

La dimensione media è connotata dalla presenza delle funzioni del livello precedente, con il complemento delle seguenti funzioni:

- copertura del servizio delle cure primarie in h24 (garantita dai MMG e Guardia Medica) finalizzate anche alla risposta alle urgenze tipo codici bianchi;
- un maggiore sviluppo dei servizi diagnostici – terapeutici (Punto Prelievi, Poliambulatorio, Ecografia ed altri servizi a seconda delle possibilità);
- l'integrazione con i servizi sociali per la presa in carico globale (con la presenza del PUA, del coordinamento Assistenza Domiciliare e degli uffici dei servizi sociali).

TIPOLOGIA 3: ALTA COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVA

Nella dimensione ad alta complessità, sono compresi i setting assistenziali dei livelli precedenti. Ciò che differenzia tale tipologia è:

- la completa integrazione socio-sanitaria con la presenza delle Unità di Valutazione Integrata;
- un maggiore sviluppo dei servizi diagnostico – terapeutici con la previsione della presenza della Diagnostica Tradizionale non contrastografica;
- presenza di almeno un modulo di degenza a ciclo continuativo (residenziali a finalizzazione sanitaria o unità di cure intermedie o anche socio-sanitaria);
- la possibilità di prevedere la presenza di Punti di Primo Intervento secondo la complessità del territorio di riferimento ed in coerenza con la rete dell'emergenza-urgenza.

E' evidente che la tipologia ad alta complessità organizzativa è il modello da prendere in considerazione nella riconversione delle strutture ospedaliere, per avere la necessaria disponibilità di una struttura muraria capace di contenere tale livello di complessità organizzativa.

Riassetto e sviluppo della rete assistenziale residenziale e semiresidenziale

La riorganizzazione della risposta residenziale in funzione del percorso assistenziale della persona, comporta l'individuazione di livelli d'intervento relativi a ciascuna macro-tipologia di bisogno, ai quali riferirsi per l'individuazione della risposta più appropriata agli specifici bisogni cui far fronte definiti nel Piano di Assistenza Individualizzato.

Tale processo di revisione presuppone la definizione contestuale:

- dei parametri assistenziali per livelli di intensità assistenziale;
- di tariffe omogenee per livello di intensità assistenziale e della quota di compartecipazione dell'utente;
- della determinazione del fabbisogno regionale.

Stampa: Regione Marche - Giunta Regionale - Ufficio Stampa - Via Salaria 100 - 00198 Roma - Tel. 06/49801 - Fax 06/49802



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La necessità di implementare l'assistenza residenziale in maniera simmetrica al percorso di deospedalizzazione dei bisogni in una situazione di risorse non incrementabili, impone che l'azione di trasposizione di risorse dal livello ospedaliero a quello residenziale sia indirizzata su scelte selettive di implementazione di posti letto residenziali relativi agli ambiti che si attestano significativamente al di sotto degli standard regionali.

Sostanzialmente, le disattivazioni di posti letto ospedalieri in Area Vasta devono prevedere l'attivazione di posti letto residenziali per i target assistenziali (non autosufficienza, disabilità, salute mentale) che nella medesima Area Vasta sono maggiormente sottodimensionati rispetto alla media regionale, attivando un percorso virtuoso di riequilibrio territoriale a risorse invariate.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La rete della prevenzione collettiva, veterinaria e alimenti

Obiettivi e metodologia

La rete dei Dipartimenti di Prevenzione si trova a perseguire tre tipologie di obiettivi che in modo specifico derivano da:

- profili epidemiologici internazionali, nazionali, regionali e locali, non sempre collegati ad una puntuale normativa di supporto;
- normativa nazionale e locale;
- normative comunitarie con la introduzione anche del ruolo di “autorità competente” sia per aspetti di sanità pubblica che di sicurezza alimentare.

In tutte queste situazioni, la rete dei Dipartimenti di Prevenzione è uno dei principali punti di interfaccia del SSR tra le esigenze di tutela della salute delle popolazioni e gli interessi economico commerciali della medesima collettività che esprime fortemente in questo ambito di interesse il bisogno di “regole certe”.

L'organizzazione del lavoro dovrà pertanto permettere contemporaneamente:

- Il lavoro per obiettivi, soprattutto per affrontare le tematiche meno normate, ma rispondenti ai bisogni di salute emergenti.
- Lo sviluppo di professionalità anche molto specializzate, spesso organizzate in lavoro per piccoli gruppi pluridisciplinari, per affrontare in modo adeguato ed utile una serie di funzioni solitamente normate per le quali l'utenza richiede in modo particolare risposte qualificate ed omogenee su area vasta.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

TABELLA A - PARAMETRI UTILI PER L' ANALISI DEI BISOGNI DEL TERRITORIO DI AREA VASTA AI FINI DELLA ORGANIZZAZIONE E DEFINIZIONE DELLA DOTAZIONE ORGANICA DI CIASCUN SERVIZIO/U.O. DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

I parametri generali di contesto socio-territoriale sono rappresentati da:

- estensione del territorio;
- N° abitanti e densità della popolazione;
- N° comuni;
- % Territorio in zona montana.

