



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 150 LEGISLATURA N. IX

delibera
1696

DE/ME/DSS Oggetto: Direttiva vincolante per i Direttori generali degli
0 NC Enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/2012
convertito in Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente
Prot. Segr. disposizioni urgenti per la revisione della spesa
1861 pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini

Lunedì 3 dicembre 2012, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, convocata d'urgenza.

Sono presenti:

- | | |
|----------------------|----------------|
| - GIAN MARIO SPACCA | Presidente |
| - PAOLO PETRINI | Vicepresidente |
| - ANTONIO CANZIAN | Assessore |
| - SANDRO DONATI | Assessore |
| - PAOLO EUSEBI | Assessore |
| - SARA GIANNINI | Assessore |
| - PIETRO MARCOLINI | Assessore |
| - ALMERINO MEZZOLANI | Assessore |
| - LUIGI VIVENTI | Assessore |

Sono assenti:

- | | |
|------------------|-----------|
| - MARCO LUCHETTI | Assessore |
| - LUCA MARCONI | 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: Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini.

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;

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 l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28, primo comma dello Statuto della Regione;

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

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

DELIBERA

- di approvare la Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/2012, convertito con Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente le disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini, di cui all'allegato A che costituisce parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Gian Mario Spacca)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento:

1. DGR 1750/2011: *L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Autorizzazione alle Aziende ed Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2012;*
2. DGR 528/2012: *Linee di attuazione ed implementazione del PSSR 2012-2014. Approvazione;*
3. DGR 1137/2012: *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;*
4. D.L. 95 del 06/07/2012, convertito in Legge n. 315 del 7 agosto 2012;
5. DGR 1174 del 01/08/2012: *Direttiva vincolante per il Direttore generale dell'ASUR, per i Direttori di Area Vasta e per i Direttori generali degli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale;*
6. DGR 1537 del 31/10/2012: *Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/2012 - convertito con Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini;*
7. DGR 1590 del 12/11/2012: *modifica DGR n. 1537/2012 - Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/2012 - convertito con Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini.*

Motivazioni:

Con DGR 1537 del 31/10/2012 e con DGR 1590 del 12/11/2012 sono state assegnate ai Direttori Generali degli Enti del SSR le direttive vincolanti per l'attuazione del D.L. 95/2012 (convertito in Legge 135 del 7 Agosto 2012) avente ad oggetto le disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini (di seguito definito **Decreto sulla Spending Review Nazionale**).

In attuazione delle deliberazioni sopra riportate, il Gruppo di Coordinamento di cui alla Comunicazione del Presidente della Giunta regionale del 15/09/2012, composto dal Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali, in qualità di coordinatore e dai Direttori Generali degli Enti del SSR, ha predisposto un documento finalizzato a dare attuazione al **Decreto sulla Spending Review Nazionale** che tra l'altro ha previsto che "le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, nel rispetto della riorganizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei, i provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni" e che "nell'ambito del processo di riduzione, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano operano una verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, e promuovono l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare."



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

In particolare il documento del Gruppo di Coordinamento di cui all'allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione individua le azioni e le misure finalizzate a garantire la riorganizzazione del sistema sanitario regionale coerentemente con le risorse disponibili, senza applicare una logica di tagli lineari, ma tenendo in forte considerazione sia la funzione strategica che le singole strutture ospedaliere svolgono, sia la necessità di contrastare l'andamento della mobilità passiva extra regionale.

I settori da riprogrammare sono in via prioritaria quelli relativi all'assistenza ospedaliera per acuti la cui riorganizzazione determina la possibilità di rivedere l'intero settore dell'assistenza territoriale della Regione.

Gli interventi sopra riportati sono parte integrante delle manovre previste sui fattori di produzione (farmaci, risorse umane, dispositivi medici, beni e servizi) e sugli erogatori privati, allo scopo di rispettare i vincoli quantitativi e qualitativi introdotti dalla normativa nazionale negli ultimi anni.

Il documento del Gruppo di Coordinamento, inoltre, risulta coerente con le disposizioni contenute nella bozza di Regolamento che verrà emanato dal Ministero della Salute e che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Per tutto quanto sopra esposto si propone l'adozione della presente deliberazione.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Carminè Ruta)

**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 in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità della presente deliberazione.

Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E PER I SERVIZI SOCIALI
(Carminè Ruta)

La presente deliberazione si compone di n° **106** pagine, di cui n° **102** pagina di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elsa Moroni)

**Linee di indirizzo per l'attuazione del DL 95/2012, convertito
con legge 135/2012, concernente Disposizioni urgenti per la
revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai
cittadini, "spending review" nazionale**

Sommario

- **Premessa**
- **Le indicazioni economiche**
- **Governance e appropriatezza organizzativa: il percorso operativo per l'implementazione del PSSR**
- **La fase attuativa: il crash program**
- **Gli interventi sui Fattori di produzione**
 - **Il governo delle risorse umane**
 - **Farmaci**
 - **Dispositivi medici**
 - **Beni e servizi**
 - **Il Governo degli Erogatori Privati**
- **Gli interventi sui Processi sanitari e socio-sanitari**
 - **La rete della Prevenzione collettiva**

- **La rete dell'Assistenza ospedaliera**
- **La rete dell'Emergenza-urgenza**
- **La rete Territoriale**
- **La rete Socio-sanitaria**
- **La rete delle Tecnologie e Servizi**
- **Le aree di sviluppo strategiche**
- **Il governo della mobilità sanitaria**
- **Il sistema di accreditamento**
- **L'Area del Governo clinico**
- **Il piano degli investimenti**
- **L'Area ICT**
- **Area dei Flussi informativi**

➤ Premessa

Le «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini», introdotte con il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 e la sua conversione in legge n. 135 del 7 agosto 2012 hanno individuato una serie di interventi e azioni per la razionalizzazione della spesa pubblica e per il recupero di efficienza nell'erogazione di servizi ad opera delle strutture della pubblica amministrazione.

Il sistema sanitario costituisce una delle aree su cui, in modo specifico, si è concentrata l'attenzione: vengono date puntuali e stringenti indicazioni relativamente al contenimento della spesa per il personale, al governo della spesa farmaceutica, alla razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, alla riorganizzazione dei processi sanitari con particolare attenzione all'assistenza ospedaliera, alla revisione delle condizioni di partecipazione degli erogatori privati.

Le azioni necessarie per dare attuazione alle sopra richiamate disposizioni debbono essere coerenti con le linee strategiche già adottate con la DGR n.1137 del 23 luglio 2012 “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” e con la correlata DGR n. 1174 del 1 agosto 2012, mediante la quale si danno direttive vincolanti ai Direttori delle Aziende ed Enti del servizio sanitario regionale al fine di realizzare le disposizioni contenute nella citata DGR 1137/2012 entro 180 giorni dalla sua adozione.

Le DGR citate erano già orientate a stabilire interventi di particolare importanza sia sui fattori di produzione che sui processi sanitari, nell'ambito di un percorso di consolidamento degli importanti risultati conseguiti dalla sanità marchigiana negli ultimi anni, che ne hanno fatto una delle realtà di maggior rilievo, in termini di efficienza nell'uso delle risorse e di efficacia nell'erogazione di servizi e prestazioni, nel panorama sanitario a livello nazionale.

Pertanto, in applicazione delle disposizioni del DL n. 95/2012 convertito in legge con la Legge 135 del 7 agosto 2012, risulta opportuno definire le azioni di integrazione degli interventi già adottati, relativamente ai fattori di produzione, ai processi sanitari, alle aree di sviluppo strategiche, al fine di garantire la sostenibilità, l'efficienza, la qualità nonché l'equità del SSR marchigiano.

Al riguardo la Giunta regionale il 31 ottobre 2012 con DGR 1537 ha già stabilito “Direttiva vincolante per i direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del DL 95/2012 - convertito con Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini, “spending review” nazionale”, modificandola parzialmente il 12 novembre 2012 con DGR 1590.

Tali atti deliberativi si intendono integralmente richiamati con il presente provvedimento, ad eccezione di quanto previsto nelle indicazioni economiche, vista la sopravvenuta necessità di copertura di un ulteriore mancato finanziamento pari a circa 8 milioni di euro. Pertanto, nel presente atto sono definite in dettaglio le azioni di intervento sui fattori produttivi e sui processi sanitari che consentono di garantire la sostenibilità economica alla luce di tutte le disposizioni nel frattempo sopravvenute.

Tenuto conto dell'annunciata adozione di un regolamento ministeriale concernente gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici relativi all'assistenza ospedaliera, con successivo atto sarà adeguato il sistema sanitario regionale, fermo restando il sistema “a rete”, basato sull'integrazione tra strutture con differenziazione dell'assistenza in rapporto alla complessità organizzativa ed all'intensità di cura, che caratterizza il SSR.

➤ **Le indicazioni economiche**

In relazione ai contenuti del “Nuovo patto per la Salute per gli anni 2010-2012” si precisa come il DL n. 95 del 06/07/12 abbia definito una serie di tagli per gli anni 2012, 2013 e 2014 aggiuntivi rispetto a quelli disposti con il DL n. 78 del 31/05/2010 (convertito in Legge n. 122 del 30/07/10) e con il DL n. 98 del 06/07/11 (convertito in Legge n. 111 del 15/07/11).

In particolare il DL n. 95 del 06/07/12 all’art. 15 comma 22, recita “ ...il livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e del correlato finanziamento, previsto dalla vigente legislazione, è ridotto di 900 milioni di euro per l’anno 2012, di 1.800 milioni di euro per l’anno 2013, di 2.000 milioni di euro per l’anno 2014 e 2.100 milioni di euro a decorrere dall’anno 2015 ... le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per la ripartizione del fabbisogno sanitario e delle disponibilità finanziarie annue per il Servizio sanitario nazionale, entro il 30 settembre 2012, con riferimento all’anno 2012 ed entro il 30 novembre 2012 con riferimento agli anni 2013 e seguenti...”.

Lo scenario economico-finanziario per il triennio 2012-2014 risulta pertanto condizionato da quanto disposto dal DL n. 78 del 31/05/2010, dal DL n. 98 del 06/07/11 ed infine dal DL n. 95 del 06/07/12 (convertito in Legge n. 135 del 07/08/2012).

Nelle tabelle che seguono vengono riportati i tagli apportati al FSR con i D.L. sopra citati e le manovre che gli Enti del SSR devono porre in essere per il mantenimento dell’equilibrio economico finanziario rispetto all’anno precedente.

Riepilogo delle Manovre 2012-2014					
	Descrizione	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
l	Fondo Sanitario Regionale (FSR) ante 31/05/2010	2.714.351.459	2.794.260.509	2.869.900.848	2.981.374.457
l1	Tagli sul FSR ex DL n. 78 del 31/05/10 (convertito in Legge 122 del 30/07/10)	-25.603.459	-43.465.171	-43.465.171	-43.465.171
l2	Tagli sul FSR ex DL n. 98 del 06/07/11 (convertito in Legge 111 del 15/07/2011)	0	-20.929.534	-83.667.945	-157.699.270
m	FSR (Proposta di riparto di maggio 2012 - ante DL n. 95 del 06/07/12) di cui:	2.688.748.000	2.729.865.804	2.742.767.732	2.780.210.016
n	Tagli ex DL n. 95 del 06/07/12	0	-23.571.349	-47.142.698	-52.380.775
o	Tagli sul FSR ex proposta Legge di stabilità 2013	0	0	-15.714.233	-26.190.388
p=(m+n+p)	FSR (Proposta di riparto di maggio 2012 - post proposta Legge di stabilità 2013) di cui:	2.688.748.000	2.706.294.455	2.679.910.802	2.701.638.853
p1	FSR a soggetti diversi dagli Enti del SSR	28.870.697	31.573.802	31.723.026	32.156.086
p2	FSR agli Enti del SSR di cui:	2.659.877.303	2.674.720.654	2.648.187.776	2.669.482.767
p2.1	da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011	0	26.134.218	26.257.734	26.616.186
p2.2	da destinare alla spesa corrente degli Enti del SSR	2.659.877.303	2.648.586.436	2.621.930.042	2.642.866.582
q	FSR vincolato agli Enti del SSR di cui:	46.664.513	47.745.443	47.745.443	47.745.443
q1	Oblettivi di carattere prioritario	40.853.371	41.934.301	41.934.301	41.934.301
q2	Medicina Penitenziaria	2.507.348	2.507.348	2.507.348	2.507.348
q3	Altre quote vincolate (esclusività, Aids, borse di studio MMG, etc...)	3.303.794	3.303.794	3.303.794	3.303.794
r	Ulteriori trasferimenti agli Enti del SSR di cui:	37.590.616	12.000.000	0	0
r1	Pay Back	13.597.964	12.000.000	0	0
r2	Risorse regionali aggiuntive	23.992.652	0	0	0
s=(p2+q+r)	Totale Trasferimenti da Regione agli Enti del SSR	2.744.132.432	2.734.466.097	2.695.933.219	2.717.228.210
t	Entrate proprie degli Enti del SSR di cui:	229.628.400	227.886.448	227.395.058	227.395.058
t1	Ricavi propri	111.241.094	106.682.932	106.730.814	106.730.814
t2	Ricavi propri da Ticket Euro 10,00	6.958.857	13.598.321	13.598.321	13.598.321
t3	Mobilità attiva da Proposta di riparto di maggio 2012 (ex D.Lgvo 118/2011)	104.804.465	101.861.868	101.861.868	101.861.868
t4	Ricavi straordinari	6.623.984	5.743.327	5.204.055	5.204.055
t5	Ricavi straordinari per rivisitazione fondi	0	0	0	0
u=(s+t)	TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR	2.973.760.832	2.962.352.544	2.923.328.277	2.944.623.268
v	TOTALE COSTI PER GLI ENTI DEL SSR di cui:	-2.973.760.832	-2.968.625.359	-2.967.381.234	-2.967.739.686
v1	Tetto dei costi da DGR 1750/2011 (al netto della mobilità passiva)	-2.802.169.063	-2.802.169.063	-2.802.169.063	-2.802.169.063
v2	Mobilità passiva DGR 1750/2011 (valore anno 2010 ridotto dell'1,5%)	-125.650.643	-125.650.643	-125.650.643	-125.650.643
v3	Incremento della mobilità passiva per adeguare il valore a quello della Proposta di riparto di maggio 2012 pari ad Euro 132.441.759,00 (ex D.Lgvo 118/2011)	-6.791.116	-10.000.000	-10.000.000	-10.000.000
v4	Sopravvenienze passive degli Enti del SSR verso la Regione per peggioramento del saldo di mobilità negativo dell'anno 2010	-4.576.525	0	0	0
v5	Costi relativi alle quote vincolate (riferimento voce o3)	-3.303.794	-3.303.794	-3.303.794	-3.303.794
v6	Costi da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011 (riferimento voce q, 2.1)	-26.134.218	-26.134.218	-26.257.734	-26.616.186
w=(u+v)	Manovra aggiuntiva	0	-6.272.814	-44.052.957	-23.116.417

RIEPILOGO DELLE C.D. MANOVRE

aa	Manovra ex DGR 1750/2011	0	-44.368.567	-44.368.567	-44.368.567
ab	Manovra ex D.Lgvo 118/2011 per gli investimenti	0	-26.134.218	-26.257.734	-26.616.186
ac	Manovra ex DL n. 95 del 06/07/12	0	-23.571.349	-47.142.698	-52.380.775
ad	Manovra ex proposta Legge di stabilità 2013	0	0	-15.714.233	-26.190.388
ae	Manovra aggiuntiva	0	-6.272.814	-44.052.957	-23.116.417
af	Manovra una tantum congiunturale per l'INRCA	0	0	-8.000.000	0
ag	Manovra Complessiva da effettuarsi come riduzione della spesa corrente	0	-100.346.948	-185.536.188	-172.672.333

In relazione al FSR per gli anni 2013 e 2014 si precisa che non è ancora stato ufficializzato il riparto definitivo fra le Regioni del Fondo Sanitario Nazionale e che tutte le altre voci relative ai trasferimenti da Regione, ad eccezione del Pay Back, sono state stimate, in assenza di una documentazione ufficiale rilevante, sulla base dei dati dei Bilanci Consuntivi degli Enti del SSR dell'anno 2011.

Con particolare riferimento al Pay Back e solamente per l'anno 2012 è stata presa in considerazione l'indicazione fornita dal Dirigente della PF Assistenza Farmaceutica.

In relazione alle entrate proprie degli Enti del SSR le stime sono state direttamente fornite rispettivamente dagli Enti stessi interessati.

Per quanto riguarda il totale delle risorse disponibili per gli Enti del SSR risulta caratterizzato dal seguente andamento nel triennio 2012/2014:

- diminuzione di Euro 11,4 mln nell' anno 2012 rispetto all'anno 2011;
- diminuzione di Euro 23,3 mln nell'anno 2013 rispetto all'anno 2012;
- incremento di Euro 31,7 mln nell'anno 2014 rispetto all'anno 2013.

Per quanto riguarda le voci di costo per gli Enti del SSR si precisa quanto segue:

1. Per l'anno 2012 è stata preso a riferimento il tetto dei costi della DGR 1750 del 2011 a cui sono stati aggiunti (i) la stima dei costi derivanti dall'applicazione del D.Lgvo 118/2011 in materia di sterilizzazione degli ammortamenti e (ii) il costo relativo al peggioramento della mobilità passiva rispetto alla rilevazione effettuata in sede di Bilancio Consuntivo degli Enti del SSR dell'anno 2011;
2. Per gli anni 2013 e 2014 è stata ipotizzata la medesima struttura dei costi.

Tenuto conto di quanto sopra riportato le manovre di contenimento dei costi da effettuarsi, ipotizzando il rispetto dei vincoli di cui alla DGR 1750/2011, negli anni 2012 e 2013 sono pari rispettivamente ad Euro 6,3 mln ed Euro 28,3 mentre per l'anno 2014 si prevede un avanzo di gestione di Euro 3,07 mln. La tabella 4 infine riporta il riepilogo delle manovre, nel rispetto del vincolo della DGR 1750/2011, dovute (i) all'introduzione del D.Lgvo 118/2011 relativamente agli investimenti fatti con fondi correnti (pari a Euro 26,1 mln nel 2012, Euro 26,3 mln nel 2013 e Euro 26,6 mln nel 2014) , (ii) al D.L. 95/2012 (pari a Euro 23,5 mln nel 2012, Euro 47,1 mln nel 2013 e Euro 52,4 mln nel 2014) e (iii) alle manovre aggiuntive da valutare considerando il disavanzo della gestione corrente di cui alla tabella 3 (pari a Euro -6,3 mln nel 2012, Euro -28,3 mln nel 2014 e Euro + 3,07 mln nel 2014).

Per quanto riguarda le Immobilizzazioni acquisite con contributi in conto esercizio (Riga "w" c.d. Manovra ex D.lgvo 118/2011 per gli investimenti- Indicata nella precedente Tabella-), il Decreto 118/2011 stabilisce che: «i cespiti acquisiti utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione».

L'utilizzo di contributi in conto esercizio per finanziare l'acquisizione di immobilizzazioni rappresenta, di fatto, uno storno di contributi dal conto esercizio al conto capitale.

Al fine di salvaguardare il principio di rappresentazione veritiera e corretta, nel pieno rispetto dello spirito della norma e del suo impatto su patrimonio netto e risultato d'esercizio, l'azienda che finanzia con contributi in conto esercizio (indistinti o finalizzati) l'acquisizione di immobilizzazioni (ivi comprese le immobilizzazioni in corso), dovrà effettuare le seguenti rilevazioni:

- nell'esercizio di acquisizione, iscrizione dell'immobilizzazione nello stato patrimoniale. Nell'esercizio di acquisizione e negli esercizi successivi, progressivo ammortamento dell'immobilizzazione stessa, nel rispetto del principio di competenza economica e secondo quanto previsto dalle norme generali sulle immobilizzazioni;
- nell'esercizio di acquisizione, iscrizione a conto economico di un costo pari al valore dell'immobilizzazione, con contropartita nei "Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio" del patrimonio netto. Questa scrittura di fatto storna la quota di contributo utilizzata per acquisire l'immobilizzazione da conto esercizio a conto capitale. Lo fa però in modo indiretto, per consentire verifiche e quadrature sui dati dei contributi in conto esercizio. Nel conto economico, il costo andrà inserito in un'apposita voce della macroclasse A) del Modello Ministeriale "CE", con segno negativo e quindi a detrazione del valore della produzione;
- nell'esercizio di acquisizione e negli esercizi successivi, progressivo utilizzo del finanziamento per investimenti per sterilizzare gli ammortamenti, secondo quanto previsto dalle norme generali sulle sterilizzazioni.

L'osservanza delle disposizioni contenute nel D. lgvo 118/2011 comporta nell'anno 2012 per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale la previsione di impegno di risorse economiche pari ad euro 26.134.218.

Inoltre per quanto riguarda la manovra relativa al D.L. 95/2012, il recupero riguarderà in particolare:

- farmaceutica
- personale
- beni e servizi
- privati accreditati.

➤ Governance e appropriatezza organizzativa: il percorso operativo per l'implementazione del PSSR

Il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 e la sua conversione nella legge n. 135/2012 intervengono in numerose aree del settore pubblico con l'obiettivo di razionalizzare l'organizzazione e ridurre la spesa complessiva. Una delle aree particolarmente interessate riguarda il sistema sanitario, per il quale vengono date puntuali e stringenti indicazioni relativamente al contenimento della spesa per il personale, al governo della spesa farmaceutica, alla razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, alla riorganizzazione dei processi sanitari con particolare attenzione all'assistenza ospedaliera, alla revisione delle condizioni di partecipazione degli erogatori privati.

La definizione di azioni necessarie per dare attuazione a tali disposizioni normative richiede, per quanto riguarda lo specifico dell'assistenza ospedaliera, l'adozione di un percorso metodologico che consenta di stabilire i criteri e le modalità di intervento attraverso cui stabilire obiettivi e conseguire risultati coerenti con le aspettative del livello centrale.

Il PSSR 2012-2014 ha previsto che, 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, la definizione delle condizioni di offerta ospedaliera fosse automaticamente aggiornata nei termini delle nuove disposizioni.

Di seguito viene descritto l'approccio metodologico che, in continuità con le azioni di cambiamento finora intraprese dalla Regione Marche, fornisce le specifiche indicazioni per la riorganizzazione dell'area ospedaliera alla luce delle disposizioni del DL n. 95/2012 e sua conversione in legge n.135 del 7 agosto 2012.

• *Il modello architettonico*

La necessità di adeguare alle norme la rete ospedaliera della Regione Marche impone una distinzione tra le funzioni ospedaliere, delineando in modo ancor più netto che in passato compiti e competenze delle strutture ospedaliere.

La storica diffusione di piccole strutture, con erogazione di prestazioni di medio-bassa complessità, comporta una differente visione del sistema dell'offerta che deve essere orientata ad una netta differenziazione tra chi eroga alta specialità e conseguente alta complessità e chi invece eroga prestazioni maggiormente orientate alla cronicità/fragilità.

In particolare:

- area dell'alta specialità, concentrata quasi esclusivamente sull'Azienda ospedaliera di Torrette e per alcune peculiarità, nelle sedi dell'INRCA e di Marche Nord;
- area che potremmo definire il "core" dell'attività ospedaliera, caratterizzata dalla media complessità, è diffusa sul territorio, negli ospedali che costituiscono il network ospedaliero di integrazione clinica per le acuzie, integrata a livello locale e regionale;
- area della bassa complessità, il network territoriale socio-sanitario per le post-acuzie, sub-acuzie e fragilità, assicurata nelle piccole strutture integrate in una rete che fa capo all'INRCA.

Di conseguenza si ipotizzano le seguenti reti ospedaliere:

- la rete clinica di Marche Nord, che interessa l’Azienda ospedaliera di Marche Nord e l’ospedale di Urbino;
- la rete clinica dell’Area metropolitana, caratterizzata dallo spostamento delle prestazioni di media complessità dall’Azienda ospedaliero-universitaria, alla quale sono richieste prestazioni di alta specialità ed alta complessità, agli ospedali di Senigallia e di Jesi;
- la rete clinica INRCA – Osimo, chiamata a rispondere sia alle esigenze del territorio provinciale a sud di Ancona sia, soprattutto, alla tutela della fragilità e della cronicità, integrandosi con le piccole strutture diffuse sul territorio marchigiano;
- la rete clinica del polo tecnologico che collega le strutture ospedaliere di Fabriano e di Camerino-San Severino Marche, supportate dalla struttura ospedaliera di Pergola;
- la rete clinica del Centro Marche, incentrata sugli ospedali di Macerata, di Fermo e di Civitanova Marche, tra loro integrati e funzionalmente collegati anche con la struttura ospedaliera di Amandola;
- la rete clinica di Marche Sud che integra gli ospedali di Ascoli Piceno e di San Benedetto del Tronto”.