Di seguito vengono elencati i parametri specifici per ogni Servizio/U.O.

IGIENE E SANITA' PUBBLICA	<ul style="list-style-type: none"> • popolazione 0 – 14 anni; • n° siti inquinati e/o ad alta complessità; • densità abitativa
PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	<ul style="list-style-type: none"> • n° Unità produttive e n° addetti (dati NFI); • n° industrie ad alto rischio e G.O. infrastrutturali; • Tasso standardizzato infortuni gravi/mortali e incidenza malattie professionali
IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • n° fonti approvvigionamento acqua potabile; • n° stabilimenti alimentari riconosciuti /registrati e di ristorazione collettiva; • n° uni
SANITA' ANIMALE	<ul style="list-style-type: none"> • n° allevamenti e loro Unità Bovine Equivalenti; • n° canili/rifugi/gattili; • n° cani iscritti in anagrafe e n° colonie feline censite;
IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	<ul style="list-style-type: none"> • n° stabilimenti macellazione e n° giornate macellazione/equivalente • n° stabilimenti alimentari riconosciuti /registrati; • n° zone produzione MEL(banchi naturali/allevamenti)
IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	<ul style="list-style-type: none"> • n° allevamenti e loro U.B.E.; • n° stabilimenti riconosciuti/registrati; • n° allevamenti produzione latte;
EPIDEMIOLOGIA PROMOZIONE DELLA SALUTE	I parametri verranno definiti negli specifici atti di attuazione

Handwritten mark

Handwritten mark



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Rideterminazione per Area Vasta

Fatta salva la necessità di aggiornare i contenuti complessivi delle DGR 54/04 e 866/04, come previsto nel PSSR 2012 – 2014, si forniscono di seguito indirizzi all'ASUR per l'organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione, al fine di avviare il processo di riorganizzazione degli stessi in Area Vasta, nel rispetto di criteri omogenei e in sinergia con le Aziende Ospedaliere e l'INRCA che insistono sul territorio.

In ogni AV si definirà un Dipartimento di Prevenzione la cui direzione sarà assicurata dal Direttore del Dipartimento e dal Comitato Direttivo di dipartimento con le funzioni indicate dalla normativa regionale.

Ciascun Dipartimento di Prevenzione sarà articolato almeno nei Servizi di:

- Igiene e sanità Pubblica
- Prevenzione nei luoghi di lavoro
- Igiene degli Alimenti e Nutrizione
- Sanità Animale
- Igiene Alimenti di Origine Animale
- Igiene Allevamenti e Produzioni zootecniche

Salvaguardando la necessità di agire nel territorio, vicino ai punti dove nascono i bisogni della popolazione, l'erogazione delle attività sarà effettuata mediante un modello organizzativo che, per ciascuna Area Vasta, tenga conto dei criteri oggettivi indicati nella Tabella A, valorizzi le funzioni di più alta specializzazione e valuti la complessità del territorio di competenza, così come indicato al paragrafo V.2 del PSSR 2012 – 2014 (D.C. 38/2011).

In ciascuno dei Dipartimenti di Prevenzione sarà garantita l'organizzazione in Area Vasta delle funzioni di Epidemiologia e di Promozione della Salute.

Screening oncologici

In riferimento agli screening oncologici che sono compresi nei LEA, in ciascuna Area Vasta dovrà essere concluso il percorso di riorganizzazione previsto nella DGR 1906/2008 che individuava una articolazione organizzativa, prevedeva l'aggiornamento dei protocolli diagnostico-terapeutici (PDT) della cervice e mammella e definiva il protocollo diagnostico terapeutico per l'avvio dello screening del colon-retto.

Il completamento dell'articolazione organizzativa in coerenza con la L.r. 17/2011, e prevista nella citata DGR, si esplicita attraverso l'individuazione di:

- un responsabile di screening per Area vasta con il compito di gestire attivamente tutti gli aspetti organizzativo-gestionali dei tre percorsi di screening garantendo il buon funzionamento degli stessi;
- un coordinatore dei percorsi clinico-strumentali sempre per AV che ha il compito di presidiare, verificare, monitorare l'intero percorso diagnostico-terapeutico previsto nei tre protocolli diagnostico-terapeutici



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- una segreteria organizzativa unica per AV che ha il compito di seguire gli aspetti organizzativi del percorso come la presa in carico del paziente/utente e il counseling. Inoltre dovrà garantire il front-office attraverso operatori dotati di capacità relazionali e di ascolto e conoscitori dei percorsi di screening.

Al fine di rendere più efficace il monitoraggio economico e la rendicontazione annuale al Ministero della Salute si ritiene necessario che si porti ad adeguamento il software gestionale che consente il funzionamento ottimale dell'intero percorso assistenziale previsto nei programmi di screening oncologici.

Per quanto riguarda l'implementazione dell'ATL si rimanda a quanto previsto dalla DGR n. 2 del 9/01/2012 di approvazione della Determina ASUR n. 1112 del 14/12/2011, concernente "Regolamento di organizzazione area ATL aziendale – determinazioni".