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 fondano sull’utilizzo di un modello interpretativo della realtà regionale utilizzato per l’elaborazione degli indirizzi strategici fissati dal recente Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014 e che costituisce il modello di riferimento nell’impostazione degli studi conoscitivi e delle analisi di valutazione del fabbisogno.

L’analisi 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 e l’omogeneizzazione 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 programmatiche regionali. La scelta degli indicatori e degli strumenti di analisi e valutazione è strettamente legata

alle specifiche caratteristiche dell'oggetto di indagine ed all'ampiezza ed alla profondità dei fenomeni da analizzare e delle variabili da considerare.

- **La progettazione**

Il PSSR 2012-2014 ha definito le linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera ed ha inoltre fissato un percorso attuativo per procedere alla sua implementazione nell'ambito delle diverse aree del territorio regionale.

La DGR n. 1137 del 23 luglio 2012, a conferma della DGR n. 784/2012 ed in coerenza con quanto disposto dal PSSR 2012-2014, ha fornito le indicazioni di carattere generale per la formulazione di Piani di Area vasta geograficamente intesa, individuando un obiettivo finale di posti letto ospedalieri che raggiungono una dotazione complessiva di 3,9 posti letto per 1000 abitanti, con una riduzione di 159 posti letto rispetto alla situazione esistente.

La riorganizzazione della rete ospedaliera è stata modellata tenendo conto dell'appropriatezza organizzativa per consentire di recuperare efficienza e incrementare la possibilità di risposta sanitaria alla domanda di ricoveri ordinari per acuti. L'analisi è stata condotta valutando gli aspetti relativi alle dimensioni della domanda (residenti e non residenti) e dell'offerta (erogatori pubblici e privati) e tenendo conto di elementi di carattere epidemiologico e demografico che hanno costituito la necessaria cornice di riferimento. L'introduzione di parametri e standard fissati a livello nazionale (p. es. dal Patto per la salute 2010-2012) ha determinato i risultati in termini di fabbisogno di prestazioni e, conseguentemente, di dotazione necessaria (in termini di posti letto) per farvi fronte.

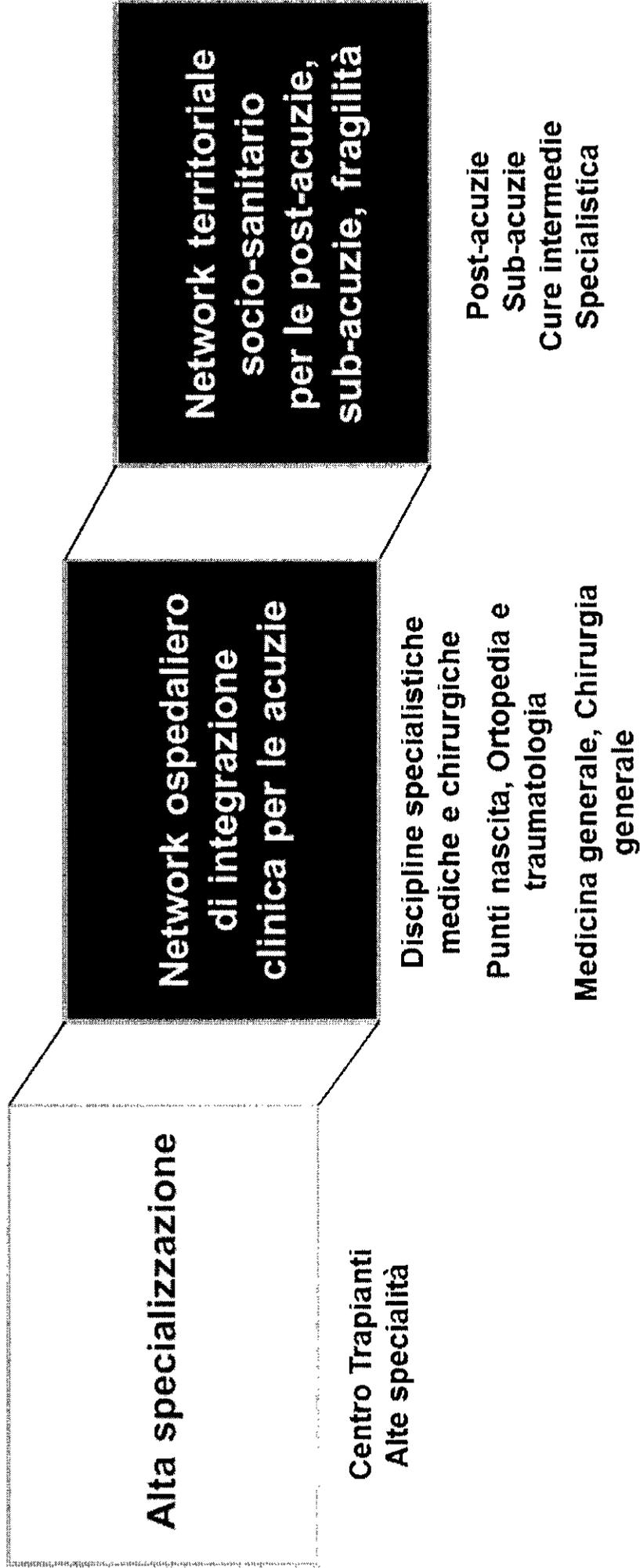
Sono stati adottati specifici criteri di appropriatezza ed efficienza: le variabili utilizzate sono state quelle della trasferibilità ad altri regimi assistenziali, sia in relazione al Patto per la Salute 2010-2012 sia ad un efficientamento dei reparti per acuti con trasferimento alla post acuzie/riabilitazione; altre variabili, quali la degenza media ed il tasso di occupazione dei posti letto, sono state usate per definire il fabbisogno di posti letto, mentre il peso medio ha consentito di suddividere in alta, media e bassa assistenza il totale dei posti letto, sia per acuti sia per post acuti/riabilitazione. Il Decreto Legge n. 95/2012 stabilisce che, a livello regionale, la dotazione ospedaliera dovrà essere pari a 3,7 posti letto per 1000 abitanti, di cui lo 0,7 per la post-acuzie, lungodegenza e riabilitazione. Rispetto alla situazione attualmente esistente, questo comporta una contrazione aggiuntiva di altri 310 posti letto per un totale di 469 posti letto in riduzione. L'applicazione delle norme previste dal DL 95/2012, confermate nella Legge di conversione, che conducono ad una importante riduzione dei posti letto, inducono ad utilizzare lo stesso schema concettuale di analisi e le variabili già adottate in fase di attuazione del PSSR, proseguendo nell'applicazione di un modello dell'assistenza ospedaliera orientato:

- all'appropriatezza, con l'applicazione di parametri ancora più rigorosi: il potenziamento del day hospital e del sistema ambulatoriale deve essere contestuale alla dismissione di posti letto ordinari per acuti: i parametri adottati hanno condotto all'approvazione della DGR n. 1137 del 23 luglio 2012 e devono essere sottoposti ad ulteriore verifica, al fine di incrementare la quota di ricoveri da trasferire ad altri regimi assistenziali nonché per rimodulare in modo più circostanziato le dotazioni assegnate a ciascuna unità operativa.
- alle performance, ovvero all'efficienza operativa, assicurata da un corretto rapporto tra numero di posti letto e personale sanitario, al fine di evitare da un lato inefficienze per elevato rapporto personale sanitario/posti letto, dall'altro inefficacia ed inefficienza per il motivo esattamente opposto. La frammentazione non solo della rete ospedaliera, caratterizzata da tante pic-

cole strutture, ma anche delle singoli reti cliniche, con pochi posti letto di ciascuna disciplina specialistica distribuiti in molte sedi, comporta l'assegnazione di risorse umane che possono risultare sovradimensionate rispetto all'attività, ovvero insufficienti ad assicurare efficienza, efficacia e qualità assistenziale. La riduzione del numero di unità operative, come peraltro sancito dal Dl 95/2012, deve essere effettuata tenendo conto del numero di posti letto assegnati e del loro utilizzo, dell'attività effettuata e della relativa complessità, del rapporto posti letto/personale sanitario.

- alla piena applicazione di tutte le reti ospedaliere, in logica di intensità di cura, tra i diversi nodi, e di intensità di cura e di assistenza all'interno di ciascuno dei nodi ospedalieri.
- all'individuazione di un modello architetture organizzativo che si caratterizza come di seguito:
 - la rete dell'alta intensità assistenziale, prevalentemente assicurata dalle Aziende ospedaliere e, per quanto di specifica competenza, dall'INRCA, idonea a rispondere alla patologia complessa, con valenza regionale;
 - il network ospedaliero di integrazione clinica per le acuzie, a maggiore diffusione, che garantisce una risposta sanitaria efficace ed efficiente ad un bacino territoriale omogeneo, integrandosi in logica di intensità di cura con sistema *hub & spoke*, rispetto ad aree territoriali e bacini di utenza che presentano condizioni omogenee in termini di fabbisogno, di domanda e di offerta, come precedentemente individuati;
 - il network territoriale socio-sanitario per le post-acuzie, sub-acuzie e fragilità, composto dalla rete delle piccole strutture ospedaliere, caratterizzato da un livello di bassa intensità assistenziale, orientato alla tutela della cronicità/fragilità, ovvero della fase post-acuta, e strettamente integrato, attraverso la presenza al loro interno della Casa per la Salute, con l'attività territoriale, compresa quella specialistica; anche in coerenza con la legge 13/2003 regionale e s.m.i. che all'art. 8 bis, comma 7, che prevede: "*l'ASUR,.....,promuove intese con l'INRCA per la riqualificazione della rete ospedaliera al fine di assicurare l'integrazione funzionale della prestazioni ed il coordinamento operativo relativo alla prevenzione secondaria delle patologie cronico-degenerative degli anziani*".

La progettazione architeturale



• *Il Percorso metodologico*

Il percorso metodologico da adottare è in continuità con quanto svolto in attuazione del PSSR 2012-2014, particolarmente orientato verso logiche di appropriatezza clinica e organizzativa nonché di efficienza ed efficacia operativa.

I risultati generati dall'applicazione dei criteri sull'appropriatezza dovranno essere rimodulati introducendo alcune modifiche/integrazioni ai parametri di trasferibilità:

- il ricorso al ricovero ordinario dovrà essere ridotto solo ai casi urgenti;
- l'attività ambulatoriale, ed in particolare il follow-up di pazienti con patologie croniche, deve essere riorganizzato al fine di favorire percorsi assistenziali "in continuità", riducendo così il rischio di riacutizzazioni e conseguenti ospedalizzazioni;
- devono essere avviati, a cura delle Aziende, tavoli tecnici per la definizione di principali percorsi diagnostici-terapeutici che possono consentire una gestione condivisa tra medico curante e specialista consulente, secondo le indicazioni nazionali e regionali;
- devono essere individuate modalità operative per la gestione delle agende ambulatoriali che possano ridurre la ricerca di percorsi sanitari non corretti;
- la riorganizzazione delle reti cliniche ospedaliere deve contribuire allo sviluppo di attività e servizi territoriali, in particolare con la riconversione di strutture verso l'area della sub-acuzie, della residenzialità e della continuità assistenziale.

Il percorso di analisi prevede l'approfondimento sulla situazione esistente al fine di entrare nel merito delle diverse discipline ospedaliere. La cornice di riferimento è rappresentata dalle medesime aree del contesto epidemiologico e demografico e delle condizioni di bisogno della popolazione, già utilizzate dalla programmazione regionale nei precedenti momenti di analisi e valutazione.

In particolare, l'analisi della situazione esistente si deve concentrare sulla valutazione della domanda e dell'offerta, ad un livello di maggior dettaglio rispetto all'attuale organizzazione ospedaliera, focalizzando l'attenzione su dimensioni quali la dotazione strutturale e di personale, l'utilizzo delle risorse disponibili, l'efficienza e la complessità dell'attività svolta ed i risultati conseguiti, a livello di ciascuna rete clinica e per ciascuna area vasta geograficamente intesa.

L'analisi della situazione esistente deve consentire di valutare la reale capacità di risposta di ciascuna unità operativa, individuando elementi oggettivi sia di efficienza sia di qualità che devono consentire il benchmark tra strutture e conseguentemente individuare i criteri per il mantenimento o la soppressione/accorpamento delle unità operative. L'analisi si deve concentrare in particolare sui seguenti elementi:

2. accessibilità delle strutture (dotazione e attività in risposta alla domanda, attrazione, fuga)
3. operatività ed efficienza (tasso di occupazione dei posti letto, degenza media);
4. complessità della casistica trattata (peso medio e punti totali DRG);
5. appropriatezza dell'attività svolta (percentuale di DRG medici in reparti chirurgici, percentuale di ricoveri potenzialmente inappropriati);
6. numero di posti letto per operatore, suddiviso per medici, infermieri, altro personale.

La valutazione dei risultati verte sul comportamento di tutte le strutture ospedaliere rispetto a ciascun singolo microfenomeno evidenziato dagli indicatori utilizzati, comparando i valori di tutte le strutture tra loro ed anche rispetto ad un valore di riferimento regionale oltre che ad eventuali standard riconosciuti (analisi verticale). Inoltre, viene valutata la coerenza nel comportamento di ciascuna singola struttura rispetto all'insieme degli indicatori utilizzati nell'ambito di ogni dimensione analizzata (analisi orizzontale). L'utilizzo di indicatori di sintesi può contribuire a classificare le diverse UO, nel complesso o per ciascuna dimensione di analisi, al fine di stabilire eventuali modalità di intervento, riorganizzazione o riconversione.

Il risultato del percorso metodologico deve portare alla definizione delle azioni che consentono di riorganizzare la rete ospedaliera secondo i parametri stabiliti dalla normativa nazionale, nei termini di una riduzione dei posti letto accompagnata da un corrispondente adeguamento delle dotazioni organiche del personale.

L'individuazione di unità operative complesse da sopprimere può ingenerare forti resistenze, tra gli operatori e tra l'opinione pubblica, se non suffragata da precise valutazioni sulle performance della singola unità operativa piuttosto che sulle migliori modalità di risposta ai bisogni: diventa pertanto improcrastinabile accompagnare il ridisegno delle reti cliniche con l'attivazione di unità di degenza organizzate per intensità di assistenza a prescindere dalla disciplina di appartenenza, eventualmente suddivise in area medica ed in area chirurgica, insieme al contestuale sviluppo di modelli organizzativi alternativi all'assistenza ospedaliera.

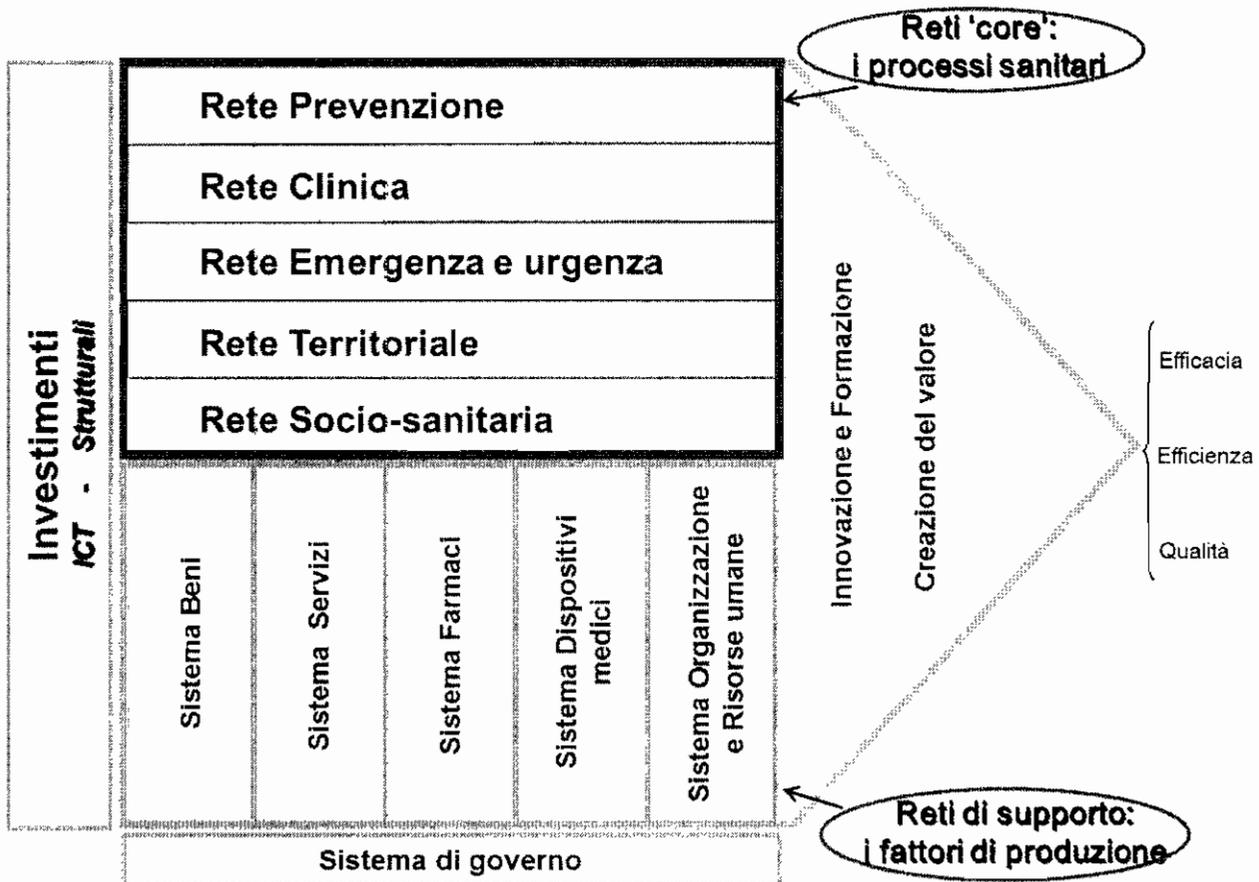
Tale cambiamento, che presuppone non soltanto l'esistenza di adeguate condizioni strutturali (tendenzialmente tutti gli ospedali ex di rete, oltre alle Aziende ospedaliere, sono potenzialmente trasformabili, presentando reparti di degenza compatibili con tale modello organizzativo) ma anche di un piano di formazione sia dei medici sia degli infermieri, può consentire il superamento di quanto previsto dal DL 95/2012: il risultato positivo, proprio per dare risposta ai bisogni dei cittadini, è rappresentato dalla possibilità di garantire l'attività programmata in tutte le maggiori sedi. Per quanto riguarda le urgenze, si prefigura la necessità di prevedere una differente organizzazione orientata ad un numero ridotto di sedi, individuate sul territorio come hub per la specifica disciplina.

• **L'implementazione del modello**

Le indicazioni normative fissate dai provvedimenti nazionali e regionali devono essere 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.

La traduzione operativa di tali orientamenti deve 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 fissati di carattere economico, organizzativo e strutturale.

Da un punto di vista organizzativo, la definizione degli interventi e delle conseguenti azioni sulla realtà sanitaria marchigiana, è da ricondurre alla “catena del valore della filiera socio-sanitaria”, che esplicita il “modello funzionale” del sistema, come descritto nella figura seguente.



La “catena del valore”

L’elemento caratterizzante del sistema sanitario riguarda la 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, ed è il risultato di ciò che si sviluppa all’interno dei processi socio-sanitari che riguardano le diverse reti che fanno parte del sistema: prevenzione, assistenza ospedaliera, emergenza urgenza, assistenza territoriale e socio-sanitaria.

I fattori di produzione costituiscono gli elementi necessari all’attivazione ed al funzionamento dei processi socio-sanitari al fine di raggiungere gli obiettivi di salute del sistema garantendo che le sue condizioni complessive di operatività rispettino criteri di efficienza, efficacia, qualità ed economicità, nella migliore combinazione possibile, e senza avere incrementi che sottraggano risorse all’attività “core”.

Gli interventi descritti nel seguito del documento si riferiscono alle azioni necessarie affinché sia sul fronte dei fattori di produzione che dei processi socio-sanitari, si agisca in coerenza con i vincoli im-

posti dal contesto congiunturale nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale, e perseguendo l'efficientamento dell'intero sistema ed il miglioramento in termini di efficacia e qualità dei servizi e delle prestazioni.

Il sistema "a rete" deve essere il modello guida regionale, in particolare per quelle attività che non possono trovare esaustività nell'ambito delle singole Aree vaste. Il sistema a rete si sviluppa quindi sia rispetto a percorsi clinico-assistenziali integrati sia rispetto ad aree territoriali e bacini di utenza che presentano condizioni omogenee in termini di bisogno e di domanda, a prescindere dai confini istituzionali o amministrativi esistenti.

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 alla complessità organizzativa del SSR. In tale percorso devono trovare la giusta collocazione sia le Aziende Ospedaliere, sia le Aree vaste nelle loro componenti territoriale e ospedaliera, che devono essere caratterizzate da modelli assistenziali integrati in una logica di intensità di cura.

Lo sviluppo del sistema delle reti cliniche, assistenziali e di patologia si riferisce agli obiettivi di seguito indicati.

Risultati attesi

- Razionalizzazione dell'offerta sanitaria
- Autorizzazione ed Accredimento istituzionale delle strutture sanitarie
- Miglioramento della risposta clinica

Azioni

- Analisi del Fabbisogno
- Individuazione Standard di Riferimento dei Nodi di Rete Clinici ai fini dell'accREDITamento
- Requisiti tecnologici
- Requisiti strutturali
- Requisiti organizzativi
- Standard professionali
- Indicatori di performance
- Riorganizzazione della Rete per Livelli di Intensità di Cura e di Assistenza
- Definizione del sistema tariffario
- Attivazione delle singole reti cliniche

Indicatori di risultato

- Accredimento delle singole reti
- Monitoraggio degli indicatori di performance delle singole reti

Obiettivo 1: le reti della prevenzione

Le reti strutturali e funzionali della Prevenzione Collettiva da garantire in base alla normativa nazionale (D.Lgs. 502/92, 517/93 e 229/99), all'Accordo Stato-Regioni 29.04.2010 (Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012) ed alle normative regionali con esse coerenti, sono:

1. *Prevenzione primaria collettiva*

- Rete di igiene pubblica ed emergenze
- Rete prevenzione luoghi di lavoro
- Rete di sanità animale e allerte zoonosiche
- Rete di igiene allevamenti e produzioni
- Rete di sicurezza e allerta alimentare
- Rete per prevenzione ed educazione nutrizionale
- Reti di sorveglianza epidemiologica
- Reti per la Promozione della Salute

2. *Prevenzione gruppi di rischio*

- Rete di screening oncologici e medicina predittiva
- Rete di screening pediatrici

Obiettivo 2: le reti assistenziali territoriali

I mutamenti della struttura familiare, dei bisogni della popolazione e la diffusione del ricorso da parte delle famiglie ad assistenti familiari, richiedono un profondo ripensamento dell'articolazione della rete assistenziale secondo un sistema di cure gradualmente nell'ambito del Distretto, fondato su azioni coordinate ed in stretta sinergia.

Più in dettaglio, le reti da garantire e, conseguentemente, la filiera dell'assistenza territoriale, riguardano:

- l'assistenza primaria,
- le cure domiciliari,
- le cure palliative,
- l'assistenza semiresidenziale e residenziale,
- l'assistenza in strutture di ricovero intermedie.

Questi livelli assistenziali vengono garantiti attraverso alcuni nodi fondamentali della rete territoriale ossia attraverso i servizi distrettuali, le Equipages Territoriali, le strutture residenziali e semiresidenziali, le Case della Salute e le strutture per l'assistenza al paziente sub acuto.

Obiettivo 3: le reti cliniche di patologia

La riorganizzazione ospedaliera, al fine di ridurre la duplicazione e la frammentazione, deve essere indirizzata verso un sistema “a rete” che consenta di integrare le strutture ospedaliere, graduandole in rapporto alla complessità delle strutture stesse.

Le reti cliniche individuate, che possono essere per disciplina (es. rete neurologica) o per patologia (es. rete dell'ictus), o per ambito di bisogno saranno differenziate nelle diverse strutture tenendo conto sia dei requisiti strutturali e tecnologici, sia dei requisiti organizzativi e degli standard professionali.

Le reti che dovranno essere sviluppate in tempi brevi sono le seguenti:

- La rete dell'IMA e cardiologica
- La rete della chirurgia vascolare
- La rete per il trauma grave
- La rete dell'Ictus cerebrale e neurologica
- La rete dei Punti Nascita
- La rete gastroenterologica
- La rete ematologica
- La rete oncologica
- La rete diabetologica
- La rete della nutrizione artificiale
- La rete nefrologica
- La rete urologica
- La rete ortopedica
- La rete della riabilitazione
- La rete dei trapianti
- La rete trasfusionale
- La rete delle malattie rare
- La rete della post-acuzie
- La rete delle malattie neuromuscolari degenerative e traumatiche.

➤ La fase attuativa: il crash program

La realizzazione degli interventi previsti nel presente documento è fortemente condizionata dai vincoli temporali fissati dalla Legge n. 135 del 7 Agosto 2012 di conversione del DL n. 95/2012 (spending review).

Le scadenze stabilite nella normativa richiedono un notevole sforzo proprio nella fase di avvio dei processi di razionalizzazione che devono essere messi in atto e che, di conseguenza, impongono di individuare un percorso di implementazione in cui siano chiaramente definiti:

- obiettivi,
- azioni,
- risultati attesi,
- indicatori di processo e di risultato.

In relazione all'importanza degli obiettivi da raggiungere ed agli stringenti vincoli temporali, è indispensabile che l'intero processo attuativo sia sottoposto ad una costante ed incisiva azione di monitoraggio e valutazione che, in una logica di crash program, si articola nelle seguenti fasi:

- nell'immediato, formulazione ed individuazione di ruoli ed obiettivi a breve, in relazione a quanto di seguito specificato per ciascun intervento;
- a breve termine, definizione di budget mensili aziendali e introduzione ed attuazione di modalità di rendicontazione e reporting sullo stato di attuazione;
- a medio termine, individuazione di elementi di criticità, rideterminazione di obiettivi e/o azioni, introduzione di elementi correttivi;
- a lungo termine, consolidamento dei risultati raggiunti e delle modalità di governance sui processi, al fine di mantenere costante l'attenzione agli obiettivi nelle fasi di operatività ordinaria.

Per dare attuazione al percorso indicato, è stato istituito un Gruppo di Coordinamento regionale (GC) che sovrintende le diverse fasi procedurali di attuazione degli interventi descritti nel documento. Al Gruppo di Coordinamento, presieduta dal Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali e con la presenza dell'Assessore regionale alla Salute, partecipano i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere, dell'ASUR e dell'INRCA.

Ad un livello più operativo, gli Enti del SSR mettono a disposizione del Gruppo di Coordinamento i referenti ritenuti necessari ai fini della elaborazione di analisi e proposte sulle azioni e gli interventi oggetto di monitoraggio e valutazione. L'azione di monitoraggio è fondata su un costante apporto informativo fornito dalle Aziende, al fine di garantire la regolare prosecuzione delle azioni ed il rispetto delle tempistiche stabilite.

Il Gruppo di Coordinamento si riunisce settimanalmente presso la Regione e con stringente periodicità effettua momenti di controllo e misurazione dello stato dell'arte, monitora le azioni necessarie a conseguire l'equilibrio finanziario nell'esercizio in corso e segnala alla Giunta regionale ulteriori interventi che necessitano di una formalizzazione amministrativa (delibera) per essere attuati.

Il Gruppo di Coordinamento fornisce gli indirizzi e coordina le attività di Gruppi di lavoro nell'ambito delle Cabine di regia, come di seguito descritte, al fine di raggiungere gli obiettivi fissati.

Le Aziende e gli Enti del SSR sono tenuti a fornire, in aggiunta a quanto previsto dagli obblighi informativi fissati dal livello centrale e dal livello regionale, di cui alla DGR 498/2012, tutti i dati e le informazioni ritenuti necessari per agevolare il processo di monitoraggio e la rendicontazione delle fasi operative in atto.

Allo scopo di rendere operativo il percorso ed i processi necessari per il conseguimento dei risultati è indispensabile il coinvolgimento delle Aziende e dei professionisti attraverso la partecipazione attiva alle Cabine di Regia ed ai gruppi di lavoro con i propri professionisti del livello dirigenziale aziendale e dei professionisti che forniscono assistenza.

Le Cabine di regia sono l'articolazione macro del sistema di governo del cambiamento e si riferiscono a ciascun intervento oggetto di queste linee di intervento; i gruppi di lavoro costituiti all'interno di ciascuna Cabina di regia avranno il compito di raggiungere gli specifici obiettivi previsti.

Il governo delle Risorse umane

Obiettivo 1: limitazione del turn-over

Obiettivo 2: riduzione spesa del personale a tempo determinato

Obiettivo 3: razionalizzazione delle unità operative semplici e complesse

Farmaci

Obiettivo 1: monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera

Obiettivo 2: monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica territoriale

Obiettivo 3: riorganizzazione logistica dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici

Dispositivi medici

Obiettivo 1: monitoraggio e controllo della spesa per i dispositivi medici

Beni e servizi

Obiettivo 1: riduzione dei costi e miglioramento dell'efficienza aziendale ottenibile attraverso la fase di riprogettazione dei processi di approvvigionamento e del ciclo passivo

Obiettivo 2: approvvigionamento di beni e servizi, tramite gli strumenti del Sistema a Rete - Costituzione ed avvio della Stazione Unica Appaltante nella Regione Marche (SUAM)

Il Governo degli erogatori Privati

Obiettivo 1: razionalizzazione delle attività delle case di cura multispecialistiche

Obiettivo 2: razionalizzazione delle attività delle case di cura monospecialistiche

Obiettivo 3: razionalizzazione delle attività delle strutture di riabilitazione

Obiettivo 4: razionalizzazione delle attività delle strutture del settore ambulatoriale

La rete della Prevenzione collettiva

Obiettivo 1: adeguamento organizzativo e di mission della rete dei Dipartimenti di Prevenzione
Prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro

Obiettivo 1: attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012

Obiettivo 2: sanità pubblica e rapporto salute e ambiente

Obiettivo 3: tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Obiettivo 4: potenziamento del sistema epidemiologico Regionale

Obiettivo 5: potenziamento della rete per la promozione della salute

Obiettivo 6: consolidamento dei rapporti tra le reti per la preparazione e la gestione delle emergenze in Sanità Pubblica e Veterinaria

Veterinaria e sicurezza alimentare

Obiettivo 1: la sicurezza alimentare e la tutela della salute del consumatore

Obiettivo 2: il benessere animale e la tutela della salute del cittadino

Obiettivo 3: la sanità animale e la tutela della salute del cittadino

Obiettivo 4: la sorveglianza e la prevenzione nutrizionale

La rete dell'Assistenza ospedaliera

Obiettivo 1: riduzione della frammentazione della rete ospedaliera

Obiettivo 2: soppressione unità operative complesse e organizzazione per intensità di cura

Obiettivo 3: riconversione delle piccole strutture

Obiettivo 4: le aree di degenza per intensità di assistenza

Obiettivo 5: attivazione di strutture per l'assistenza al paziente sub acuto

La rete dell'Emergenza-urgenza

Obiettivo 1: riorganizzazione della rete territoriale

Obiettivo 2: revisione Punti di Primo Intervento (PPI)

Obiettivo 3: ridefinizione Rete dei Pronto Soccorso e DEA

Obiettivo 4: attivazione della Centrale di Coordinamento (CCT) (ai sensi della DGR 292/12)

La rete Territoriale

Obiettivo 1(*): Superamento OPG: Attivazione sezione di osservazione psichiatrica in almeno un Istituto Penitenziario della Regione.

Obiettivo 2 (*): Superamento OPG: Legge n.9 del 17/02/2012. Chiusura OPG e realizzazione della struttura regionale per le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG

Obiettivo 3 (*): Superamento OPG: Presa in carico soggetti dichiarati dimissibili dall'OPG di Reggio Emilia

Obiettivo 4: Piano di azione regionale per la Salute Mentale

Obiettivo 5: Diffusione territoriale delle Case della Salute

Obiettivo 6: Il Governo della domanda socio-sanitaria

Obiettivo 7: Disabilità: Definizione dei percorsi di prevenzione, valutazione e presa in carico delle disabilità in età evolutiva

Obiettivo 8 (**): Promozione e miglioramento della qualità assistenziale nel settore delle demenze.

Obiettivo 9: le cure domiciliari.

Obiettivo 10 (***) : Applicazione della Legge 38: cure palliative e terapia del dolore

(*) I gruppi di lavoro degli obiettivi 1, 2 e 3 sono rappresentati dal Sottogruppo Tecnico Regionale di cui alla DGR 966/12.

(**) Il gruppo di lavoro dell'obiettivo 8 è rappresentato dal Gruppo di Coordinamento regionale Demenza – Alzheimer di cui al Decreto del direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria n° 18 del 21/12/2011.

(***) Il gruppo di lavoro dell'obiettivo 10 è rappresentato attraverso due gruppi di lavoro disciplinati con decreti n.n. 15 e 16 del 5/12/2011.

La rete Socio-sanitaria

Obiettivo 1: Consolidamento dell'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale

Obiettivo 2: Regolamentazione della organizzazione integrata sociale e sanitaria a livello di Area Vasta, di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale

Obiettivo 3: Razionalizzazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale

La rete delle Tecnologie e servizi

Obiettivo 1: Il governo delle tecnologie

Obiettivo 2: razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici

Il governo della mobilità sanitaria

Obiettivo 1: Riduzione della mobilità passiva

Obiettivo 2: Gestione degli accordi di confine

Il sistema di accreditamento

Obiettivo 1: revisione delle procedure

Obiettivo 2: revisione degli standard

L'Area del Governo Clinico

Obiettivo 1: Implementazione della Gestione del Rischio Clinico: “Attuazione piani strategici aziendali per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti”

Obiettivo 2: Riorganizzazione del sistema di formazione continua (ECM) regionale, ai sensi degli Accordi Stato Regioni 2007 e 2009

Obiettivo 3: Realizzazione di un sistema regionale di valutazione della soddisfazione degli utenti attraverso indagini di customer satisfaction.

Obiettivo 4: Costruzione di un sistema complessivo di indicatori e standard di qualità del SSR percepita dai cittadini, attraverso l'utilizzo integrato dei dati provenienti dal monitoraggio dei reclami e della soddisfazione dei pazienti.

Obiettivo 5: Linee di indirizzo Regionali sulla Carta dei Servizi.

Il piano degli investimenti

L'Area ICT

Obiettivo 1: E-CARE: Fascicolo Sanitario Elettronico - Sistema informativo per la circolarità di documenti di refertazione

Obiettivo 2: Gestione del Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale

Obiettivo 3: Sistema Informativo Amministrativo del servizio sanitario (SIA – AREAS)

Obiettivo 4: Razionalizzazione delle infrastrutture di elaborazione aziendali e regionali per la sanità

Obiettivo 5: Cartella clinica ospedaliera

Area dei flussi informativi

Obiettivo 1: Il governo dei flussi informativi

Obiettivo 2: Osservatorio epidemiologico regionale e registri di patologia

Obiettivo 3: Sviluppo del sistema di monitoraggio direzionale.

➤ **Gli interventi sui Fattori di produzione**

Il governo delle risorse umane

Vincoli e obiettivi

Per gli anni 2012-2014, deve essere perseguito l'obiettivo di diminuzione complessiva della spesa del personale del SSR in coerenza con le recenti "disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" contenute, in particolare, nell'art.15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (Spending review) convertito in Legge n. 135 del 7 agosto 2012, e con gli atti di indirizzo regionali conseguenti.

In particolare, l'obiettivo da perseguire nel triennio 2012- 2014, mediante azioni limitative del turnover, è costituito dalla riduzione delle spesa del personale in modo da garantire, per l'anno 2015, il raggiungimento del tetto previsto dall'art.2, commi 71 della L 23 dicembre 2009 n.191, come richiamato dall'art.15 della l. 135/2012 e quantificato in misura non superiore al costo del personale anno 2004, ridotto del 1,4% (calcolato secondo le indicazioni della circolare del MEF n.9/2006).

• **Obiettivo 2012 - 2013**

Per l'anno 2012, si rende necessario ridurre ulteriormente la spesa complessiva del personale rispetto agli obiettivi già previsti dalla DGRM n.288 del 8/03/2011 e dalla DGRM n.1161/2011. Per l'anno 2013, per effetto di ulteriori manovre contenute nel decreto legge di stabilità finanziaria, saranno necessarie le azioni di limitazione del turnover come di seguito dettagliate.

Le Direzioni generali degli Enti del SSR sono vincolate al raggiungimento dell'obiettivo economico programmato. In tale contesto, gli Enti del SSR programmano le assunzioni attraverso le seguenti azioni:

Azione 1: limitazione del turnover complessivo del personale (a tempo indeterminato e determinato) nella misura idonea a garantire e concorrere alla realizzazione dell'obiettivo economico complessivo sopra indicato per gli anni 2012 e 2013; ciò al fine di avviare un percorso contestuale ai processi di semplificazione della rete ospedaliera, di riorganizzazione ed accorpamento dei servizi e riallocazione delle risorse umane, propedeutico alla revisione e riduzione degli organici, imposte dalle norme statali sopra citate e dai provvedimenti regionali attuativi delle disposizioni contenute nel Decreto Legge n. 95 de 16 luglio 2012, convertito in Legge n.135 del 7 agosto 2012.

Si precisa che, in considerazione del fatto che l'intervento operato dal governo con le disposizioni di cui al citato DL 95/12 investe l'assetto organizzativo ospedaliero, l'azione di contenimento del turn-over dovrà interessare marginalmente l'area territoriale e della prevenzione, anche tenuto conto del minore finanziamento percentualmente utilizzato per le suddette funzioni rispetto alle previsioni nazionali e regionali, riservando particolare tutela al settore della disabilità in età evolutiva e dell'area dei consultori materno – infantili.

Azione 2: riduzione della spesa del personale a tempo determinato e con rapporto di lavoro flessibile nel rispetto della normativa e delle disposizioni regionali vigenti in materia e comunque al fine di concorrere alla realizzazione dell'obiettivo economico complessivo suddetto.

In applicazione di quanto previsto dall'art. 15 del DL 95/2012, convertito in Legge n. 135/2012, la Regione deve predisporre un piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per allineare la dotazione di posti letto agli standard nazionali che saranno fissati sulla base della normativa sopra richiamata; la conseguente riduzione dei posti letto dovrà avvenire attraverso la soppressione di unità operative complesse e il conseguente adeguamento delle dotazioni organiche, ed attraverso la riconversione delle piccole strutture ospedaliere.

E' sospeso, altresì, il conferimento o rinnovo degli incarichi dirigenziali ex art.15 septies del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii., ai sensi dell'art.15, comma 13, lett. c) della citata L. n.135/2012.

In prima applicazione, tenuto conto degli standard e dei parametri per l'individuazione delle strutture complesse e semplici definiti dal Ministero della Salute – Segreteria Comitato LEA, approvati nella seduta del 26 marzo 2012, il criterio numerico di riferimento è dato dalla:

- riduzione media del 25,8% delle strutture complesse
- riduzione media del 30,3% delle strutture semplici

Gli standard costituiscono comunque il tetto massimo di riferimento per la quantificazione del numero di strutture complesse e semplici.

Il numero di strutture semplici e complesse rideterminato sulla base degli standard suddetti, sarà oggetto di revisione per effetto dell'applicazione dell'art.15, comma 13, lett.c) del DL 95/2012 convertito in legge n.135/2012; in proposito, si prevede, indicativamente, la soppressione di almeno 18 Unità Operative Complesse Ospedaliere equivalenti, con la conseguente riduzione della spesa del personale avendo a riferimento una U.O. di media dimensione e con organici standard. Sempre in coerenza con le azioni di riduzione della spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile, già iniziata nel 2009 e prevista fino al 2013 ai sensi della citata DGRM n.1161/2011 (art.9, comma 28 DL 78/2010, convertito in L. n.122/2010) e della DGRM n.528/2012, le aziende ed enti del SSR, nel programmare i piani occupazionali in base alle risorse di budget annualmente assegnate dalla Giunta regionale, dovranno prioritariamente applicare gli indirizzi regionali emanati in materia di riduzione dei rapporti di lavoro flessibile (DGRM n.n. 937 e 938 del 14/07/2008), verificandone la coerenza con i provvedimenti di riordino, di razionalizzazione dei servizi e di soppressione delle unità operative complesse, nonché di riduzione delle strutture semplici.

Fermi restando i limiti stabiliti, nelle more della definizione da parte della Regione, dei provvedimenti di riduzione dei posti letto secondo gli standard previsti dalla citata disposizione, è fatto divieto alle Aziende ed Enti del SSR di istituire, conferire o confermare incarichi di direzione di struttura complessa o semplice della dirigenza Medica ed SPTA, salvo quelli che si rendono necessari per rispettare i processi di riorganizzazione in atto previsti nei Piani attuativi di Area Vasta e delle Aziende.

Azioni

- definizione di criteri e standard per la riduzione dei posti letto ospedalieri con conseguente soppressione delle Unità Operative Complesse;
- ridefinizione delle dotazioni organiche e delle modalità di attuazione **dei piani operativi di rientro economico e di riorganizzazione strutturale** del SSR.

Sanzione: *per gli anni 2012 e 2013, il mancato raggiungimento dell'obiettivo della diminuzione della spesa del personale comporterà, oltre al blocco del turnover per l'anno successivo, la decurtazione di 10 punti in sede di valutazione delle Direzioni generali.*

Risultato atteso

- diminuzione del costo complessivo del personale da realizzarsi nel biennio 2012/2013, al fine di concorrere alla realizzazione dell'equilibrio economico finanziario del SSR.

Si precisa che gli effetti economici derivanti dalle azioni di limitazione del turnover del personale a tempo determinato e con rapporto di lavoro flessibile (Azione 2) possono risultare in parte aggiuntivi rispetto a quanto sopra determinato, in relazione alla gradualità del completamento dei processi di riduzione dei rapporti di lavoro a tempo determinato o flessibile attualmente in corso.

Indicatori di risultato

Verifica e analisi report trimestrali di contabilità analitica, piani occupazionali, bilanci previsionali e consuntivi, provvedimenti aziendali attuativi.

Farmaci

Obiettivo 1: monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera.

Vincoli e obiettivi

La riduzione delle risorse economiche per il SSN a fronte di una richiesta di salute sempre in aumento richiede di rendere sempre più efficace, efficiente e razionale l'uso dei farmaci al fine di migliorare l'assistenza farmaceutica nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario del SSR.

Il 95/2012 convertito con modificazioni in L. 07 agosto 2012 n. 135, all'art 15 commi 4 e 7 recita *"a decorrere dall'anno 2013 il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera di cui all'art. 5, comma 5, del decreto legge 1° ottobre 2007 n. 159, convertito, con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007 n. 222, è rideterminato nella misura del 3,5 per cento"* ed *"è posta a carico della aziende farmaceutiche una quota pari al 50 per cento dell'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 come modificato dal comma 4 del DL 95/2012"*

Azioni e risultati attesi

- contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, al fine di utilizzare le risorse per i farmaci ad alto costo, migliorando l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci;
- assicurare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci innovativi ad alto costo;
- espletamento delle gare uniche regionali per farmaci, inclusi emoderivati, ossigeno, vaccini e soluzioni pronte per la Nutrizione Parenterale con una riduzione media del 3% dei prezzi rispetto a quelli attualmente sostenuti dal SSR;
- obbligo di rinegoziazione qualora le differenze superino il 20% i prezzi di riferimento;
- inserimento nei Prontuari Terapeutici di Area Vasta, in coerenza con il PTOR, dei farmaci biosimilari che hanno un costo inferiore al rispettivo originatore con particolare riferimento alla continuità assistenziale ospedale - territorio;
- uso e prescrizione, compresa la dimissione e post- visita specialistica dei farmaci biosimilari, economicamente più convenienti per il SSR ai pazienti con nuova diagnosi ("drug naive"). La diversa scelta terapeutica andrà motivata dal prescrittore.
- miglioramento della registrazione dei dati delle aziende ai fini della qualità dei flussi informativi relativi ai consumi farmaceutici erogati in regime di convenzione (DGRM 1151/2011), come distribuzione diretta e per conto (DM 31/07/2007) e in regime di ricovero ospedaliero (DM 04/02/2009 e DGRM 920/2009);
- attivazione dei progetti di farmacovigilanza da parte degli Enti del SSR, nonché del Centro Regionale di farmacovigilanza da parte dell'ARS (DGRM 1153/2011) e completamento dei progetti di farmacovigilanza entro il 2014 con l'aumento delle segnalazioni delle sospette reazioni ai farmaci (farmacovigilanza).

- riorganizzazione in Area Vasta dei laboratori per la manipolazione dei farmaci antitumorali con criteri di i) centralizzazione presso le farmacie ospedaliere delle preparazioni in strutture rispondenti alle norme, ii) incremento della qualità delle preparazioni, iii) riduzione del rischio connesso alla manipolazione per il personale coinvolto, iv) incremento della sicurezza per il paziente (raccomandazione n. 15 del 2012 del ministero della Salute);
- attivazione di progettualità di farmacista di reparto per ottimizzare l'adesione ai protocolli di terapia (elaborazione linee guida ed obiettivo di registrazione del 100% dei farmaci sottoposti a Registro AIFA), con particolare riguardo a quelli oncologici ;
- distribuzione diretta di farmaci di classe "H" tramite le farmacie ospedaliere, con implementazione di sistemi di monitoraggio prescrittivo dell'appropriatezza e contestuale assegnazione alle UU.OO. di uno specifico progetto rientrante nel budget assegnato. Inoltre alle UU.OO, dovrà essere assegnato un tetto di spesa afferente al File F (Distribuzione Diretta) e alla spesa farmaceutica da loro indotta sul territorio;
- percorso controllato di prescrizione-utilizzo di farmaci non ricompresi nel PTO, progettualità che si estrinseca 1) nella predisposizione di una modulistica di richiesta personalizzata che contempli, oltre alla motivazione clinica, i risultati attesi e la descrizione dettagliata per cui l'eventuale risorsa farmacologica in prontuario sia ritenuta non adeguata, 2) in una relazione clinica a cura del richiedente che descriva post-somministrazione gli esiti del trattamento nonché il raggiungimento o meno dei risultati attesi.

Indicatori e standard di riferimento

- assicurare l'appropriatezza prescrittiva per almeno 10 farmaci innovativi di cui alla DGR 767/2012;
- espletamento gara unica farmaco;
- pubblicazione semestrale dell'aggiornamento dei Prontuari di Area Vasta geograficamente intesa;
- registrazione e verifica del 100% dei farmaci soggetti al registro di monitoraggio AIFA;
- verifica che i prezzi dei farmaci non siano superiori a quelli massimi di acquisto SSN, stabiliti dall'AIFA e comunicati agli Enti del SSR dall'ARS nel 100% dei casi;
- rispetto delle scadenze, da parte degli Enti del SSR, per l'invio dei dati, alla Regione, della spesa farmaceutica;
- attivazione dei Progetti di farmacovigilanza (DGRM 1153/2011) entro il 2012 e registrazione sulla rete nazionale di farmacovigilanza di almeno 300 segnalazioni delle ADR (Reazioni Avverse ai Farmaci) per milione di abitanti;
- centralizzazione in laboratori per unità per la manipolazione dei Chemioterapici antitumorali (UMaCa) di tutte le preparazioni a base di farmaci antitumorali.

Impatto economico:

relativamente agli effetti della Legge 135/2012 per il settore della farmaceutica ospedaliera si ritiene che nella nostra regione si otterrà una riduzione dei costi per effetto della riduzione dei tetti previsti per gli anni 2012 e 2013 rispettivamente fissati al 2,4% e al 3,5%.

Obiettivo 2: monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica territoriale

Vincoli e obiettivi

Il decreto legge 6 luglio 2012 convertito con modificazioni in legge 07 agosto 2012 n. 135 avente per oggetto "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" all'art. 15 ha statuito una riduzione della spesa sanitaria attraverso una razionalizzazione da attuare a livello regionale e misure di governo della spesa farmaceutica per l'anno 2012 e successivi. Il provvedimento aumenta l'ulteriore sconto dovuto dalle farmacie convenzionate dal 1,83% al 2,25% oltre a quello a carico delle aziende farmaceutiche dal 1,83% al 4,1%, ma per quest'ultime fino al 31/12/2012.

Il tetto di spesa è ridotto dal 13,3% al 13,1% nel 2012 e all'11,35% per gli anni successivi al netto della compartecipazione dell'assistito. In caso di sfondamento del tetto si applicano le vigenti disposizioni in caso di ripiano mentre "a decorrere dall'anno 2013, gli eventuali importi derivanti dalla procedura di ripiano sono assegnati alle regioni, per il 25% in proporzione allo sforamento del tetto registrato nelle singole regioni e, per il residuo 75%, in base alla quota di accesso delle singole regioni al riparto della quota indistinta delle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale".

L'assistenza farmaceutica assorbe risorse economiche a carico del SSR sempre più rilevanti e la sua gestione dovrà essere razionale (più efficiente, efficace e economica) per rispondere al meglio alle esigenze degli assistiti. Nei prossimi anni verranno commercializzati numerosi farmaci innovativi ad alto costo. I costi che ne deriveranno non potranno essere sostenuti dalla "genericazione" di farmaci come è finora avvenuto.

Le terapie farmacologiche ad alto costo che continuano ad essere immesse sul mercato, non sono compatibili con le attuali risorse economiche previste dal FSN.

Di conseguenza saranno necessarie risorse aggiuntive dal livello centrale e contestualmente una razionalizzazione a livello regionale attraverso:

- a) l'incentivazione dell'uso di farmaci che hanno perso il brevetto, anche tramite la distribuzione diretta;
- b) la condivisione della responsabilità della spesa con l'industria farmaceutica.

Azioni e risultati attesi

- incremento dell'uso dei farmaci equivalenti e di quelli che hanno perso il brevetto erogati in regime di convenzione di almeno il 3%;
- attivazione di progettualità nell'assistenza farmaceutica alle strutture residenziali, RSA e residenze protette convenzionate (in forma diretta dalle farmacie ospedaliere e dai servizi farmaceutici territoriali). Per ogni paziente in entrata nella struttura va redatto specifico piano assistenziale che deve essere comprensivo anche dell'assistenza farmaceutica. Il piano redatto dal MMG va autorizzato dal Medico Responsabile della Struttura residenziale. Erogabili della classe C i farmaci per il dolore neoplastico, nonché farmaci e prodotti di medicazione per piaghe da decubito sulla preventiva base di un protocollo aziendale.

- incentivazione della prescrizione per principio attivo sia con la convenzionata che in distribuzione diretta e per conto (Progetto Marche); promozione presso le farmacie della fornitura all'assistito dei farmaci economicamente più vantaggiosi per il SSR;
- realizzazione delle procedure pubbliche di acquisto per i farmaci erogati con il Progetto Marche (ovvero quelli del PHT) con riduzione dei costi di almeno il 3%;
- incremento di oltre il 5% all'anno, in termini di DDD, della distribuzione diretta di farmaci di classe A dopo il ricovero ospedaliero, da parte delle farmacie ospedaliere;
- incremento della distribuzione dei farmaci con la distribuzione per conto tramite le farmacie convenzionate (Progetto Marche) superiore all'1% annuo dei farmaci in DDD e riduzione di almeno del 5% degli oneri per la distribuzione per conto (Progetto Marche);
- incremento dell'uso di farmaci (in DDD) biosimilari e/o dei corrispondenti originatori (classi B03XA e L03AA) di almeno il 40% in DDD a partire dal 2013;
- monitoraggio e controllo dei Piani Terapeutici, audit clinici, istituzione di un punto di riferimento/distribuzione fisso (farmaceutica distrettuale);
- attivazione di progettualità di riorganizzazione dei servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali per Area Vasta e coordinamento con struttura farmaceutica centrale ASUR (azioni: gestione farmaci/dispositivi medici alto costo in un solo magazzino centrale, revisione prontuario terapeutico di area vasta e ASUR coerenti con gli aggiornamenti del PTOR);

Indicatori e standard di riferimento

- riduzione dell'inappropriatezza e della spesa sanitaria con riferimento ai costi standard, per ciascun Ente del SSR a partire dal 2012. La legge 30.07.2010 n.122 prevede come indice di appropriatezza per la farmaceutica convenzionata, un maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto;
- incremento annuale di 5 punti in percentuale degli assistiti che ricevono i farmaci alla dimissione ospedaliera, day hospital compreso, rispetto al numero totale dei dimessi;
- incremento annuo delle DDD in percentuale del consumo di farmaci non coperti da brevetto rispetto al totale (numeratore: DDD totali dei farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA / denominatore: totale DDD x 100);
- riduzione in percentuale della spesa convenzionata netta nel 2013;
- espletamento delle gare uniche per i farmaci con una riduzione media del 3% dei prezzi rispetto a quelli attualmente sostenuti dal SSR.

Impatto economico

L'incremento dello sconto sulle farmacie previsto per legge, dall'1,82% al 2,25%, determinerà una riduzione indiretta dei costi nel 2012-2014. Già nel 2012 si è registrata una razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata netta rispetto al 2011 solo in parte riconducibile agli effetti dell'art. 15 del D.L. 95/2012 convertito in L.135/2012. Per il 2013 e 2014 non è prevista una riduzione della spesa territoriale.

Un ulteriore risparmio minimo del 20% sarà determinato dell'uso dei biosimilari anche a seguito della riduzione dei loro prezzi. Inoltre, ulteriori razionalizzazioni della spesa deriveranno dall'incremento della distribuzione diretta alle strutture residenziali e dalla riduzione dei margini distributivi per il Progetto Marche. Di contro, si prevedono incrementi per i nuovi farmaci tra cui quelli per l'epatite C, gli antiaggreganti piastrinici per via orale, gli oncologici, gli antivirali nonché l'incremento dei consumi.

Obiettivo 3: riorganizzazione logistica dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici

Azioni e risultati attesi

- riorganizzazione dei servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali e dei dispositivi medici nell'ottica di AV e di area geografica interaziendale.
- magazzini centralizzati regionali in grado di servire il territorio almeno in logica di AV:
 - Organizzazione di un Magazzino Centralizzato Regionale per i farmaci ad altissimo costo non programmabili per le caratteristiche di AV o di urgenza, (farmaci da biotecnologia per malattie rare, emoderivati per trapianti, meningiti batteriche acute, antidoti, ecc.);
 - Organizzazione del Magazzino Centralizzato (regionale o per AV) per i farmaci, (soluzioni infusionali comprese) e per i dispositivi medici in grado di sostenere richieste derivanti da situazioni di calamità e/o catastrofi;
 - Laboratori "galenici" e servizi nell'ottica regionale o di AV;
 - gestione del PTOR (Prontuario Terapeutico Ospedale-Territorio) e del Prontuario terapeutico Ospedaliero (PTO) di AV geograficamente intesa

Indicatori

- Numero di servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali operanti sul territorio;
- Numero di magazzini per i farmaci e per i dispositivi medici:
 - riduzione delle scorte di reparto (in valore);
 - incremento del numero delle consegne (giornaliere/settimanali) alle strutture sanitarie (reparti);
 - Numero di aggiornamenti del PTOR e dei PTO di AV.

Dispositivi medici

Vincoli e obiettivi

Il DL 95/2012 si applica anche all'assistenza protesica ed integrativa: all'art 15 comma 13 lettera a) dispone che *“Al fine di razionalizzare le risorse in ambito sanitario e di consentire una riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi: ferme restando le disposizioni di cui all'art. 17, comma 1, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti dei farmaci, stipulati da aziende ed enti del Servizio Sanitario regionale, sono ridotti del 5 per cento a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto per tutta la durata dei contratti medesimi; tale riduzione per la fornitura dei dispositivi medici opera fino al 31 dicembre 2012”*.

Per i Dispositivi Medici (DM), inoltre, alla lettera f) viene fissato il tetto al 4,9% per l'anno 2013 e al 4,8% a decorrere dal 2014. Questi tetti vengono ridotti al 4,8% e 4,4% con la legge di stabilità. I DM, a differenza dei farmaci, non sono autorizzati da un'Agenzia nazionale a seguito di una valutazione delle prove di efficacia, di sicurezza clinica e degli oneri per il SSN. La sperimentazione clinica dovrebbe essere incentivata e regolamentata.

Di conseguenza tutti i DM, purché in possesso del marchio CE, possono essere acquistati dal SSN. I prezzi pagati possono essere molto diversi tra i differenti ospedali.

I DM acquistati dal SSN devono soddisfare i criteri di appropriatezza, di massima efficacia clinica per le patologie considerate, di sicurezza, di tracciabilità e di sostenibilità economica.

Con Decreto 11 giugno 2010 è stato istituito il flusso informativo per il monitoraggio dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN. Il flusso è costituito da due parti: dati e informazioni sui contratti e dati e informazioni sui consumi. L'art 7 del predetto Decreto indica che a partire dal 1° gennaio 2012, il conferimento dei dati dei consumi è parte integrante degli adempimenti cui sono tenute le Regioni e le provincie autonome, per l'accesso al maggior finanziamento per il SSN.

Un altro aspetto rilevante riguarda la sicurezza dei dispositivi medici impiantabili. In assenza di registri informatizzati, risulta estremamente difficile rintracciare i pazienti portatori di dispositivi medici nel caso in cui si renda necessario un richiamo per difetti riscontrati successivamente all'impianto. Le recenti vicende delle protesi mammarie P.I.P. (Poly Implant Prothèse) e le protesi ortopediche d'anca ASR™ e di ASR XL DePuy hanno dimostrato le difficoltà per il SSN di rintracciare i pazienti portatori di tali protesi.

L'art. 17 della legge 111/2011, punto 1, comma c richiamava la necessità di fissare un tetto quale strumento di controllo e razionalizzazione della spesa sostenuta direttamente dal SSN per l'acquisto dei Dispositivi Medici .

Inoltre, andrebbero previste forme specifiche di contribuzione per la fornitura di dispositivi medici in relazione alla fascia di appartenenza ISEE, con l'intento di privilegiare interventi che garantiscono il doppio effetto, ovvero che, oltre all'introito diretto, assommino un effetto di contenimento della domanda, possibilmente quella impropria (art. 17 comma 1 lettera d L. 111/2011).

La spesa per dispositivi medici rilevata dai modelli CE nella regione Marche è in lieve riduzione. Nel 2011 è stata di 149,192 milioni di Euro (fonte dati su mod CE B1A6, B1A7, B1A8 e B1A9), pari al 5,43% del FSN.

Azioni e risultati attesi

- Ridurre i costi per i DM del 8 % (pari a € 12 milioni) al fine di ricondurre la spesa nel tetto previsto (spending review e D.L. 13/09/2012 n. 158 “Balduzzi”);
- avere un responsabile del governo dei DM sia a livello regionale che degli Enti del SSR oltre ai responsabili del flusso dei DM e della trasmissione dei dati;
- razionalizzazione e rinegoziazione dei prezzi e dei contratti in service e fornitura in service con obbligo di rinegoziazione qualora le differenze superino il 20% i prezzi di riferimento;
- gli Enti del SSR devono promuovere interventi finalizzati a rendere appropriato il processo assistenziale per l’assistenza protesica (D.M. 332/1999) e per quella integrativa, al fine di razionalizzare l’uso dei dispositivi medici, attraverso il governo delle prescrizioni anche in termini quali-quantitativi anche attraverso l’introduzione di un tetto sul consumo dei presidi per incontinenza a livello distrettuale (nr 60 presidi per pz incontinenti);
- Gli Enti del SSR devono procedere alla definizione del volume/anno con le UU.OO. che utilizzano i DM e con i medici che prescrivono i dispositivi medici sul territorio (“pannoloni”, cateteri, sacche per urine, prodotti per stomie, dispositivi medici per diabetici) sulla base di percorsi condivisi anche al fine di poter attivare delle gare uniche regionali;
- avvio delle gare regionali uniche per i dispositivi medici per almeno 3 categorie di prodotti in coerenza con la legge regionale sulla SUAM. Le gare uniche regionali, per essere efficaci devono:
 1. basarsi su una riduzione del numero dei lotti nei quali si concentrano DM “equivalenti”;
 2. definire il perimetro e il volume messo all’asta concentrare i volumi da acquistare in lotti omogenei e rilevanti da un punto di vista economico;
 3. limitare la durata dei contratti e delle forniture a 2 o al massimo 3 anni, perché i DM contrattualizzati risulterebbero superati;
 4. vietare al produttore/fornitore, che dispone di un DM compatibile con i contenuti di gara e non concorre ad un lotto messo a gara, di vendere il DM alle Az. Sanitarie successivamente alla procedura negoziata o in economia per un periodo pari a quello della durata della fornitura prevista dalla procedura pubblica di acquisto. Ciò diventa un forte incentivo a partecipare alle gare;
 5. riservare, quando è possibile, delle quote prestabilite ai vincitori dei singoli lotti (es. minimo 2/3), lasciando il rimanente ai produttori risultati comunque idonei;
 6. incentivare e premiare i DG sulla base del livello di acquisti congiunti e del livello dei DM consumati rispetto a quanto acquistato in gare uniche regionali.

- valutazione della qualità ed efficacia dei dispositivi medici. E' necessario attivare come per i farmaci una modalità di valutazione dell'efficacia, sicurezza, costi e impatto organizzativo dei dispositivi medici utilizzando la metodologia dell'Health Technology Assessment (HTA) attraverso l'istituzione di una Commissione unica regionale per HTA dei dispositivi medici;
- istituzione di nuovi flussi informativi per i dispositivi medici e monitoraggio della spesa dei dispositivi medici con pubblicazione di specifici report a partire dal 2012. Utilizzo della classificazione nazionale dei dispositivi medici (CND) e del numero identificativo del Repertorio dei Dispositivi Medici (RDM) presente nella Banca Dati del Ministero della Salute;
- garantire l'attivazione di un registro regionale informatizzato, in collegamento con tutti gli Enti del SSR coinvolti, con l'indicazione del paziente, della data e tipo di intervento, del dispositivo medico impiantato per la rintracciabilità. Il monitoraggio serve per la sicurezza dei pazienti portatori di dispositivi medici impiantabili (protesi mammarie, protesi ortopediche, pacemaker, ecc.);
- istituzione di un comitato etico unico regionale per la sperimentazione clinica dei dispositivi medici;
- incrementare le attività di vigilanza da parte degli operatori sanitari conseguenti all'utilizzo di dispositivi medici, dispositivi medici impiantabili e dispositivi medico-diagnostici in vitro;
- eventuale anticipazione al 2013 della compartecipazione alla spesa per la fornitura dei DM per contenere la domanda e per ridurre la spesa nella misura del 5% (art. 17 comma 1 lettera DL. 111/2011).

Indicatori

acquisizione, da parte della Regione dei dati relativi ai consumi per i dispositivi medici oltre il 90% dei prodotti con la CND e RDM, entro la fine del 2012 e numero di report specifici elaborati;

- numero dei bandi pubblicati per le gare uniche regionali, dal 2013;
- riduzione dell'incidenza della spesa a carico del SSR;
- registrazione del 90% dei pazienti che hanno ricevuto un impianto entro la fine del 2013;
- applicazione compartecipazione e riduzione della spesa per i dispositivi medici stima;
- incremento delle sperimentazioni cliniche sui dispositivi medici;
- incremento del numero dei rapporti di incidente o di mancato incidente da parte degli operatori sanitari che coinvolgono i dispositivi medici, i dispositivi impiantabili e i dispositivi medico-diagnostici in vitro.

Beni e Servizi

La Legge n. 135/2012 di conversione del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 prevede la riprogettazione dei processi di approvvigionamento e del ciclo passivo, inoltre l'articolo 15 comma 13 del d.l. 95/2012 contiene misure aventi finalità di contenimento e razionalizzazione dei costi.

Questi obiettivi vengono perseguiti attraverso la riduzione (del 5%) degli importi e connesse prestazioni relativi a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi.

In particolare le Aziende e gli Enti del SSR dovranno operare affinché, in applicazione della DGRM 1220 dell'01/08/2012, sia raggiunta:

- la riduzione del 5 per cento di importi e connesse prestazioni
- la rinegoziazione con i fornitori dei contratti che prevedano fornitura di beni o appalto di servizi laddove siano presenti e rilevati prezzi di riferimento
- l'adesione agli strumenti di acquisto e di negoziazione telematici messi a disposizione da CONSIP

Obiettivo 1: riduzione dei costi e miglioramento dell'efficienza aziendale ottenibile attraverso la fase di riprogettazione dei processi di approvvigionamento e del ciclo passivo

Azioni

Le Aziende e gli Enti del SSR sono tenuti al rispetto degli obiettivi economici riportati al punto successivo e alla realizzazione degli interventi volti al recupero di efficienza anche in applicazione di quanto previsto nel successivo Obiettivo 2: approvvigionamento di beni e servizi tramite gli strumenti del Sistema a rete - Costituzione ed avvio della Stazione Unica Appaltante nella Regione Marche (SUAM).

Risultato atteso

Alla luce delle azioni indicate al punto precedente il risultato atteso nell'area acquisti di beni e servizi, al netto dei farmaci, presuppone:

- l'applicazione, per quanto riguarda l'acquisto di beni e servizi (ad eccezione dei Farmaci), della normativa vigente
- la riprogettazione dei processi di approvvigionamento e del ciclo passivo anche attraverso la centrale degli acquisti ovvero la "SUAM" (Obiettivo 2), tramite gli altri strumenti del Sistema a Rete.

Obiettivo 2: approvvigionamento di beni e servizi tramite gli strumenti del Sistema a rete - Costituzione ed avvio della Stazione Unica Appaltante nella Regione Marche (SUAM).

Il contesto normativo nel quale si inquadra l'istituto dell'"Acquisizione Centralizzata dei Beni e Servizi" è rappresentato dalla Riforma del Titolo V della Costituzione laddove viene sancito il

principio del “pluralismo cooperativo” e posta in capo allo Stato la potestà legislativa in tema di appalti pubblici, considerato tema trasversale dalla Corte Costituzionale (sentenze n° 401 e 431/2007 e 322/2008).

La previsione della realizzazione di un sistema di “Acquisizione a rete” viene introdotta formalmente dall’art. 1 comma 457 della Legge Finanziaria 2007 che nasce con il chiaro intento di gestire su basi condivise l’approccio ai processi di razionalizzazione e centralizzazione degli acquisti pubblici, favorendo la diffusione delle best practices e delle competenze delle amministrazioni centrali e locali da inserirsi in una previsione di creazione e gestione di una rete delle centrali d’acquisto operante nel più ampio contesto del Sistema Nazionale di e-Procurement.

Per l’attuazione dell’obiettivo, il predetto art. 1 comma 457 prevede che “le Centrali regionali e la Consip Spa” costituiscono un sistema a rete, perseguendo l’armonizzazione dei piani di razionalizzazione della spesa e realizzando sinergie nell’utilizzo degli strumenti informatici per l’acquisto di beni e servizi” mediante la cooperazione di numerosi soggetti istituzionali che, nel rispetto dei diversi modelli giuridici regionali adottati o da adottarsi in tema di centralizzazione degli acquisti, operano secondo un progetto integrato a molteplici stadi in relazione alle diverse realtà territoriali.

Con DGRM n. 25 del 16/01/2012 “Proposta di legge regionale, ad iniziativa della Giunta regionale, concernente: “Istituzione della Stazione Unica Appaltante della regione Marche (SUAM)” la Giunta ha presentato all’Assemblea legislativa regionale la proposta di legge di costituzione della SUAM in conformità al decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 30 giugno 2011 che, in attuazione dell’art. 13 della legge 13 agosto 2010, n 136, ha disciplinato l’istituzione della Stazione Unica Appaltante.

Con legge regionale 14 maggio 2012, n. 12, è stata istituita la Stazione Unica Appaltante della Regione Marche in cui sono stati definiti i tempi e le modalità per assicurare operatività della stessa garantendo autonomia organizzativa e gestionale nelle procedure di acquisizione di Beni e Servizi non solo relativi al Servizio Sanitario Regionale, ma anche in riferimento alla Pubblica Amministrazione in generale.

La costituzione della SUAM consente, in particolare, di garantire ed ottimizzare la complessiva funzione di approvvigionamento di beni e servizi e logistica nel livello centrale.

La SUAM interviene nel corso della filiera di approvvigionamento di beni e servizi nella gestione complessiva delle specifiche procedure contrattuali, stante le finalità, espressamente indicate dalla legge (DPCM del 30 giugno 2011), di contrasto all’infiltrazione mafiosa ponendosi come sostegno alle attività degli enti che vi aderiscono. La filiera degli approvvigionamenti di beni e servizi può quindi essere rappresentata come di seguito e posta in relazione alle responsabilità da affidare sia alla centrale degli acquisti che alla stazione appaltante.

L’avvio del Sistema a Rete degli Acquisti diffuso nel SSR permette alla Regione Marche di raggiungere il parametro almeno pari al 70% del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi; valore questo che comporta oltre alla riduzione dei costi ed al Raggiungimento delle economie di scala di settore, anche la fissazione dell’obiettivo stabilito dallo schema di Decreto Legge del 23 novembre 2011 ed il conseguente accesso ai Fondi premiali incrementali rispetto a quelli già stabiliti dal Fondo Sanitario Regionale.

Y

le

Azioni

- rivisitazione del modello organizzativo della funzione approvvigionamenti a seguito della costituzione della Stazione Unica Appaltante (SUAM);
- specificazione delle competenze e delle responsabilità dei soggetti coinvolti nei processi di approvvigionamento,
- studio di forme innovative di forniture di beni e servizi, che possano comportare un vantaggio economico/qualitativo per le Aziende;
- raccolta e diffusione di informazioni relative sia ai prezzi dei beni e servizi offerti al SSR che alle procedure di acquisto nei diversi settori merceologici. Una apposita commissione tecnica si occuperà di selezionare, periodicamente, il paniere dei beni/servizi ritenuti rappresentativi della spesa sanitaria, da porre sotto osservazione per il monitoraggio degli eventi di acquisto;
- coordinamento dell'area della Logistica razionalizzando la gestione delle scorte per tutti i Presidi Ospedalieri e tutti i Servizi Territoriali delle Aziende del SSR (magazzino unico di Area vasta);
- definizione e produzione report di monitoraggio;
- incremento della percentuale del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi in Unione di Acquisto nel SSR per il medesimo anno e raggiungimento dei parametri di contenimento della spesa di cui alla DGRM n. 1220 dell'1/08/2012.

Indicatori di risultato

Incremento del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi in Unione di Acquisto.

Il Governo degli Erogatori Privati

Vincoli e obiettivi

Premessa

L'articolo 15 comma 14 del D.L. 95/2012 convertito in Legge n. 135 contiene misure aventi finalità di ridefinire la spesa per il settore privato " *a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012...per l'acquisto di prestazioni sanitari da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa ...tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntiva per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. La misura di contenimento della spesa al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e provincie autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi ..* " .

L'applicazione del presente comma, inoltre, risulta aggiuntivo del contenimento della spesa anche rispetto ai dettami già contenuti nella DGRM n. 1750 del 22 dicembre 2011.

Obiettivo 1: razionalizzazione delle attività delle case di cura multispecialistiche

Le Case di Cura Multispecialistiche della Regione Marche costituite prevalentemente a realtà di medio-piccole dimensioni, con prevalenza di discipline di area medica e chirurgica a bassa assistenza, dovranno incentrare la loro offerta in Area Vasta/Regione.

Attività

- individuazione del tetto di posti letto per attività di ricovero ordinario, di day hospital e di day surgery specifico per le case di cura multispecialistiche;
- determinazione della tipologia e della quantità di prestazioni erogabili in regime di ricovero ordinario, di day hospital e di day surgery specifici per le case di cura multispecialistiche e dei relativi tetti di spesa.

Risultati programmati

- riduzione della mobilità extra-regionale in base a specifica progettualità concordata a livello regionale;
- riduzione della percentuale dei 107 DRG potenzialmente inappropriati, individuati dal Patto per la Salute 2010-2012 erogati dalle case di cura multispecialistiche;
- riduzione dei tempi di attesa per prestazioni sottoposte a monitoraggio.

Indicatori di risultato

- percentuale DRG potenzialmente inappropriati sul totale DRG erogati dalle case di cura multispecialistiche;
- tempi di attesa per ricoveri programmati nei tempi previsti dalla normativa regionale.

Obiettivo 2: razionalizzazione delle attività delle case di cura monospecialistiche

Attività

Il processo di riconversione in atto porterà alla trasformazione delle Case di Cura in strutture di tipo residenziale e di riabilitazione alcologica; all'interno di questo processo dovranno essere ridefiniti standard organizzativi, tariffe, criteri di ammissione e dimissione e modalità dei controlli entro il IV trimestre 2012 e comunque a valere dal 2013.

Risultato programmato

- Predisposizione di un atto contenente tutti gli elementi organizzativi e gestionali necessari, procedendo in modo tale che l'attività delle strutture in oggetto sia coerente e sinergica con la organizzazione dell'area della Salute Mentale (problematiche di comorbidità).

Indicatori di risultato

- Approvazione atto di recepimento.

Obiettivo 3: razionalizzazione delle attività delle strutture di riabilitazione

Attività

A. Sistema di classificazione delle attività e relativi standard, definizione di nuove regole per la committenza e il controllo in recepimento delle nuove linee guida nazionali.

Il sistema di classificazione delle attività delle strutture di riabilitazione ricomprese negli accordi con l'ARIS e la definizione dei relativi standard risale alla DGR 1437 del 1999.

Con la DGR 1789/09 non solo si è determinato il fabbisogno di attività riabilitative, ma si è definita la griglia di classificazione di tutte le strutture. Precedentemente, in allegato 1 della DGR 1299/08, è stato prefigurato un percorso per recuperare appropriatezza in alcuni settori "storici" della riabilitazione estensiva.

Coerentemente a quanto sopra riportato dovrà essere, nel complessivo riordino del sistema tariffario, rideterminato il setting operativo e la relativa valorizzazione, con l'obiettivo di ridurre il costo complessivo. Inoltre, al fine di rendere complessivamente più efficiente il sistema, andranno definiti i percorsi dei pazienti tra i vari livelli prestazionali, definendo i criteri di inclusione-esclusione e modalità di interfacciamento tra gli stessi.

Infine, si regolamenterà la remunerazione dell'attività svolta dalle strutture in mobilità attiva in modo da non determinare perdite per la Regione risultanti dal differenziale tra TUC e tariffe applicate nella Regione Marche con l'obiettivo di ridurre i costi per il 2013. Nel contesto così definito vengono poste in essere tutte le condizioni per esercitare nei confronti dei privati una corretta funzione di committenza, laddove si assolvano correttamente ai debiti informativi.

Risultato Atteso

- rivalutazione delle singole strutture autorizzate/accreditate sulla base del sistema classificatorio di cui alla DGR 1789/2008;
- determinazione dei setting operativi con coerente modifica dei manuali di autorizzazione e accreditamento;
- definizione dei percorsi assistenziali ottimizzati tra pubblico e privato e tra i vari livelli assistenziali;
- definizione di un nuovo e coerente sistema tariffario;
- definizione della funzione di committenza e del relativo sistema di monitoraggio, comprensivo delle regole e dei controlli;
- azzeramento perdite sui differenziali di tariffe per le prestazioni erogate dalle strutture di riabilitazione private per non residenti.

Indicatori di risultato

Approvazione di atti di formalizzazione delle azioni programmate entro tre mesi dall'adozione del presente provvedimento.

B. Completamento del processo di regolamentazione attività e budget dei presidi di riabilitazione

Il percorso di rideterminazione delle prestazioni e delle relative tariffe, peraltro già avviato, porterà a una corretta collocazione di tale strutture erogative. Tale impostazione deriva sia dalle indicazioni dei nuovi LEA e delle linee guida sulla riabilitazione (entrambi in corso di approvazione) che alcune linee contenute all'interno del Piano Nazionale di Prevenzione.

Anche relativamente a tale tipologia di servizi viene applicato il taglio dell'1,5 % previsto dalla DGR 1750/2012.

Risultati programmati

- formalizzazione del documento di riordino contenente la nuova attività ridistribuita per pacchetti di prestazioni ambulatoriali e le tariffe correlate entro il primo semestre 2013.

Indicatori di risultato

- approvazione atto di recepimento entro il primo semestre 2013.

Obiettivo 4: razionalizzazione delle attività delle strutture del settore ambulatoriale

La partecipazione delle strutture private accreditate nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali deve essere orientata al contenimento dei tempi di attesa, in particolare per le prestazioni soggette a monitoraggio, ma ponendo rigorosi limiti nella definizione degli accordi contrattuali, indirizzati a garantire prestazioni appropriate e di qualità elevata. Non è pertanto opportuno mantenere rapporti contrattuali con strutture, o professionisti, che erogano poche prestazioni su base settimanale/mensile/annuale. Le Aziende nella stipula di rapporti contrattuali tengono conto di tale indicazione.

Le prestazioni contrattualizzate entrano nel numero di quelle erogate dal SSR e devono essere governate analogamente a quelle erogate dalle strutture pubbliche. Le prestazioni devono quindi essere inserite nel catalogo delle prestazioni "a CUP". La sottoscrizione degli accordi contrattuali, stipulati da ASUR/Zone con i singoli erogatori, deve tenere conto dei parametri fissati nell'atto di fabbisogno (DGR 1789/2009), privilegiando le attività istituzionali erogate da strutture pubbliche (a gestione diretta o Aziende Ospedaliere/TNRCA). L'attività non può superare, complessivamente, il volume economico riconosciuto per l'anno 2010, fatte salve diverse disposizioni regionali e comunque nel rispetto della DGR 1750/2011.

Attività

- Definizione del piano di attività erogabili da strutture/professionisti accreditati per:
 - Visite specialistiche;
 - Diagnostica per Immagini;
 - Prestazioni strumentali (esclusa precedente);
 - Prestazioni di laboratorio (compresi prelievi a domicilio);
 - Prestazioni odontoiatriche.

Risultato Atteso

- Inserimento dell'offerta di tutte le prestazioni "a CUP";
- Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni soggette a monitoraggio;
- Soddisfacimento delle prestazioni inserite nei LEA, erogabili con difficoltà dalle strutture pubbliche;

Indicatori di risultato

- Tempi di attesa delle prestazioni sotto monitoraggio;
- N. di prelievi domiciliari;
- N. di prestazioni odontoiatriche;
- Valore economico delle prestazioni suddivise per branca, tipologia ed erogatore.

Il recupero dell'appropriatezza e di un'efficace funzione di committenza dovrebbe ridurre il numero delle prestazioni inappropriate erogate e quindi consentire una riduzione dei consumi da considerare nella definizione dei budget, come minimo nella misura percentuale pari a quanto previsto dalla DGRM 1750/11.

➤ **Gli interventi sui Processi sanitari e Socio- Sanitari**

Principi e finalità

La sfida fondamentale nell'affrontare il riordino del SSR consiste nel rispetto il vincolo assoluto dell'equilibrio economico, come rideterminato dai tagli imposti dai provvedimenti nazionali di complessiva razionalizzazione della spesa pubblica, continuando a garantire un elevato livello qualitativo di offerte di prestazioni e servizi ai cittadini, nel rispetto dei LEA e comunque nel rispetto di eventuali nuove disposizioni ministeriali.

Per vincere tale sfida, è necessario che le prestazioni offerte trovino copertura economica nelle azioni di riorganizzazione che devono fondarsi, pertanto, su due pilastri fondamentali, il perseguimento dell'appropriatezza e la diffusione delle migliori pratiche su tutto il territorio regionale, al fine di liberare risorse finora utilizzate in modo inefficiente.

In particolare, la riorganizzazione della reti della prevenzione, del territorio e socio-sanitaria saranno quindi declinate nel rispetto dei vincoli sopra richiamati e, nel caso prevedano implementazione di attività, con l'ulteriore vincolo della gradualità temporale definita annualmente attraverso l'assegnazione del budget.

La rete della prevenzione collettiva

PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

Obiettivo 1: Adeguamento organizzativo e di mission della rete dei Dipartimenti di Prevenzione

La previsione contenuta nella L.R. 17/11 di trasformazione della organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione da rete "zonale" a rete con dipartimenti di area vasta, costituisce l'elemento di evoluzione del sistema su cui operare in modo prioritario. A ciò si associa l'elemento evolutivo del ruolo strategico di tale rete, descritto nel capitolo V del PSSR 2012 – 2014, conseguente al percorso nazionale in atto di adeguamento ed ampliamento degli obiettivi dell'area della prevenzione che va consolidato a livello del sistema regionale.

Azioni

Nel PSSR 2012 – 2014 sono anche indicate le azioni strategiche da realizzare per conseguire i risultati attesi che, di seguito, vengono riportate in funzione delle responsabilità dei diversi attori che compongono il sistema regionale:

- il Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali, unitamente all'Agenzia Regionale Sanitaria hanno il compito di:
 1. adeguare immediatamente ai contenuti della L.R. 17/2011 sia la DGR 54/04 contenente le linee guida organizzative dei Dipartimenti di Prevenzione che la DGR 866/04, riguardante la istituzione della Rete Epidemiologica Marchigiana,
 2. 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, anche in collaborazione con referenti tecnici provenienti dalle Aziende del SSR;
3. attuare le azioni di riorganizzazione e monitoraggio per lo sviluppo delle linee progettuali specifiche declinate nei successivi paragrafi, in collaborazione sia con le Aziende del SSR che con istituzioni esterne (es: ARPAM, IZS Marche Umbria, INAIL) o altri servizi regionali, attraverso i gruppi di progetto aggiornati della cabina di regia “prevenzione collettiva”.
- l’ASUR, principale azienda del SSR coinvolta nella gestione delle tematiche della prevenzione collettiva, ha il compito di:
 4. applicare le indicazioni contenute nell’atto regionale di adeguamento delle DGR 54/04 e 866/04, tenendo presente la necessità di mantenere la erogazione dei LEA, continuando ad agire nel territorio, vicino ai punti dove nascono i bisogni della popolazione;
 5. garantire la funzionalità del sistema informativo regionale per la prevenzione con la messa a regime di quello per la sanità pubblica, la prevenzione nei luoghi di lavoro, gli screening oncologici, la medicina dello sport e l’alimentazione del sistema informativo già presente per l’area della veterinaria e sicurezza alimentare;
 6. giungere in ciascuna Area Vasta, entro la durata di validità del presente Piano, al corretto utilizzo del 5% del Fondo Sanitario Regionale, destinato al macrolivello “prevenzione collettiva”

Indicatori di risultato

- approvazione degli atti regionali di modifica della DGR 54/04 e della DGR 866/04
- Avvio dei gruppi di lavoro della cabina di Regia “prevenzione collettiva” di cui al presente atto
- approvazione da parte dell’ASUR degli atti necessari ad applicare gli adeguamenti definiti con le modifiche della DGR 54/04
- raccolta dalle AA.VV. ASUR dei dati relativi ai debiti informativi regionali e ministeriali mediante l’utilizzo a regime del sistema informativo unico per la Sanità Pubblica, la Prevenzione luoghi di lavoro e Medicina dello Sport

Risultato atteso

- Nel periodo di valenza del PSSR 2012 -2014, la riorganizzazione della Rete della prevenzione deve associarsi al consolidamento delle finalità strategiche di tale macroarea, oggi così riassumibili:
 - organizzazione ed esecuzione delle attività di prevenzione collettiva, controllo e vigilanza e l’istruttoria tecnico sanitaria per le funzioni amministrative di competenza della Regione e degli enti locali, in coordinamento con le altre reti istituzionali specifiche;
 - gestione unitaria dei sistemi informativi regionali relativi allo stato di salute della popolazione umana ed animale, attraverso la funzione epidemiologica che ha valore strategico per tutto il sistema sanitario;
 - coordinamento ed il monitoraggio di programmi di prevenzione trasversali alle macroaree del SSR favorendo interventi di medicina di iniziativa e percorsi di prevenzione integrata tra le aree della prevenzione collettiva e la medicina rivolta al singolo cittadino/paziente;

- coordinamento e l'attuazione della informazione finalizzata alla "comunicazione dei rischi" per la salute ai cittadini, ai lavoratori, alle associazioni di rappresentanza, e agli enti locali;
- progettazione territoriale trasversale dei programmi di promozione della salute e della sicurezza della popolazione;
- potenziamento dei nodi territoriali della rete globale per la sorveglianza e la gestione delle emergenze in sanità pubblica e veterinaria anche in collaborazione con i sistemi di Protezione Civile.

Il raggiungimento di tali obiettivi strategici, migliorando tra l'altro la funzione di protezione verso il cittadino svolta dalla rete dei servizi territoriali della prevenzione, contribuirà a ridurre le necessità di utilizzo delle altre reti dei SS. SS. RR. con economie sui costi complessivi dell'assistenza

Obiettivo 2: attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010 -2012

Con DGR 1856/2010 è stato approvato il piano regionale della prevenzione 2010-2012 in attuazione dell'accordo Stato Regioni del 29.4.2010. Per le motivazioni riportate al paragrafo V.1 del PSSR 2012 – 2014, questo atto di programmazione in cui il concetto di prevenzione viene declinato in modo trasversale nelle 4 macroaree (medicina predittiva, prevenzione universale, prevenzione nelle classi di popolazione a rischio specifico, prevenzione delle recidive), assume un significato strategico nella evoluzione del SSR. Per tale motivo, è in corso l'approvazione di un nuovo accordo Stato – Regioni per la estensione, con modifiche, del PNP al triennio 2013 - 2015.

Azioni

- mantenimento di un alto e costante livello di interazione tra livelli regionali, aziendali e di area vasta previsto dall'attuale assetto organizzativo specifico (gruppo ristretto di coordinamento regionale, individuazione formale di un responsabile per ciascuna linea progettuale, sviluppo operativo tramite gruppi di professionisti provenienti dalle aziende del SSR);
- valorizzazione coerente e costante delle linee a maggior complessità di sistema (medicina predittiva, allattamento al seno, screening oncologici, screening pediatrici, applicativi di "guadagnare salute") nell'ambito della definizione dei budget aziendali;
- adeguamento della DGR 1856/10 al nuovo PNP triennale nei tempi e modi che verranno definiti in conferenza Stato – Regioni.

Risultato atteso

- nel periodo di valenza del PSSR 2012 -2014, la riorganizzazione della Rete della prevenzione deve associarsi al consolidamento delle finalità strategiche di tale macroarea, oggi così riassumibili:
 - organizzazione ed esecuzione delle attività di prevenzione collettiva, controllo e vigilanza e istruttoria tecnico sanitaria per le funzioni amministrative di competenza della Regione e degli enti locali, in coordinamento con le altre reti istituzionali specifiche;
 - gestione unitaria dei sistemi informativi regionali pertinenti lo stato di salute della popolazione umana ed animale, attraverso la funzione epidemiologica che ha valore strategico per tutto il sistema sanitario;

- coordinamento e monitoraggio di programmi di prevenzione trasversali alle macroaree dei SSR favorendo interventi di medicina di iniziativa e percorsi di prevenzione integrata tra le aree della prevenzione collettiva e la medicina rivolta al singolo cittadino/paziente;
- coordinamento e attuazione della informazione finalizzata alla “comunicazione dei rischi” per la salute ai cittadini, ai lavoratori, alle associazioni di rappresentanza, e agli enti locali;
- progettazione territoriale trasversale dei programmi di promozione della salute e della sicurezza della popolazione;
- potenziamento dei nodi territoriali della rete globale per la sorveglianza e la gestione delle emergenze in sanità pubblica e veterinaria anche in collaborazione con i sistemi di Protezione Civile.

Il raggiungimento di tali obiettivi strategici, migliorando tra l’altro la funzione di protezione verso il cittadino svolta dalla rete dei servizi territoriali della prevenzione, contribuirà a ridurre le necessità di utilizzo delle altre reti del SSR con economie sui costi complessivi dell’assistenza sanitaria, elemento di particolare rilevanza nella attuale fase di contingenza economico-finanziaria.

Indicatori di risultato

- Certificazione favorevole da parte del CCM del Ministero della Salute per gli anni di valenza del PRP.

Obiettivo 3: sanità pubblica e rapporto salute e ambiente

Con recentissimo atto d’intesa Stato – Regioni è stato approvato il nuovo piano nazionale vaccini con necessità di verifica dell’adeguamento della DGR 1662 del 22.11.10 e conseguente programma di attività sia di informazione dell’utenza che della organizzazione vaccinale.

Nel corso del 2011 è iniziata la sperimentazione per l’utilizzo del nuovo sistema di registrazione delle malattie infettive derivante dal progetto nazionale NSIS del Ministero della Salute in sostituzione del sistema SIMI dell’ISS; tale sistema informatizzato presenta ad oggi numerose criticità rispetto alla capacità di risposta ai debiti informativi previsti dalla normativa in vigore.

Nella regione Marche è assente un punto di riferimento collegato con la rete nazionale per la sorveglianza della malattie batteriche invasive. In diverse aree di intervento dei Dipartimenti di Prevenzione e dell’ARPAM l’operatività del sistema evidenzia criticità di coordinamento.

Azioni

- recepimento accordo Stato Regioni relativo al nuovo Piano Nazionale Vaccini con un impatto complessivo stimabile di Euro 250.000 del 2013 rispetto al 2012 determinato nuovo dal vaccino anti-pneumococcico per adulti;
- definizione, sulla base dei risultati della sperimentazione in corso del sistema informativo regionale per le malattie infettive;
- identificazione di un laboratorio, tra quelli esistenti, avente le caratteristiche previste dagli standard nazionali come centro di riferimento regionale;
- emanazione di atto di indirizzo e coordinamento regionale per la integrazione delle attività sul territorio e dei flussi informativi tra dipartimenti di Prevenzione ed ARPAM.

Risultato atteso

- miglioramento della copertura delle coperture vaccinali relative ai nuovi vaccini con offerta attiva;
- partecipazione del SSR alla rete nazionale per la sorveglianza delle malattie batteriche invasive
Messa a regime di un sistema informativo stabile per le malattie infettive;
- miglioramento dell'azione coordinata SSR – ARPAM per la gestione delle problematiche sanitarie di popolazione derivanti da rischi ambientali.

Indicatori di risultato

- Tasso regionale delle coperture vaccinali per pneumococco, meningococco ed HPV
- Formalizzazione regionale del sistema informativo da adottare per le malattie infettive
Formalizzazione del laboratorio di riferimento per l'adesione alla rete nazionale di sorveglianza delle malattie batteriche invasive
- Numero di procedure integrate ASUR – ARPA formalizzate

Obiettivo 4: tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Dal 2008 la Regione Marche ha attivato il comitato di coordinamento ex art. 7 del D.Lgs 81/08, istituzionalizzando poi anche le strutture, previste dal DPCM 21.12.2007, ad esso connesse quali:

- l'Ufficio Operativo regionale (dal 2009)
- gli Organismi Provinciali (dal 2010) che devono materialmente definire la operatività coordinata tra le varie istituzioni nei singoli territori provinciali (aree vaste per il SSR).

Queste ultime strutture, pur avviate in tutta la Regione, hanno necessità di un sistema informativo integrato che permetta lo scambio dei dati necessari alla programmazione ed alla verifica. Questo bisogno è peraltro il contenuto principale dell'atto di indirizzo in corso di approvazione da parte del Comitato Nazionale ex art. 5 del D.Lgs 81/08. Non ultimo, tale sistema informativo sarà necessario per l'implementazione da parte delle strutture operative marchigiane del SINP (sistema informativo nazionale per la prevenzione), previsto all'art. 8 del D.Lgs 81/08, gestito dall'INAIL, i cui contenuti sono stati approvati nel dicembre 2011 in sede di conferenza Stato Regioni.

Nell'ottobre 2011 è stato siglato il IV protocollo di intesa triennale Regione Marche – INAIL in materia di prevenzione nei luoghi di lavoro che, come consolidato per il sistema regionale integrato, definisce i programmi di azione più rilevanti condivisi anche attraverso il comitato di Coordinamento Regionale ex art. 7 del D.Lgs 81/08. Alcune azioni sono già state avviate o rappresentano il proseguimento di precedenti (sistema informativo, piano agricoltura, piano edilizia, progetto rischio movimenti ripetitivi) altre devono ancora avviarsi (in particolare: prevenzione incidenti stradali, piano regionale per la prevenzione dei tumori professionali, aggiornamento delle attività connesse con il rischio amianto, supporto alla rete dei medici competenti).

Azioni

- progettazione, realizzazione e messa a regime di un sistema informativo per la gestione istituzionale del comitato di coordinamento ex art. 7 del D.Lgs 81/08 e degli Organismi Provinciali in accordo con le istituzioni concorrenti;
- approvazione e realizzazione dei progetti attuativi del IV accordo di programma regione Marche – INAIL.

Risultato atteso

- miglioramento della capacità di azioni coordinate delle pubbliche amministrazioni per la prevenzione ed il controllo dei rischi in ambiente di lavoro;
- riduzione degli indici infortunistici nei comparti oggetto di intervento specifico ed emersione delle malattie professionali non segnalate con particolare riferimento alle neoplasie professionali.

Indicatori di risultato

- Messa a regime nel triennio di valenza del PSSR 2012 – 2014 dei seguenti prodotti:
 - notifica on – line delle notifiche preliminari cantieri edili;
 - inserimento on – line da parte delle aziende delle relazioni ex art. 9 L. 257/92 (smaltimento amianto);
 - banca dati interistituzionale delle prescrizioni conseguenti atti di vigilanza;
 - banca dati programmi di controllo delle pubbliche amministrazioni;
 - gestione comitato ex art. 7 e sito web del sistema regionale integrato per la prevenzione nei luoghi di lavoro.
- Verifica utilizzo fondi sanzioni ex art. 11 L.R. 42/2001 per attuazione programmi strategici di valenza regionale.

Obiettivo 5: potenziamento del sistema epidemiologico Regionale

A seguito della DGR 866/04 è stata costituita la Rete Epidemiologica Regionale che ha dimostrato progressivamente la grande utilità nella rilevazione dei bisogni della popolazione, dello stato di salute dei cittadini, della sorveglianza sugli stili di vita a rischio contribuendo a fornire sia i contenuti per la informazione e sensibilizzazione dei cittadini, sia gli elementi per una maggior appropriatezza della erogazione di servizi da parte del SSR. I bisogni crescenti di dati epidemiologici determinano necessità di consolidamento di tale area di lavoro. Attualmente nella Regione Marche sono in corso di attivazione il Registro Cause di Morte ed il Registro Regionale dei tumori, previsti da specifiche normative.

Azioni

- Aggiornamento della DGR 866/94
- Applicazione della L.R n.6 del 10/04/2012

Risultato atteso

- Riorganizzazione della Rete Epidemiologica Regionale all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione in Area Vasta
- Avvio e messa a regime del Registro Cause di Morte e del Registro Regionale dei tumori.

Indicatori di risultato

- Verifica, nell'ambito degli obiettivi di budget degli anni di valenza del PSSR, della realizzazione delle U.O. di Epidemiologia di Area Vasta nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione e definizione della dotazione di risorse umane necessarie
- Report derivanti dal funzionamento del registro Cause di morte e dal Registro Regionale tumori

Obiettivo 6: potenziamento delle rete per la promozione della salute

La realizzazione in corso, nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione di numerosi programmi che hanno come finalità la promozione di stili di vita sani e come strumento quello della comunicazione dei rischi alla popolazione o a parti di essa, ha reso ancor più evidente il bisogno di organizzare, nell'ambito del SSR, punti di riferimento per la promozione della salute che possano in parte svolgere attività diretta ed in parte fungere da supporto metodologico di secondo livello per le azioni trasversalmente realizzate da altre strutture.

Azioni

- Definizione, nell'ambito della modifica della DGR 54/04 delle modalità con cui strutturare in area vasta funzioni per la promozione della salute

Risultato atteso

- Miglioramento di efficacia della rete integrata regionale per la promozione della salute e la comunicazione del rischio

Indicatori di risultato

- Verifica, nell'ambito degli obiettivi di budget degli anni di valenza del PSSR, della realizzazione delle funzioni di promozione della salute di Area Vasta nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione e definizione della dotazione di risorse umane necessarie

Obiettivo 7: consolidamento dei rapporti tra le reti per la preparazione e la gestione delle emergenze in sanità pubblica e veterinaria

Nella nostra Regione è già attivo un sistema integrato finalizzato alla preparazione ed alla gestione delle emergenze in sanità pubblica veterinaria che ha dato prova di efficienza. Sulla base della esperienza maturata, è stata adeguata la organizzazione e composizione del Gruppo Operativo Regionale per le Emergenze Sanitarie (DPGR 60/2012) in relazione anche ai bisogni probabili come emergenti dalle valutazioni epidemiologiche internazionali (piani di comunicazione del rischio in fase emergenziale, emergenze legate a patologie da vettori)

Azioni

- Avvio della attività del nuovo "GORES"

Risultato atteso

- Miglioramento della capacità di gestione degli aspetti comunicativi in fase emergenziale

Indicatori di risultato

- Predisposizione schema di piano di comunicazione per le emergenze sanitarie da parte del nuovo GORES
- Verifica del funzionamento delle reti sanitarie e di protezione civile mediante esercitazioni

Veterinaria e sicurezza alimentare

Obiettivo 1: Adeguamento organizzativo e di mission della rete dei Dipartimenti di Prevenzione

Il contenuto è analogo a quello del precedente paragrafo.

Obiettivo 2: La sicurezza alimentare e la tutela della salute del consumatore

Il controllo ed ispezione nelle fasi di produzione, trasformazione, commercializzazione e somministrazione di tutti i comparti degli alimenti è obiettivo primario al fine di garantire la salute del consumatore secondo le indicazioni dei regolamenti europei. In questo contesto lo strumento di novità che deve essere implementato dall'Autorità Competente sia territoriale che regionale è quello rappresentato dall'attività di Audit.

Azioni

- funzionamento a regime dello specifico gruppo di lavoro della cabina di regia composto da professionisti della Regione, dell'ASUR, dell'IZS Umbria e Marche e dell'ARPAM.

Risultato atteso

- applicazione del piano integrato regionale per i controlli ufficiali dell'Autorità competente sulla sicurezza alimentare.

Indicatori di risultato

- monitoraggio annuale dell'applicazione del Piano Integrato Regionale;
- avvio degli audit dei servizi territoriali e valutazione dei risultati.

Obiettivo 3: Il benessere animale e la tutela della salute del cittadino

Il monitoraggio e la verifica dei requisiti di biosicurezza e benessere animale negli allevamenti zootecnici è richiesto da disposizioni comunitarie e nazionali così come la farmacovigilanza, il controllo e la vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi

Azioni

- adeguamento delle attività dei Servizi in base ai fabbisogni territoriali che si diversificano a seconda che ci si trovi in aree a forte presenza di allevamenti intensivi o in aree con presenza di allevamenti estensivi/biologici;
- formazione del personale del SSR su aspetti relativi sia all'evoluzione normativa e tecnologica sul benessere, la protezione e la biosicurezza degli animali da reddito nelle varie fasi di allevamento, trasporto e macellazione, che alle modalità della loro divulgazione sul territorio.

Risultato atteso

- applicazione completa dei piani regionali previsti per il controllo dell'alimentazione animale (PRAA), il controllo della presenza dei residui di trattamenti illeciti od impropri negli alimenti di origine animale (PRR), il controllo del benessere degli animali da reddito (PRBA);
- miglioramento della percezione del consumatore/cittadino riguardo la salvaguardia del benessere animale negli allevamenti zootecnici della regione con particolare riferimento agli effetti sulla salubrità dei prodotti alimentari di origine animale.

Indicatori di risultato

- categorizzazione del rischio degli impianti di produzione e distribuzione dei mangimi;
- svolgimento di Audit in ogni stabilimento di produzione di mangimi;
- svolgimento di eventi formativi per Area Vasta di cui almeno uno dedicato alla informazione del consumatore/cittadino.

Obiettivo 4: La sanità animale e la tutela della salute del cittadino

L'implementazione dei piani di profilassi, sorveglianza e vigilanza delle malattie infettive delle varie specie animali da reddito è prevista dalle normative nazionali e comunitarie, così come l'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.

Azioni

- adeguamento delle attività dei Servizi in base ai fabbisogni territoriali che si diversificano a seconda che ci si trovi in aree a forte urbanizzazione od in aree a tradizionale connotazione rurale;
- riorganizzazione in Area Vasta delle attività dei Piani di Profilassi, con la formalizzazione di specifici protocolli di attività.

Risultato atteso

- raggiungimento dei parametri nazionali necessari all'ottenimento della qualifica di territorio indenne da TBC Bovina nelle province di PU, AN, MC al fine di ottenere la qualifica di Regione Indenne;
- diminuzione del fenomeno del randagismo e dei casi di morsicatura canina.

Indicatori di risultato

- raggiungimento dei parametri nazionali necessari all'ottenimento della qualifica di territorio indenne da TBC Bovina nelle province di PU, AN, MC al fine di ottenere la qualifica di Regione Indenne da parte del Ministero della Salute;
- aumento della % dei cani di proprietà sul totale dei cani catturati dai Servizi;
- diminuzione della % dei casi di morsicatura sul totale dei cani iscritti in anagrafe.

Obiettivo 5: La sorveglianza e la prevenzione nutrizionale

Gli indicatori di sorveglianza nutrizionale della popolazione scolastica stanno evidenziando nell'ambito delle attività "Okkio alla salute" e HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) un eccesso di peso nella popolazione scolastica della regione Marche che richiede attenzione.

La sorveglianza sulla ristorazione collettiva è stata attuata fino ad oggi in modo non uniforme ed organico, per cui, in linea con le indicazioni nazionali, è necessario suddividerla per grossi filoni, quali la ristorazione scolastica, l'ospedaliera e quella assistenziale.

Azioni

- attività di comunicazione rivolta agli stakeholders, e conseguente attività di promozione della salute ai target interessati (genitori, alunni, insegnanti, etc);
- incontri informativi con i responsabili delle ristorazioni scolastiche, ospedaliere ed assistenziali.

Risultato atteso

- implementazione della conoscenza dei principi della corretta alimentazione in età scolare;
- applicazione della DGRM 1762/10 e delle linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed assistenziale (Intesa Stato Regioni e P.A. n. 246/CSR del 16 dicembre 2010).

Indicatori di risultato

- effettuare interventi di comunicazione in almeno il 15 % all'anno delle scuole primarie presenti in ogni Area Vasta;
- interventi informativo/educativi in almeno il 30% all'anno delle residenze sanitarie assistenziali e case per anziani presenti in ogni Area Vasta.

La rete dell'Assistenza ospedaliera

Vincoli ed obiettivi

L'emanazione del DL 95/2012, convertito con modifiche nella Legge 7 agosto 2012, n.135, ha introdotto nuovi parametri per la determinazione dei posti letto, fornendo anche la modalità con la quale devono essere raggiunti tali valori. Il tasso di posti letto per mille abitanti, fissato dal Patto per la Salute 2010-2012 nel limite del 4 per mille di cui 3,3 destinato agli acuti, è stato portato al 3,7 per mille abitanti, "nel rispetto della riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio": tale valore deve essere raggiunto esclusivamente sopprimendo unità operative complesse, con contestuale riduzione della dotazione organica. L'adeguamento al nuovo parametro comporta, per la Regione Marche, la soppressione di ulteriori 310 posti letto per acuti, che si aggiungono ai 159 previsti dalla DGR 1137/2012.

Le azioni previste dalla DGR 528/2012 devono essere pertanto allineate ai nuovi parametri, rafforzandole in particolare per quanto riguarda la riduzione della frammentazione della rete ospedaliera: il più incisivo intervento sul numero dei posti letto, agendo tramite soppressione delle unità operative complesse, comporta la riduzione di unità operative duplicate in ambito regionale. L'ambito territoriale va ricercato per bacini omogenei orografici, tenendo comunque nel dovuto conto le aree di confine tra singoli bacini. La maggiore incisività della manovra conduce ad una maggiore riduzione di posti letto per acuti e, incidendo sulla soppressione di unità operative complesse, coinvolge direttamente anche gli ospedali principali (ex rete), nonché ad agire con decisione sui piccoli ospedali (ex polo) ai fini di ridurre la frammentazione della rete ospedaliera.

Obiettivo 1: riduzione della frammentazione della rete ospedaliera

La Regione Marche, che dai documenti ufficiali del Ministero della Salute risulta essere la penultima in Italia in quanto a frammentazione della rete ospedaliera, ha attive 33 strutture pubbliche, con una dotazione media di posti letto di 166 per struttura (media nazionale 315).

In attesa di portare a termine il processo di progettazione e costruzione di nuovi ospedali che accorpino strutture esistenti, consentendo così di ridurre il numero, è necessario adottare provvedimenti che siano propedeutici all'accorpamento strutturale.

Risultati attesi

- semplificazione della rete ospedaliera con riduzione della frammentazione ospedaliera;
- riduzione dei posti letto per acuti fino al 3 per mille abitanti;
- allineamento dei posti letto di post acuzie/lungodegenza e riabilitazione fino allo 0,7 per mille abitanti;
- ricollocazione delle risorse umane;
- tasso di ospedalizzazione di ricoveri ordinari per acuti al di sotto del valore registrato nel 2009 (116,7 ricoveri per mille abitanti);

- tasso di ospedalizzazione di ricoveri a ciclo diurno non inferiore al 40% del tasso di occupazione totale registrato.

Azioni

- progettazione ed avvio lavori per i nuovi Ospedali previsti dalla Pianificazione regionale;
- eliminazione delle duplicazioni delle UU.OO. complesse tramite soppressione con contestuale razionalizzazione a livello di Area Vasta geograficamente intesa;
- attuazione della DGR 1370/2011 relativa ai 107 DRG potenzialmente inappropriati di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012;
- trasferimento al regime ambulatoriale delle prestazioni di cui all'allegato A del Patto per la Salute 2010-2012.

Indicatori di risultato

- posti letto per acuti per 1.000 abitanti in Regione ed in Area Vasta geograficamente intesa;
- posti letto di post acuzie/lungodegenza e riabilitazione per 1.000 abitanti in Regione ed in Area Vasta geograficamente intesa;
- tasso di ospedalizzazione in Regione ed in Area Vasta;
- numero dei ricoveri ordinari per DRG potenzialmente inappropriati;
- volume di attività di chirurgia ambulatoriale per le prestazioni di cui all'allegato A del Patto per la Salute 2010-2012.

Obiettivo 2: soppressione delle unità operative complesse e organizzazione per intensità di cura

La soppressione delle unità operative complesse (UOC) quale metodo per la riduzione del tasso di posti letto per mille abitanti è disposta dal DL 95/2012. L'applicazione della norma deve essere effettuata tenendo conto di alcuni parametri, derivanti dall'analisi per singola unità operativa complessa, inserita in "rete clinica", dei dati disponibili nel 2011, utilizzando poi criteri oggettivi che conducano alla soppressione delle unità operative complesse senza incidere sull'erogazione efficace ed efficiente dei servizi sanitari nei bacini omogenei.

La riduzione delle UOC deve condurre a programmare l'assistenza per **intensità di cura**.

Per intensità di cura si intende la differenziazione tra strutture in funzione della tipologia e della complessità di prestazioni e servizi da erogare ai pazienti. Infatti l'attribuzione a ciascuna struttura sanitaria di funzioni compatibili con il livello di complessità della struttura stessa è uno degli elementi fondamentali per una corretta e qualitativa erogazione delle prestazioni sanitarie. La graduazione delle attività è coerente con i diversi bisogni sanitari che fanno capo ad ogni singola disciplina: a puro titolo di esempio, l'attività ortopedica può avere un profilo ambulatoriale anche di tipo chirurgico (ad es. liberazione del tunnel carpale), un profilo traumatologico con o senza utilizzo di sala operatoria (i diversi trattamenti delle fratture ossee), attività operatoria programmata (dall'artroscopia terapeutica alla protesica delle articolazioni maggiori), attività di trauma center: mentre è del tutto evidente che il trauma center può essere previsto solo in un numero ridotto di

strutture (per le interrelazioni tra diverse discipline di alta specialità) e l'attività operatoria deve essere eseguita in strutture che garantiscano la totale capacità assistenziale, le attività di tipo ambulatoriale possono essere diffuse, utilizzando tutte le strutture idonee, con il coinvolgimento di un'unica équipe medica che possa agire nelle strutture individuate. Tale scelta consente di assicurare le prestazioni specialistiche nel rispetto della sicurezza e riducendo i disagi dei cittadini.

Risultati attesi

- semplificazione della rete ospedaliera;
- riduzione dei posti letto per acuti fino al 3 per mille abitanti;
- riduzione del numero di incarichi di struttura complessa e di struttura semplice;
- riduzione della dotazione organica (dirigenza e comparto);
- riduzione del costo del personale.

Azioni

- verifiche strutturali e funzionali delle unità operative per singola disciplina ("rete clinica") attraverso il seguente percorso:
 - o individuazione per ciascuna "rete clinica" delle UO complesse dei risultati relativi a:
 - numero di posti letto
 - tasso di occupazione dei posti letto
 - casi trattati
 - indice di case mix
 - indice di performance
 - % di casi potenzialmente inappropriati
 - % dei DRG medici dimessi dai reparti chirurgici;
 - % di ricoveri ripetuti per lo stesso DRG;
 - o valutazione dei bacini di popolazione;
- soppressione delle UO complesse di ciascuna "rete clinica" con i dati peggiori, con salvaguardia dei bacini omogenei;
- rideterminazione della dotazione organica;
- ricollocazione del personale a tempo indeterminato nelle strutture carenti, con contestuale cessazione di tutto il personale a tempo determinato;
- blocco delle assunzioni, per singola "rete clinica", in tutte gli Enti del SSR fino al completo riassorbimento delle eventuali figure in sovrannumero (in particolare del personale dirigente);
- definizione delle attività cliniche, in logica di rete di intensità di cura (da ambulatoriale a ricovero ordinario) per ciascuna "rete clinica", con divieto di individuazione di posti letto dedicati alle singole discipline nelle strutture soggette a soppressione di UO complesse;
- definizione di moduli minimi di assistenza;
- riorganizzazione interna degli Ospedali per intensità di assistenza.

Indicatori di risultato

- tasso di occupazione dei posti letto;

- indice di rotazione dei posti letto;
- intervallo di turn over dei posti letto;
- degenza media (con calcolo dell'indice di performance);
- peso medio dei DRG (con valutazione della complessità tramite indice di case mix);
- tasso di fuga;
- costo del personale per posto letto, suddiviso per medici, infermieri, altro e totale.

Obiettivo 3: riconversione delle piccole strutture

Attualmente sono presenti nel territorio regionale 15 poli ospedalieri di cui 10 con posti letto totali compresi tra 20 e 50 e 5 compresi tra 57 e 71 posti letto totali. L'azione di riduzione della frammentazione comporta quindi che tali strutture, previa soppressione delle UOC dedicate all'assistenza per acuti, possano essere oggetto di riconversione, anche per la necessità di adeguarsi allo standard previsto dei posti letto ospedalieri e residenziali.

In tale contesto le strutture, con esclusione delle strutture di Pergola ed Amandola che mantengono anche funzioni per acuti, in funzione della collocazione geografica, della viabilità, della organizzazione interna, saranno riconvertite in parte ovvero quasi totalmente, con servizi di tipo territoriale/residenziale e specialistico ambulatoriale. In questo modo, lo sviluppo di attività e servizi territoriali/residenziali potrà avvenire senza ricorrere alla acquisizione di nuove strutture.

Tale obiettivo può essere raggiunto anche attraverso l'azione di soppressione delle UO di Laboratorio analisi e di Diagnostica per Immagini in tutti gli ospedali ex di polo, la trasformazione di alcuni dei PPI ospedalieri in strutture territoriali dedicate all'assistenza dei codici verdi e bianchi, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2011. Le strutture, almeno una per Area vasta, devono essere riconvertite in strutture sanitarie extraospedaliere per il trattamento del paziente sub-acuto. Tutte le altre strutture, con l'eccezione di quelle di Amandola e di Pergola, devono essere riconvertite da strutture per acuti a strutture per post acuti. La razionalizzazione in Area Vasta geograficamente intesa delle reti cliniche, con i criteri dell'obiettivo 2, contribuisce alla riduzione dei posti letto (soppressione di UOC).

Risultati attesi

- riconversione di almeno una struttura per Area Vasta esclusa l'AV5, in attività di supporto territoriale/residenziale extraospedaliero;
- semplificazione della rete ospedaliera;
- redistribuzione dei posti letto tra acuti, post-acuti e di riabilitazione;
- ricollocazione delle risorse umane;
- potenziamento delle attività territoriali/residenziali.

Azioni

- trasformazione di posti letto per acuti in posti letto di post acuzie/lungodegenza e riabilitazione;

- utilizzazione delle strutture in riconversione come sedi di strutture sanitarie per sub-acuti, Casa della Salute con realizzazione di presidi H24;
- mantenimento/potenziamento di attività ambulatoriale specialistica;
- trasformazione di posti letto ospedalieri in sanitari extraospedalieri e socio-sanitari.

Indicatori di risultato

- posti letto per acuti per 1.000 abitanti in Regione ed in Area Vasta geograficamente intesa;
- posti letto di post acuzie/lungodegenza e riabilitazione per 1.000 abitanti in Regione ed in Area Vasta;
- posti letto di residenzialità per 1.000 abitanti;
- ore settimanali di attività specialistica per struttura.

Obiettivo 4: le aree di degenza per intensità di assistenza

L'allineamento dei posti letto agli standard indicati nel Patto per la Salute 2010-2012 condurrà ad una riduzione dei posti letto per acuti con un contemporaneo incremento dei posti letto di post-acuzie/lungodegenza e riabilitazione. Non è accettabile, dal punto di vista organizzativo, che siano mantenute Unità operative di degenza con meno di 20 posti letto, con la sola esclusione delle terapie intensive per le quali però il numero minimo non dovrebbe essere inferiore a 6 posti letto: in entrambi i casi la dotazione minima è collegata all'uso efficiente di personale infermieristico in quanto per unità di posti letto inferiori vi sarebbe un sovradimensionamento di assistenza. L'organizzazione delle aree di degenza per intensità di assistenza consente la maggiore flessibilità possibile per l'utilizzazione dei posti letto. Tenendo presente la classificazione prevista dal Manuale di Autorizzazione vigente per l'assistenza si possono individuare aree a bassa, media ed elevata assistenza, non più basata sulla disciplina di appartenenza, ma sulla complessità del paziente in rapporto sia alla patologia acuta, sia a patologie preesistenti, sia all'età.

Risultati attesi

- nuova organizzazione interna degli ospedali;
- riduzione complessiva del fabbisogno di operatori per efficientamento del modello assistenziale;
- riduzione del costo del personale per la macrofunzione ospedaliera.

Azioni

- predisposizione di linee di indirizzo regionali per l'assistenza per intensità di assistenza;
- attivazione delle aree di degenza per intensità di assistenza;
- definizione provvisoria di aree di degenza formate da 20 posti letto;
- assegnazione del personale infermieristico ed OSS alle singole aree di degenza;
- censimento delle risorse umane utilizzate;
- riorientamento delle risorse mediche in rapporto alla nuova organizzazione.

Indicatori di risultato

- posti letto per unità di degenza;
- n. posti letto per operatore;
- tasso di utilizzo per singola area di degenza non inferiore a 75%;
- costo personale ospedaliero per posto letto.

Obiettivo 5: Attivazione di strutture per l'assistenza al paziente sub acuto

Un problema della sanità pubblica è rappresentato dal progressivo invecchiamento della popolazione con aumento dell'area delle "fragilità" e delle "cronicità". Ciò porta a spostare l'attenzione su modelli assistenziali che non sono uguali a quelli che nei decenni scorsi abbiamo perseguito. In particolare si è venuta a delineare una diversa tipologia di pazienti per i quali le cure domiciliari non assicurano l'assistenza necessaria alla tutela della salute, ma nel contempo un ricovero ospedaliero in reparto per acuti rappresenta inappropriata assistenza. A puro titolo esemplificativo si veda nel documento ministeriale sopracitato l'andamento dei ricoveri per pazienti con scompenso cardiaco: nella Regione Marche, a fronte di un valore medio nazionale di circa 336 ricoveri ospedalieri su 100.000 abitanti, se ne registrano ben 452; il ricovero ordinario ospedaliero, ancorché non rientrante nell'elenco di cui all'Allegato B del Patto per la Salute 2010-2012, è ritenuto un "errore" del sistema dell'assistenza territoriale. Appare evidente la necessità o di potenziare l'assistenza domiciliare, che in molti di questi pazienti non può garantire un monitoraggio continuo, ovvero di collocare i pazienti in strutture a basso livello assistenziale, dove può però essere consentito un maggior controllo anche nella somministrazione terapeutica. Si tratta quindi di pazienti che hanno bisogno di qualificata assistenza sanitaria, non necessariamente continuativa e soprattutto non medica (se non come normale controllo di un paziente cronico domiciliare).

Questo tipo di pazienti, che possiamo definire "sub-acuti" in quanto caratterizzati da patologie ad andamento cronico con episodi di riacutizzazione, non sono facilmente gestibili a domicilio anche per difficoltà nella compliance farmacologica, ma potrebbero generare un ricovero "evitabile" in quanto hanno bisogno solo di pochi esami strumentali e di laboratorio, eseguibili ambulatorialmente e di controllo nell'esecuzione della terapia.

Risultato atteso

- riduzione dei ricoveri ospedalieri per acuti.

Azioni

- attivazione a livello di ciascuna Area Vasta geograficamente intesa di posti letto sanitari pubblici extraospedalieri per l'assistenza di pazienti classificabili come sub-acuti.

Indicatori di risultato

- tasso ricoveri per scompenso cardiaco per 100.000 abitanti < 2011;
- tasso ricoveri per BPCO per 100.000 abitanti < 2011;
- tasso ricoveri per diabete per 100.000 abitanti < 2011;
- tasso ricoveri per asma per 100.000 abitanti < 2011.

La rete dell'Emergenza - urgenza

Vincoli e obiettivi

La semplificazione della rete ospedaliera non deve incidere sui livelli di assistenza, o quantomeno non deve far supporre ai cittadini che sia in atto una riduzione di assistenza sanitaria.

Le azioni collegate alla riorganizzazione ospedaliera devono assicurare da un lato il mantenimento di quelle attività orientate a soddisfare i bisogni della cronicità/fragilità, ma contemporaneamente devono assicurare che la risposta alle situazioni di emergenza e di urgenza sia immediata e, soprattutto, efficace.

Il trasferimento delle piccole strutture dalla rete ospedaliera a quella territoriale deve avvenire in continuità di assistenza, nella logica dell'intensità di cura, in modo da assicurare la corretta risposta ai bisogni sanitari, garantendo la presenza medica nelle 24 ore (Presidi territoriali h24) cui compete sia l'assistenza continuativa, sia la risposta alle richieste caratterizzate da codici verdi e bianchi, sia la prima valutazione dell'emergenza, con immediato avvio al Pronto Soccorso/DEA di riferimento territoriale, tramite trasporto protetto con mezzi idonei e personale dedicato.

In tale ottica, anche attraverso la revisione della Legge regionale 36/1998, devono essere attentamente valutate le azioni da attuare tenendo conto sia della rete dei trasporti in emergenza-urgenza (Potes ed elisoccorso), sia della risposta alle emergenze ed urgenze con particolare attenzione ai compiti da far svolgere ai Punti di Primo Intervento (PPI), ai Pronto Soccorso (PS), ai Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) di 1° livello.

Analogamente sono da attivare o potenziare le integrazioni tra la CO 118 e la continuità assistenziale, anche al fine di individuare al momento della chiamata il setting assistenziale idoneo allo specifico caso.

Il monitoraggio costante del servizio di emergenza-urgenza deve consentire di effettuare tempestivamente le opportune modifiche al modello assistenziale, al fine di prevenire possibili rischi alla popolazione ovvero mantenere livelli assistenziali esuberanti rispetto alla domanda, garantendo comunque la tempestività nei casi di emergenza.

Nell'ambito del sistema di soccorso regionale va posta particolare attenzione all'organizzazione dei trasporti effettuati non in regime di emergenza urgenza. Va inoltre messa sotto il necessario controllo l'appropriatezza nella richiesta e nella prescrizione dei trasporti sia di natura prevalentemente sanitaria che non prevalentemente sanitaria, così come stabilito dalla DGR 292/12.

Obiettivo 1: riorganizzazione della rete territoriale

La riorganizzazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza va attuata contestualmente, se possibile anticipatamente, alla riconversione ospedaliera al fine di mantenere la continuità assistenziale, qualificandola rispetto alla situazione esistente.

L'obiettivo primario è delineare un'organizzazione che contribuisca a migliorare il percorso dei sei principali processi assistenziali in emergenza (trauma grave, arresto cardiaco, infarto miocardico,

ictus, insufficienza respiratoria, emergenza materno infantile), intervenendo tempestivamente con idonei mezzi e personale addestrato.

Obiettivo correlato, di uguale importanza, è assicurare l'omogenea attività delle Centrali Operative, cui compete la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento ma spetta anche il compito di gestire i trasporti secondari, in particolare nei casi che inappropriatamente sono pervenuti nelle strutture riconvertite, utilizzando se necessario anche la via aerea tramite eliambulanza.

La definizione delle sedi di Potes dovrà tenere conto anche della collocazione geografica, della viabilità, della densità abitativa, della distanza dai DEA, dalla disponibilità di una elisuperficie, dotando le singole Potes di mezzi e di equipaggi idonei. Al fine di migliorare l'integrazione della gestione dell'emergenza ospedaliera e territoriale, è opportuno prevedere l'inquadramento nei ruoli della dipendenza del personale delle Potes che ne ha titolo, anche al fine di contribuire all'erogazione delle prestazioni nelle strutture sanitarie di sosta/attesa delle Potes.

Risultati attesi

- 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;
- migliorare la gestione dei trasporti secondari, anche tramite il corretto utilizzo delle Associazioni di volontariato.

Azioni

- riorganizzazione delle POTES con riclassificazione e riposizionamento;
- riorganizzazione dei punti di continuità assistenziale e riposizionamento;
- monitoraggio delle attività in rapporto alla popolazione;
- monitoraggio dei tempi di intervento in rapporto al territorio;
- monitoraggio degli interventi aerei in eliambulanza;
- stesura protocolli per i trasporti secondari con vincolo di utilizzo mezzi propri/in convenzione;
- monitoraggio dei trasporti secondari;
- formazione continua del personale sanitario dell'urgenza-emergenza;
- qualificazione del volontariato.

Indicatori di risultato

- n. interventi per 1.000 abitanti;

- n. interventi per codice gravità, rilevata tramite conferma al termine dell'intervento;
- scostamento percentuale dei tempi di soccorso rispetto ai tempi standard;
- n. di interventi secondari per ciascuna Centrale Operativa;
- n. interventi, suddivisi in primari e secondari, per ciascuna base di elisoccorso;
- n. corsi effettuati per 25 operatori;
- n. corsi effettuati per 25 volontari.

Obiettivo 2: revisione Punti di Primo Intervento (PPI)

Le rete dell'emergenza e dell'urgenza può avvalersi anche della presenza di Punti di Primo Intervento, seppur in via residuale.

La presenza di un PPI non giustifica il trattamento "esaustivo" del paziente con codice rosso o giallo, ma è richiesta la sua stabilizzazione (eventuale) rispetto ai parametri vitali ovvero altre attività per la "messa in sicurezza" del paziente che dovrà essere immediatamente trasferito.

Il numero di PPI è in rapporto ad un bacino d'utenza che non è necessariamente legato ai confini dell'Area Vasta; organizzativamente fa riferimento al Pronto Soccorso (sia DEA o meno) più vicino; la localizzazione va di norma prevista in una struttura ospedaliera in riconversione.

Risultati attesi

- ridurre il numero di PPI sulla base dell'appropriatezza del loro utilizzo;
- ridurre il numero degli accessi impropri annui ai PPI;
- migliorare le modalità di trasferimento alle strutture ospedaliere di riferimento.

Azioni

- definire gli ambiti di territorialità e di operatività dei PPI e il numero di PPI;
- predisporre protocolli operativi per la gestione ed il trasferimento di pazienti;
- potenziare le capacità di trasferimento dei pazienti acuti che si sono autopresentati al PPI;
- predisposizione atto regionale per contribuzione aggiuntiva per ciascuna tipologia di prestazione eseguita in PPI/PS entro un tetto predefinito.

Indicatori di risultato

- n. accessi annui/PPI per codice;
- n. pazienti trasferiti dal PPI al DEA di riferimento;
- % decessi PPI o durante trasferimento/ totale accessi al PPI < % decessi PPI o durante trasferimento dell'anno precedente/ totale accessi PPI;
- n. utenti trattati.

Obiettivo 3: ridefinizione Rete dei Pronto Soccorso e DEA

L'individuazione dell'Area Vasta quale punto di riferimento per il soddisfacimento della maggior parte dei bisogni sanitari individuati nel territorio di pertinenza consente di superare l'attuale logica di strutture dotate di funzioni di DEA di I livello, senza averne le caratteristiche proprie.

La riorganizzazione dovrà tenere conto anche di quanto sarà effettuato in materia di delocalizzazione dell'attività per codici bianchi e, in alcuni casi, verdi che consentiranno al sistema PS/DEA di assistere solo i pazienti che necessitano di prestazioni di urgenza o di emergenza. Di norma, nelle sedi con PS, il dipartimento dell'emergenza-urgenza si fa carico del trattamento delle emergenze ed urgenze interne dei presidi; le eventuali istituzioni di guardie per le diverse discipline saranno attivate considerando la complessità del presidio e comunque in coerenza con il budget.

I Pronto Soccorso ed i DEA devono costituire una rete dell'emergenza di livello regionale, con l'individuazione di un DEA di II livello che per il momento è individuato unicamente nell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona. Per favorire i collegamenti dovranno essere proceduralizzati i trasferimenti dalla periferia al centro (PS=> DEA I livello=> DEA II livello) e viceversa, utilizzando se necessario anche il trasporto aereo (eliambulanza).

Nell'ambito della definizione dei compiti sarà necessario individuare, uno per singola Area Vasta, un Pronto Soccorso pediatrico che possa rispondere alle situazioni di urgenza che si verificano in età pediatrica organizzato con le risorse utilizzate per l'OBI pediatrica.

Risultati attesi

- riorganizzare le Cure Primarie garantendo accessibilità, appropriatezza e sicurezza dell'assistenza territoriale;
- ridurre i tempi della diagnostica all'interno dei PS/DEA;
- 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;
- migliorare la definizione della rete dell'emergenza pediatrica potenziandone la fase di trasporto in urgenza/emergenza.

Azioni

- individuazione dei Pronto Soccorso e dei DEA di I livello;
- attivazione e definizione di posti letto di OBI/Medicina d'Urgenza (MURG);
- predisposizione di protocolli per le principali condizioni di emergenza;
- predisposizione di protocolli interni per la gestione delle urgenze e delle emergenze;
- predisposizione di protocolli per il trasferimento di pazienti;

- individuazione dei Pronto Soccorso pediatrici.

Indicatori di risultato

- percentuale di codici rossi, gialli, verdi e bianchi sugli accessi (tendenziale aumento delle percentuali di codici gialli e rossi, con riduzione complessiva del numero di accessi);
- istituzione MURG di almeno 6 pl;
- tasso utilizzo posti letto OBI > 85%;
- tasso utilizzo posti letto MURG > 80%;
- n. pazienti annui/posto letto di OBI;
- aumento ricavi per applicazione atto regionale;
- diminuzione di accessi impropri al PS.

Obiettivo 4: attivazione della Centrale di Coordinamento (CCT) (ai sensi della DGR 292/12)

Così come disposto dalla DGR 292/12 “L.R. 36/1998 modificata dalla L.R. 11 aprile 2011 n. 6 - Criteri per l’espletamento delle procedure di trasporto sanitario”, l’organizzazione dei trasporti di pazienti che per loro condizioni cliniche e per le procedure assistenziali cui debbono sottoporsi necessitano dell’assistenza in itinere di personale sanitario o altro personale – anche volontario – adeguatamente formato è effettuata da una apposita centrale di coordinamento (CCT) istituita nell’ambito delle CO 118, onde utilizzare in modo integrato le risorse di personale e tecnologiche adibite all’organizzazione dei trasporti sanitari.

Anche i trasporti non prevalentemente sanitari di cui all’art. 1, i cui oneri fanno carico al SSR, sono gestiti dalla CCT istituita nell’ambito della CO 118.

La CCT deve assicurare anche il coordinamento dei trasporti non in regime di emergenza/urgenza.

Il funzionamento della CCT, laddove è utilizzata da più Enti del SSR, è regolato da appositi protocolli operativi concordati ed approvati dagli Enti interessati.

La CCT deve garantire:

- la ricezione di tutte le richieste di trasporto relative ai propri assistiti residenti nell’ambito territoriale interessato;
- il controllo/sindacato sull’appropriatezza delle richieste pervenute;
- l’assegnazione dei servizi curando l’ottimizzazione dei tempi e dei percorsi fra le ambulanze disponibili e le strutture erogatrici e l’efficienza in termini di economicità a parità di servizio svolto. In particolare dovrà essere curato, per quanto possibile, l’accorpamento di trasporti plurimi con lo stesso mezzo e la limitazione delle "corse a vuoto" dei mezzi (percorsi di andata o ritorno senza paziente a bordo);
- l’eventuale modifica dei servizi assegnati nel caso insorgano necessità impreviste;

- il supporto al personale addetto al trasporto ed ai soggetti trasportati in caso di problemi tecnici insorti durante l'esecuzione del servizio;
- la verifica dell'adeguatezza - anche tramite l'attivazione degli organi ispettivi delle AV - delle modalità di svolgimento e l'acquisizione della documentazione probatoria circa la effettuazione del servizio;
- l'implementazione del tracciato "file G" e dell'eventuale debito informativo aggiuntivo;
- l'attestazione di appropriata e regolare esecuzione dei servizi.
- trasporti secondari da PPI/PS/Unità operative

I protocolli operativi della CCT devono prevedere modalità di verifica e controllo, di norma preventivo, riguardo alla appropriatezza delle richieste di trasporto sanitario ricevute.

Risultati attesi

- attivazione delle CCT nelle 4 AAVV in cui insistono le CO 118.

Azioni

- nelle aree in cui insistono ASUR, Azienda ospedaliera ed INRCA, sottoscrizione da parte delle Direzioni di accordi interaziendali che definiscono le modalità di organizzazione, integrazione e funzionamento delle singole CCT;
- attivazione di 4 CCT.

Indicatori di risultato

- accordi interaziendali sottoscritti da parte delle direzioni
- determina, da parte delle Aziende interessate, di attivazione della CCT contenente le modalità di organizzazione, integrazione e funzionamento, nonché le risorse messe a disposizione e la relativa tempistica entro 30 giorni dall'adozione del presente atto.

La rete Territoriale

Vincoli ed obiettivi

Richiamati i principi e le finalità di cui al capitolo Processi sanitari e socio-sanitari, si dà atto che il DL.95/2012, seppur non prevedendo misure dirette sul sistema organizzativo territoriale, determina indirettamente la necessità di velocizzare le azioni previste dalla DGR 528/2012 per effetto delle manovre strutturali disposte per la rete ospedaliera. Infatti, è prevedibile che l'ulteriore riduzione operata sui posti letto del livello ospedaliero determini in maniera maggiormente pressante la necessità di sviluppo del sistema territoriale di assistenza, con particolare riferimento ai posti letto residenziali e all'Assistenza Domiciliare Integrata.

Diventa altresì strategica l'attivazione delle Case della Salute/Presidi h24, in quanto oltreché rappresentare un coerente target organizzativo in funzione della riorganizzazione dell'emergenza territoriale e dello sviluppo dell'assistenza residenziale, mette in condizione il sistema della Medicina Generale di esercitare il governo delle Cure Primarie attraverso la strutturazione di un sistema funzionale in grado di garantire un'efficace presa in carico sulle problematiche di maggiore impatto epidemiologico.

- Posti letto residenziali

Come evidenziato in precedenza, nella parte dedicata all'assistenza ospedaliera, è necessario procedere alla riconversione delle piccole strutture ospedaliere in Case della Salute e presidi territoriali H24. Questo processo di riconversione rappresenta l'opportunità di implementare posti letto per l'area della sub-acuzie e della residenzialità destinati ad accogliere il prevedibile slittamento di domanda verso livelli assistenziali a minor costo e a maggiore appropriatezza gestionale e dovrà essere governato in contestualità applicativa con le misure di riduzione dei posti letto ospedalieri.

- Assistenza Domiciliare Integrata

La razionalizzazione dell'offerta ospedaliera, oltreché determinare la necessità di implementazione dei posti letto extraospedalieri, non può essere disgiunta dal processo di sviluppo omogeneo del livello di assistenza domiciliare, in funzione del verosimile incremento delle "dimissioni protette". Pertanto, anche in questo caso, l'elemento critico da governare è la contestualità applicativa con le misure di riduzione dei posti letto ospedalieri.

Y

ll

Obiettivo 1: Superamento OPG: Attivazione sezione di osservazione psichiatrica in almeno un Istituto Penitenziario della Regione

L'obiettivo è obbligato in quanto discendente dall'Accordo Stato Regioni 13/10/2011. La complessità è determinata dalla necessità di giungere ad un accordo con l'Amministrazione Penitenziaria che deve mettere a disposizione adeguati locali. Al fine di evitare l'aumento dei costi a carico del Sistema Sanitario Regionale il servizio sarà gestito con il personale attualmente dedicato al DSM di Ascoli Piceno AV 5 ed alla struttura penitenziaria. Non si prevedono investimenti per l'adeguamento dei locali.

Azioni

- definizione modello organizzativo-funzionale.
- definizione Accordo con Amministrazione Penitenziaria.

Risultato atteso

- attivazione della sezione all'interno dell'Istituto Penitenziario individuato.

Indicatori di risultato

- adozione DGR di approvazione dell'Accordo con l'Amministrazione Penitenziaria e del modello organizzativo;
- dichiarazione di inizio operatività.

Obiettivo 2: Superamento OPG: Legge n.9 del 17/02/2012. Chiusura OPG e realizzazione della struttura regionale per le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG

L'obiettivo non solo è obbligato, ma la Legge prevede il potere sostitutivo del Governo in caso di mancato rispetto. L'obiettivo è molto complesso in quanto i tempi sono molto ristretti (01/02/2013 per la chiusura degli OPG e 31/03/2013 per l'attivazione delle strutture regionali).

Azioni

- definizione modello organizzativo-funzionale;
- attivazione iter per finanziamenti nazionali e progettazione.

Risultato atteso

- attivazione della struttura regionale.

Indicatori di risultato

- definizione del documento sul modello organizzativo-funzionale;
- procedure di accesso ai finanziamenti nazionale e progettazione;
- attivazione della struttura.

Obiettivo 3: Superamento OPG: Presa in carico soggetti dichiarati dimissibili dall'OPG di Reggio Emilia

L'accelerazione alla chiusura degli OPG determinata dall'Accordo Stato Regioni del 13/10/2011 e dalla L.9 del 17/02/2012, impone la necessità di avviare sollecitamente la presa in carico da parte dei competenti DSM dei soggetti dimissibili.

Azioni

- coordinamento tecnico con l'OPG di Reggio Emilia per la programmazione delle dimissioni. (Referente nominato dal DG ASUR);
- presa in carico dei soggetti da parte dei DSM di competenza.

Risultato atteso

- presa in carico dei soggetti dimissibili da parte dell'ASUR, attraverso i competenti DSM.

Indicatori di risultato

- numero soggetti presi in carico/Numero soggetti dimissibili.

Obiettivo 4: Piano di azione regionale per la Salute Mentale

La prossima approvazione del Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale dovrà essere seguita dalla elaborazione del relativo Piano Regionale. Nel contempo è necessario proseguire nel percorso di riequilibrio delle attività di salute mentale avviato con DGR 857/09 ed integrato dalla DGR 1150/11 e del loro potenziamento utilizzando nel 2013 le risorse che si renderanno disponibili nel 2012, entro i limiti stabiliti dalla DGRM 1750/2011

Azioni

- individuazione degli interventi di riequilibrio territoriale;
- formazione Gruppo di Lavoro Regionale;
- pianificazione operatività per elaborazione piano regionale.

Risultato atteso

- riequilibrio territoriale delle attività di salute mentale;
- elaborazione ed implementazione del Piano di Azione Regionale.

Indicatori di risultato

- implementazione degli interventi di riequilibrio territoriale;
- definizione del Piano di Azione Regionale;
- indicatori specifici relativi alle azioni che saranno previste nel Piano Regionale.

Obiettivo 5: Diffusione territoriale delle Case della Salute

Le Case della Salute rappresentano lo strumento fondamentale per perseguire le linee di azione del PSSR: 1) lo sviluppo della rete delle cure primarie, attraverso l'evoluzione organizzativa delle Equipe Territoriali; 2) lo sviluppo dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni; 3) Riorganizzazione dei piccoli ospedali.

Azioni

- adozione linee guida organizzative per le Case della Salute;
- atto regionale finalizzato all'attivazione del progetto attuativo del PSN per le Case della Salute/Presidi h24;
- presentazione progetti di riconversione delle piccole strutture ospedaliere in Case della Salute/Presidi h24 in coerenza con le manovre strutturali disposte per la rete ospedaliera.

Risultato atteso

- diffusione territoriale delle Case della Salute.

Indicatori di risultato

- n° di Case della Salute attivate/n° Equipe Territoriali;
- n. Case della salute attivate per effetto della riconversione di strutture ospedaliera.

Obiettivo 6: Il Governo della domanda socio-sanitaria

L'implementazione del governo della domanda socio-sanitaria necessita di dare il continuum funzionale alle tre aree logiche in cui si declina sotto il profilo organizzativo: 1) accettazione integrata tra sociale e sanitario (PUA); 2) valutazione integrata Distratto S./Ambito S.; 3) definizione del PAI per la presa in carico e la continuità dell'assistenza integrata. La complessità di sviluppo di tale processo è determinata prevalentemente dall'attuale livello di disomogeneità territoriale nell'organizzazione dei tre percorsi a cui si intende dare una nuova razionalità funzionale.

Azioni

- definizione di linee guida regionali per il governo della domanda;
- individuazione dello strumento unico di valutazione multidimensionale per la non autosufficienza.

Risultato atteso

- attivazione del percorso di implementazione del PUA e graduale omogeneizzazione dei percorsi valutativi e di presa in carico.

Indicatori di risultato

- atto di approvazione delle linee guida regionali;
- atto di individuazione dello strumento unico di valutazione multidimensionale;

- N° PUA attivati.

Obiettivo 7: Disabilità: Definizione dei percorsi di prevenzione, valutazione e presa in carico delle disabilità in età evolutiva

L'attuale definizione dei percorsi di prevenzione e presa in carico dei soggetti disabili in età evolutiva è connotata da un certo grado di disomogeneità territoriale, determinata prevalentemente dal fatto che i vari percorsi, discendenti dalla L.104/92, sono stati affrontati via via con atti separati, e sia dal diverso grado di sviluppo operativo delle UMEE. Pertanto, come indicato dal PSSR 2012-2014, è preliminarmente necessario elaborare un atto che in una prospettiva di correlazione dei processi, regolamenti sotto il profilo operativo i contenuti normativi di livello nazionale e regionale. E' inoltre necessario attivare un graduale percorso di superamento delle disomogeneità organizzative delle UMEE, che partendo da una ricognizione dello stato di fatto in termini di risorse dedicate e funzioni svolte esiti in un piano di graduale omogeneizzazione organizzativa, avendo come obiettivo la definizione territoriale di una UMEE per ogni Distretto. Al fine di favorire il miglioramento della presa in carico occorre rivedere in ottica di omogeneizzazione le responsabilità organizzative delle UMEE e delle UMEA.

Azioni

- stesura documento per la riorganizzazione dei processi di prevenzione e presa in carico dei soggetti disabili in età evolutiva;
- stesura documento per l'adozione di uno strumento unico di valutazione della disabilità finalizzata alla presa in carico;
- implementazione dei processi di prevenzione e presa in carico dei soggetti disabili in età evolutiva;
- adozione dello strumento di valutazione regionale;
- elaborazione del piano di omogeneizzazione organizzativa di definizione territoriale delle UMEE.

Risultato atteso

- riorganizzazione dei percorsi per la prevenzione, valutazione e presa in carico dei soggetti disabili in età evolutiva;
- implementazione di un percorso di graduale omogeneizzazione organizzativa delle UMEE.

Indicatori di risultato

- adozione atto regionale per la riorganizzazione dei processi di prevenzione e presa in carico dei soggetti disabili in età evolutiva;
- adozione atto regionale per lo strumento unico di valutazione della disabilità finalizzata alla presa in carico;
- relazione sull'utilizzo dello strumento di valutazione da parte dell'ASUR;

- adozione del piano di omogeneizzazione organizzativa da parte dell'ASUR.

Obiettivo 8: Promozione e miglioramento della qualità assistenziale nel settore delle demenze.

Le demenze comprendono un insieme di patologie che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari sia per il significativo aumento dell'incidenza e prevalenza nella popolazione sia perché richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Pertanto appare strategico promuovere un processo che miri ad individuare modalità e strutture che rappresentino il nodo di accesso alla rete integrata. Tale obiettivo è compreso nelle azioni di cui al precedente punto 6.6. In questa sede sono indicate altre azioni prioritarie mirate a rafforzare il governo specifico della problematica.

Azioni

- istituire un Comitato regionale per il coordinamento e la verifica delle attività locali;
- adottare criteri diagnostici (clinici e strumentali) improntati ad appropriatezza, precocità e tempestività;
- potenziare l'offerta e dei percorsi formativi rivolti ai caregivers e alle figure di accompagnamento;
- elaborare ed implementare un sistema di monitoraggio.

Risultato atteso

- implementare strumenti e modalità operative finalizzati al miglioramento qualitativo del sistema assistenziale delle demenze.

Indicatori di risultato

- atto di istituzione del Comitato regionale;
- elaborazione dei criteri diagnostici per garantire uno sviluppo uniforme dell'azione clinica;
- attivazione di specifici percorsi formativi;
- elaborazione ed implementazione di un sistema di monitoraggio.

Obiettivo 9: Le Cure domiciliari

L'Assistenza Domiciliare, seppur consistentemente sviluppata sotto l'impulso degli ultimi PSR, sconta ancora una certa disomogeneità territoriale sia in ordine alle risorse dedicate rispetto alla dimensione della domanda che in termini organizzativi con particolare riferimento alla copertura settimanale del servizio ed alle dimissioni protette. E' inoltre necessario correlare l'accesso a tale livello organizzativo con lo sviluppo del governo della domanda socio-sanitaria di cui al precedente punto.

Azioni

- elaborazione di un piano di graduale omogeneizzazione dei modelli organizzativi in coerenza con le manovre di riduzione della frammentazione ospedaliera (chiusura piccoli ospedali al fine di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche nell'ottica di raggiungere una piena integrazione gestionale tra assistenza domiciliare sanitaria e sociale attraverso il coinvolgimento dei comuni;
- consolidamento definitivo del flusso informativo SIAD.

Risultato atteso

- implementazione di un percorso di graduale omogeneizzazione del livello di cure domiciliari coerentemente con lo sviluppo del governo della domanda sociosanitaria.

Indicatori di risultato

- presentazione piano di organizzazione territoriale del sistema delle cure domiciliari in funzione della riorganizzazione della rete ospedaliera;
- messa a regime flusso SIAD.

Obiettivo 10: Applicazione della Legge 38: cure palliative e terapia del dolore

L'obiettivo principale discendente dalla Legge 38 del 2010 e dall'Accordo Stato Regioni del 16 Dicembre 2010 "Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore" che esplicita la necessità di realizzare la Rete Cure Palliative e la Rete per la terapia del dolore da applicare sull'intero territorio marchigiano.

La terapia del dolore e le cure palliative rappresentano uno degli aspetti deboli del SSR e necessitano pertanto di maggiori e più proficue risposte organizzate in ambito regionale. È necessario tutelare sia pazienti in età adulta sia in età pediatrica. Ciò impone alla Regione di intraprendere azioni mirate.

In coerenza con la Legge 38 la regione deve mirare alla realizzazione della rete regionale delle Cure Palliative e della Terapia del dolore.

Nell'Accordo Stato Regioni del 16 Dicembre 2010 si ribadisce inoltre che, in ambito pediatrico, la problematica presenta criticità e peculiarità tali da rendere necessario un intervento mirato con appositi provvedimenti per la creazione di un modello organizzativo. È necessario procedere anche nella realizzazione di una rete regionale di cure palliative pediatriche e terapia del dolore per riconoscere al bambino la dignità di persona.

CURE PALLIATIVE

L'obiettivo principale consiste nella realizzazione della Rete di Cure Palliative che possa essere operativa sull'intero territorio marchigiano in ottica di Area Vasta, attraverso la definizione di un servizio di cure palliative domiciliari in un'ottica integrata di rete che assicuri un'assistenza spe-

cialistica al paziente nelle cure di fine vita mettendo in campo anche l'integrazione con le UO dolore.

Azioni Prioritarie

Definire un servizio di cure palliative domiciliari in un'ottica integrata di rete di Area Vasta che assicuri un'assistenza specialistica al paziente nelle cure di fine vita mettendo in campo anche l'integrazione con le strutture dell'Hospice e le UO dolore.

- coordinamento nelle singole aziende
- definizione ed applicazione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza in cure palliative ai sensi dell'art. 2, comma 1, Legge 38/2010;
- definizione di indicatori quali-quantitativi di cure palliative ivi inclusi gli standard di cui al decreto 22 febbraio 2007, n. 43 ;
- linee di indirizzo per l'attivazione di percorsi di continuità assistenziale attraverso le UO di Oncologia del Presidio Ospedaliero-Assistenza domiciliare-Hospice;
- definizione del percorso assistenziale "progetto bambino" secondo quanto indicato nella DGR 1512 del 14 novembre 2011 "Legge 662/96, art 1 comma 34 e 34bis. Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento di Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011, individuati nell'Accordo del 20 aprile 2011 e nell'Integrazione dell'Accordo del 27 luglio 2011 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano";
- definizione e sviluppo del sistema informativo regionale sulle cure palliative e assolvimento del debito informativo previsto a livello ministeriale;
- promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2 della Legge n. 38/2010;
- campagna informativa intesa ad informare i cittadini sulle modalità ed i criteri di accesso alle prestazioni ed ai programmi di assistenza con il coinvolgimento dei MMG, delle farmacie pubbliche e private e delle organizzazioni ONLUS.

Indicatori di risultato

- numero aziende che hanno costituito il coordinamento previsto dalla Legge 38/2010;
- assolvimento debito informativo regionale secondo quanto richiesto dal tavolo LEA;
- n. e % pazienti con modalità di dimissione secondo le linee di indirizzo regionali (domicilio, trasferimento in ospedale, trasferimento in hospice, dimissione volontaria, trasferimento in altra struttura socio-sanitaria, altro);
- numero incontri team multidisciplinare in ambito pediatrico;
- numero Pediatri di libera scelta coinvolti in programmi di formazione sulla gestione del dolore.

TERAPIA DEL DOLORE

L'obiettivo principale consiste nella realizzazione della Rete della Terapia del dolore che possa essere operativa sull'intero territorio marchigiano in ottica di integrata tra le aziende Ospedaliere, l'INRCA e l'ASUR/AV, che assicuri un'assistenza specialistica al paziente mettendo in campo anche l'integrazione con le UO dolore.

Gli interventi per la rilevazione ed il controllo del dolore devono essere applicati il più precocemente possibile in aggiunta agli altri trattamenti.

Azioni prioritarie

La necessità di tutelare sia pazienti in età adulta sia in età pediatrica impone alla Regione la definizione di un progetto finalizzato ad individuare un percorso organizzativo in ottica di Area Vasta atto a migliorare la terapia del dolore sia a livello ospedaliero sia, soprattutto, a livello territoriale.

- coordinamento e promozione nelle singole aziende
- inserimento nelle cartelle cliniche della scheda di rilevazione dolore contenente le indicazioni previste verificata all'interno del CVPS
- applicazione della DGR 892 del 20 giugno 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, della legge 15 marzo 2010, n. 38."
- definizione del sistema informativo regionale sulla terapia del dolore previsto nella DGR 892/11

Indicatori di risultato

- n. di strutture ospedaliere che hanno inserito la scheda rilevazione dolore
- attivazione della sperimentazione "Ospedale – territorio senza dolore"
- numero di MMG e Pediatri di libera scelta coinvolti in programmi di formazione sulla gestione del dolore
- avvio rilevazione dati del sistema informativo

La rete Socio-Sanitaria

Obiettivo 1: Consolidamento dell'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale

“L'importanza dell'approccio integrato sociale e sanitario alle problematiche di salute” ribadita dal Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) vigente, viene confermata dalla “particolare attenzione” da porre “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.”

L'assetto istituzionale territoriale dell'integrazione sociale e sanitaria non ha mai trovato una consolidata ed unitaria forma di organizzazione. Finalmente il PSSR definisce e da indicazioni rispetto a:

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

Azioni

- analisi effettuata congiuntamente con l'ASUR dei dati dell'attuale organizzazione formale e operativa degli assetti territoriali dell'integrazione sociale e sanitaria (con riferimento ai dati di cui al Decreto 74/DSS del 18 novembre 2011 avente ad oggetto: DGR n. 1161/11);
- *esame degli accordi di programma e dei protocolli di intesa sociali e sanitari congiunto con l'ASUR;*
- predisposizione di atto di definizione dell'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale che contenga:
 - criteri di definizione dei confini territoriali dei Distretti Sanitari/Ambiti Territoriali Sociali;*
 - ruolo e funzione del “Comitato dei Sindaci” unitario di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale;*
 - composizione e funzionamento dei “Tavoli territoriali” di consultazione, concertazione, co-progettazione;*
 - composizione e funzionamento della Unità Operativa funzionale “Sociale e Sanitaria” (U.O. SeS);*
 - modello di “accordo di programma” per l'implementazione dell'U.O. SeS.*
- Consensus conference sull'atto di definizione dell'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale:
 - confronto interno ai servizi regionali interessati;*
 - confronti esterni (a livello di Aree Vaste) con i “portatori di interessi qualificati”.*

- percorso di accompagnamento formativo per l'implementazione del nuovo assetto dell'integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale:

eventi formativi regionali e territoriali, differenziati e congiunti, rispetto a: figure professionali, competenze e responsabilità, processi e procedure, gestione dei servizi;

attività di supervisione a livello di Area Vasta;

FAD con piattaforma dedicata.

Risultato atteso

- organizzazione e consolidamento del livello territoriale dell'integrazione sociale e sanitaria;
- armonizzazione delle procedure organizzative e gestionali dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nei territori attraverso l'approvazione e l'implementazione di specifici "accordi di programma" comunque vincolati al rispetto dell'equilibrio economico.

Indicatori di risultato

- predisposizione di atto normativo sull'organizzazione formale e operativa degli assetti territoriali dell'integrazione sociale e sanitaria entro 90 giorni dall'analisi congiunta con il coinvolgimento del 40% di esponenti dei soggetti convocati per le diverse articolazioni delle Consensus conference;
- coinvolgimento del 40% di esponenti dei soggetti interessati al percorso di accompagnamento formativo;
- adozione degli "accordi di programma" da parte del 50% dei territori entro un anno dalla approvazione dell'atto di definizione dell'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale.

Obiettivo 2: Regolamentazione dell'organizzazione integrata sociale e sanitaria a livello di Area Vasta, di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale

Il PSSR afferma che "la cornice unitaria di riferimento della programmazione regionale ha valenza strategica con una ricaduta sia sui livelli di programmazione territoriale, che sulle politiche dei settori di intervento" (Materno-infantile, Adolescenti e giovani, Disabilità, Salute mentale, Anziani non autosufficienti, Dipendenze, Altri disagi e fragilità) e che "la programmazione regionale socio-sanitaria si sviluppa nella prospettiva del "Piano regolatore" dei servizi integrati alla persona". In effetti le asimmetrie tra sociale e sanitario si colgono anche nel settore della programmazione in quanto da un lato la programmazione sociale territoriale procede autonomamente in mancanza di una corrispondente organizzazione e strutturazione della programmazione sanitaria territoriale (fatta salva la "sperimentazione" del 2005) e, dall'altro, va attivata per la prima volta la riorganizzazione integrata sociale e sanitaria a livello di Area Vasta.

Azioni

- analisi effettuata congiuntamente con l'ASUR dei dati più recenti disponibili sulla comparazione della riorganizzazione sociale e sanitaria del livello territoriale Distretto Sanita-

rio/Ambito Territoriale Sociale (con riferimento ai dati di cui al Decreto 74/DSS del 18 novembre 2011 avente ad oggetto: DGR n. 1161/11);

- predisposizione di linee guida regionali per la riorganizzazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Area Vasta:

motivazioni - Definizione dello strumento di riorganizzazione - Obiettivi - Rapporto tra strumento di riorganizzazione integrata sociale e sanitaria di Area Vasta con gli altri strumenti di pianificazione - Contenuti - Articolazione per settori di intervento - Soggetti e strumenti per la realizzazione della riorganizzazione - Fasi per l'elaborazione e la implementazione dello strumento di riorganizzazione integrata sociale e sanitaria di Area Vasta;

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

motivazioni - Definizione ed esplicitazione della funzione sostitutiva rispetto al Programma delle Attività Distrettuali (ex L.R. 13/03) e del Piano di Zona di cui alla L. 328/00 - Obiettivi - Rapporto tra strumento di riorganizzazione integrata sociale e sanitaria di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale e altri strumenti di pianificazione - Contenuti - Profilo unico di comunità e di salute - Articolazioni dello strumento di riorganizzazione integrata sociale e sanitaria di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale rispetto alle aree socio-sanitaria, sanitaria e sociale e ai settori di intervento - Territorio di riferimento dello strumento di riorganizzazione integrata sociale e sanitaria di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale - Soggetti e strumenti per la realizzazione - Fasi per l'elaborazione e l'implementazione dello strumento di riorganizzazione integrata sociale e sanitaria di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale e logica "a scorrimento";

- percorso di accompagnamento formativo per l'implementazione della riorganizzazione integrata sociale e sanitaria ai diversi livelli territoriali:

eventi formativi regionali e territoriali, differenziati e congiunti, rispetto a: figure professionali, competenze e responsabilità, processi e procedure, gestione dei servizi.;

attività di supervisione a livello di Area Vasta;

FAD con piattaforma dedicata.

Risultato atteso

- armonizzazione delle procedure di riorganizzazione integrata sociale e sanitaria ai diversi livelli territoriali secondo una modellistica regionale omogenea;
- corretta ed omogenea implementazione delle linee guida regionali per la riorganizzazione integrata sociale e sanitaria dei livelli territoriali.

Indicatori di risultato

- predisposizione di linee guida regionali per la riorganizzazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Area Vasta entro 90 giorni dall'approvazione del presente atto;

- predisposizione di linee guida regionali per la riorganizzazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale entro 90 giorni dal ricevimento dei materiali di cui alla prima azione, da parte dell'ASUR;
- coinvolgimento del 40% di esponenti dei soggetti interessati al percorso di accompagnamento formativo;
- adozione dello strumento di riorganizzazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Area Vasta da parte di tutti i territori entro un anno dalla approvazione delle linee guida regionali;
- adozione dello riorganizzazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale da parte del 50% dei territori entro un anno dalla approvazione delle linee guida regionali.

Obiettivo 3: Razionalizzazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale

La "rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari, attraverso la chiarificazione e la specificazione tra sociale, sanitario e area comune socio-sanitaria" è uno degli obiettivi del PSSR, anche se in quella stessa sede viene esplicitato come la razionalizzazione dell'offerta delle strutture di accoglienza residenziale e semiresidenziale è collegata ad una serie di questioni: la riforma del sistema di "autorizzazione/accreditamento" con particolare attenzione ai requisiti assistenziali - la ridefinizione del "sistema tariffario" con le implicazioni determinate dalla questione "compartecipazione" - il "governo della domanda" che va ricollocato unitariamente complessivamente nella "rete territoriale" - la ristrutturazione del "sistema informativo" socio-sanitario con particolare riferimento ai flussi informativi sulla residenzialità e sulla semi residenzialità.

In questa prospettiva la criticità è che la progressiva ridefinizione del "fabbisogno" di posti di accoglienza residenziale e semiresidenziale nei settori di intervento tipici dell'integrazione sociale e sanitaria (Anziani, Dipendenze patologiche, Salute Mentale, Disabilità, Infanzia e Adolescenza, Altre fragilità) deve procedere coerentemente con la ristrutturazione delle dimensioni collegate.

Azioni

- analisi effettuata congiuntamente con l'ASUR dei dati più recenti disponibili sulla consistenza quantitativa e finanziaria dell'accoglienza residenziale e semiresidenziale (con riferimento ai dati di cui al Decreto 74/DSS del 18 novembre 2011 avente ad oggetto: DGR n. 1161/11);
- definizione (unitamente ai referenti di Autorizzazione e Accreditamento) dell'articolazione "a tendere" del sistema integrato dell'accoglienza residenziale e semiresidenziale: sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale;
- individuazione dei criteri di definizione del fabbisogno regionale e per Area vasta:

distribuzione della popolazione, compensata dai correttivi ritenuti utili - Continuum assistenziale tra sanitario e sociale, evitando sovrapposizioni e duplicazioni, favorendo l'appropriatezza e l'adeguata distribuzione territoriale delle strutture per livello assistenziale e tipologia di destinatari - Sostanziale riequilibrio dei tassi di diffusione per 1000 abitanti delle diverse tipologie di strutture nei territori con vincolo al riequilibrio territoriale

dell'allocazione dei posti riconvertiti - Favorire l'aggregazione di moduli/strutture di tipologia diversa in una logica multifunzionale in grado di garantire le necessarie economie di scala ed evitare sprechi dovuti a dispersione;

- verifica della compatibilità economica delle dimensioni quantitative individuate (unitamente ai referenti del Sistema tariffario) ed eventuali aggiustamenti dei criteri;
- prima stesura della proposta di DGR sull'atto di fabbisogno delle strutture sanitarie extraospedaliere, socio-sanitarie e sociali in cui siano individuate anche le modalità operative e le procedure di progressiva applicazione;
- analisi di coerenza della proposta di DGR

referenti di Autorizzazione e Accreditamento, Sistema tariffario, Sistema informativo - Eventuale consultazione con una serie di portatori di interessi qualificati in tema di atto di fabbisogno (OO.SS., Enti gestori, Gruppi professionali, Rappresentanti degli utenti);

- revisione finale e proposta alla Giunta regionale della DGR sull'atto di fabbisogno delle strutture sanitarie extraospedaliere, socio-sanitarie e sociali.

Risultato atteso

- adozione di un modello concettuale unitario per l'analisi e l'evoluzione del sistema di accoglienza residenziale e semiresidenziale in coerenza con le dimensioni: dell'autorizzazione/accreditamento, del fabbisogno, della tariffazione/compartecipazione, dei flussi informativi;
- riqualificare, in una logica di riequilibrio territoriale e di aggregazione per intensità di intervento delle tipologie previste dall'ordinamento regionale vigente, nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo, l'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali definendo il fabbisogno di posti nelle strutture:
 - delle aree sanitaria extraospedaliere, socio-sanitaria e sociale;
 - dei settori Anziani non, Dipendenze patologiche, Salute Mentale, Disabilità, Infanzia e Adolescenza, Altre fragilità.

Indicatori di risultato

- predisposizione della proposta di DGR sull'atto di fabbisogno delle strutture sanitarie extraospedaliere, socio-sanitarie e sociali entro 120 giorni dal completamento dell'analisi congiunta di cui alla prima azione;
- presentazione della proposta di DGR sull'atto di fabbisogno delle strutture sanitarie extraospedaliere, socio-sanitarie e sociali alla Giunta regionale entro 60 giorni dall'analisi di coerenza prevista.

La rete delle Tecnologie e servizi

Obiettivo 1: Il governo delle tecnologie

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.

La Regione ha quindi avviato un percorso che, nei campi della riorganizzazione e del controllo, della produzione dei servizi intermedi e degli acquisti è strategicamente rivolto ad allargare le competenze verso forme di concentrazione funzionale e strutturale, a livello di Area vasta e sovra aziendale, dei servizi amministrativi, della logistica e della produzione sanitaria intermedia.

Azioni

- istituire e consolidare ove esistenti, negli Enti del SSR e/o in ambiti sovra-aziendali al cui interno operino uno o più ospedali, i 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");
- promuovere, a garanzia del mantenimento dei requisiti di sicurezza - affidabilità - qualità, criteri di gestione e manutenzione delle tecnologie biomediche fondati su soluzioni organizzative miste (in-source/out-source) in linea con le best practices nazionali;
- partecipare 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;
- implementare il sistema regionale di Osservatorio delle Tecnologie ed attivare i relativi flussi in funzione delle esigenze informative interne (regionali) e degli organismi centrali (ad es. AGENAS, Ministero della Salute);
- avviare studi di Health Technology Assessment (HTA) ed Horizon Scanning nell'ambito della Rete Italiana HTA (RiHTA).

Risultato atteso

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.

Nel processo di razionalizzazione del sistema regionale delle tecnologie, risulta di particolare importanza lo sviluppo delle seguenti reti:

- anatomia patologica;
- radioterapia;

- medicina nucleare;
- radiologia.

L'organizzazione ottimale per il governo strategico del sistema tecnologico si fonda su di una struttura a geometria variabile, composta da un nucleo centrale stabile, già identificato a livello regionale come Gruppo Regionale Tecnologie Sanitarie (GRTS), 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 continuamente al livello centrale un fondamentale apporto culturale ed informativo.

Da sottolineare infine la necessità di valutare l'opportunità di ridefinire i modelli di gestione e manutenzione delle tecnologie secondo il tipico problema di "buy or make decision" dove gli obiettivi primari consistono nella razionalizzazione della spesa, in termini sia di riqualificazione che di contenimento dei costi di gestione, e nel perseguimento di finalità economicamente non misurabili ma altrettanto importanti (qualità del servizio, maggiore sicurezza ed affidabilità del parco tecnologico, continuità di governo, miglioramento dei rapporti con le strutture interne e con il personale sanitario, flessibilità operativa, spirito di appartenenza al servizio ed alla azienda, autorevolezza nei confronti del mercato dei produttori, etc.).

Indicatori di risultato

Entro il 30/06/2013 dovranno essere proposti specifici progetti finalizzati al perseguimento dei risultati attesi sopra espressi.

Obiettivo 2: razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici

Criticità

- carente integrazione tra laboratori ASUR, AO ed INRCA e duplicazioni delle sedi di esecuzione;
- presenza a tutt'oggi di piccoli laboratori di ridotta efficienza;
- buona qualità in termini generali sia per quanto riguarda il servizio offerto che le prestazioni erogate (vedi anche i dati della VEQ), ma non uniforme su tutto l'ambito regionale;
- presenza all'interno di alcune strutture ospedaliere, di apparecchiature di laboratorio al di fuori della responsabilità (e quindi della garanzia) del laboratorio;
- inappropriata prescrizione;
- investimenti tecnologici non sempre programmati in un'ottica di rete;
- protocolli e controlli interni non uniformi.

Azione 1: governo della rete regionale dei laboratori pubblici

Obiettivo della presente azione è creare una rete di laboratori mirata a centralizzare la normale attività di routine, garantendo, in relazione all'attività svolta presso i presidi ospedalieri periferici, nelle modalità più appropriate attività o funzioni di diagnostica di base o di urgenza coerentemente con i processi di razionalizzazione del sistema laboratori, a seguito di una ricognizione già effet-

tuata, sarà necessario riclassificare i punti della rete. In base a queste linee di indirizzo, la rete va ridisegnata tenendo conto dei seguenti principi:

- rete integrata di laboratori dell'ASUR/AO/INRCA;
- sistema di laboratori pubblici integrato in rete su scala di area vasta e regionale;
- garanzia in tutti i presidi ospedalieri periferici, in cui viene effettuata attività chirurgica, dell'attività/funzione diagnostica d'urgenza (qualora attualmente presente), anche attraverso POCT, ovviamente correlata al grado di complessità della struttura ospedaliera e della casistica trattata, centralizzando la normale attività di routine in un unico laboratorio per ambito territoriale distrettuale;
- mantenere nelle sedi dei piccoli ospedali in riconversione il punto prelievi;
- 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;
- soddisfazione dei requisiti di accreditamento e certificazione;
- miglioramento della qualità analitica attraverso la Verifica esterna della qualità (VEQ) di cui all'Accordo con la regione Toscana (DGR1651/11);
- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva attraverso l'introduzione dei test riflessi (DGR 769/12) e del sistema dei pesi delle prestazioni all'interno dei budget aziendali.

Il disegno prevede:

- nodi centrali presso cui concentrare prestazioni assistenziali routinarie confluenti dai nodi periferici;
- nodi periferici (spoke, tipicamente ex ospedali riconvertiti in Presidi Territoriali h24 o ambulatori) attrezzati con punti prelievo;
- nodi periferici presso cui attivare, stante il posizionamento rispetto ai centri della rete, attività diagnostica di urgenza, anche tramite point of care testing (POCT), a supporto dell'attività chirurgica (per pannelli di prestazioni coerenti con la complessità ed il volume della casistica trattata);
- sviluppo della tecnologia informatica con l'obiettivo di centralizzare l'esecuzione dell'attività, garantendo la decentralizzazione del referto;
- integrazione dei sistemi informatici gestionali utilizzati nei singoli laboratori, sulla base della progettualità regionale inserita nell'Accordo di programma cofinanziato dal Ministero della Salute;
- accorpamento per volumi di attività tali da costituire masse critiche di esami al fine di garantire economicità, efficacia, efficienza e qualità al sistema;

- creazione di equipe multidisciplinari in grado di mantenere stretti rapporti, nell'ambito dell'appropriatezza, con i clinici al fine di condividere protocolli, controlli ed esperienze nei diversi punti della rete, nonché di garantire una stretta integrazione tra laboratorio e pratica clinica, consentendo di presidiare oltre alla fase analitica, anche le fasi pre e post analitiche, la qualità delle prestazioni, una maggiore appropriatezza della richiesta di esami ed una migliore ricaduta clinica in termini di approfondimento diagnostico.

Inoltre, nel caso in cui si riterrà fattibile, si potrà prevedere una specializzazione dei diversi hub di area vasta su determinate branche onde evitare la duplicazione di attività all'interno della rete.

Le diverse alternative di configurazione possibili dovranno essere corredate da un'analisi dei costi di gestione del nuovo assetto. Il Disegno dovrà infine prevedere il completamento dell'aggregazione di funzioni a livello regionale, già stabilito. Relativamente a tali funzioni a carattere regionale, va precisato che si tratta di gruppi di esami costituiti da analisi che richiedono alta complessità tecnologica o specifica professionalità e vengono assegnati a livello di una o poche sedi di esecuzione in ambito regionale. Si tratta di:

- o genetica e citogenetica;
- o micobatteriologia (unica sede di esecuzione presso l'AO Ospedali Riuniti di Ancona, vedi apposita deliberazione della Giunta Regionale);
- o metodologia RIA (1 sede per tutta la regione presso l'AO Ospedali Riuniti di Ancona);
- o tossicologia di conferma (3 sedi per tutta la regione presso gli Istituti di Medicina Legale di Ancona, Macerata ed il laboratorio di tossicologia di Pesaro);
- o farmacologia a bassa richiesta (1 sede per tutta la regione presso l'AO Ospedali Riuniti di Ancona);
- o citofluorimetria (2 sedi per tutta la regione);
- o immunometria (ormoni e marcatori) a bassa richiesta (1 sede per tutta la regione);
- o test approfondimento diagnostica dell'emostasi (1 sede per Area Vasta);
- o diagnostica allergologica (1 sede per Area Vasta);
- o ricerca e tipizzazione specie enteropatogeni (unica sede regionale) laboratorio Istituto Zooprofilattico Macerata
- o ricerche per trapiantati (si rimanda ad apposito documento di indirizzo del gruppo di lavoro specifico);
- o biologia molecolare a bassa richiesta (si rimanda ad apposito documento di indirizzo del gruppo di lavoro specifico).

Nell'ambito della riorganizzazione dei laboratori pubblici, andrà attribuita una funzione di supporto alla committenza ai responsabili delle UO di laboratorio pubbliche, nei confronti degli erogatori privati.

Indicatori di risultato

- predisposizione entro 3 mesi di un Piano di riorganizzazione della rete dei laboratori di concerto tra tutte gli Enti del SSR sulla base delle indicazioni dell'Accordo Stato regioni del 23 marzo 2011;
- n. laboratori attivi 2013/2012.

➤ Le aree di sviluppo strategiche

Il governo della mobilità sanitaria

Con il finanziamento dei Servizi sanitari Regionali, basato su un modello di allocazione territoriale delle risorse con l'attribuzione di quote pro-capite per ciascun cittadino residente e con il finanziamento delle strutture erogatrici con corrispettivi unitari per ciascuna prestazione, si è posta la necessità di compensare i costi sostenuti per le prestazioni rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli che hanno ottenuto il finanziamento pro-capite.

La compensazione interregionale della mobilità sanitaria è regolata dalle note del Ministero della salute 100/scps/44583 del 23 marzo 1994, 100/scps/46593 del 9 maggio 1996 e 100/scps/4344 spec del 28 gennaio 1997. la Conferenza delle Regioni e la Commissione salute hanno approvato in tempi successivi documenti che hanno integrato e modificato le note ministeriali.

Il Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza 2007-2009, edito dal Ministero della Salute nel novembre 2011, ha evidenziato come nel 2009 la Regione Marche, rispetto all'indice di attrazione, si pone ben oltre la media nazionale pari al 7,5%, raggiungendo il 10,4% sul totale dei dimessi totali registrati nell'anno 2009; se si analizza, invece, l'indice di fuga la Regione realizza l'11,4% con la media nazionale sempre pari al 7,5% (il saldo totale di "uscite" ed "entrate" è uguale a zero).

Gli obiettivi da raggiungere al fine di contenere il saldo della mobilità interregionale sono:

- Riduzione della mobilità passiva
- Gestione degli accordi di confine

Obiettivo 1: Riduzione della mobilità passiva

Per quanto attiene l'assistenza ospedaliera, la situazione è stabile da qualche anno, infatti l'analisi dei dati conferma il saldo negativo per alcune discipline ospedaliere, quali l'ortopedia, la riabilitazione, per l'area cardiologica (cardiologia e cardiocirurgia), l'alta specialità chirurgica (chirurgia toracica, neurochirurgia, chirurgia vascolare), l'urologia, otorinolaringoiatria, chirurgia pediatrica e l'area oncologica (oncologia e radioterapia). Il saldo attivo di mobilità è presente in alcune discipline "generaliste" come la medicina generale, chirurgia generale, oculistica, nefrologia, mentre per l'attività specialistica il saldo attivo riguarda la cardiocirurgia pediatrica e la pneumologia.

Azioni

- governo della domanda, con il coinvolgimento dei prescrittori, in particolare dei medici di medicina generale (MMG), per indirizzare i cittadini verso le strutture regionali;
- predisposizione di piani di attività, in accordo con le Aziende, per orientare la produzione verso le prestazioni a maggiore tasso di fuga;
- committenza alle strutture private per attività correlate alla soddisfazione dei bisogni territoriali nelle diverse discipline e con riferimento del tetto a TUC.

Risultati attesi

- promozione dell'autosufficienza nei settori a medio-bassa complessità e definizione, nell'ambito degli accordi con le altre Regioni, degli aspetti qualitativi e quantitativi delle prestazioni, comprese quelle di alta specialità;
- coinvolgimento delle strutture private nelle scelte programmatiche regionali funzionali al governo della mobilità.

Indicatori di risultato

- inserimento nell'AIR della specifica indicazione all'orientamento dei pazienti verso strutture regionali;
- dati di attività relativi alle discipline ed alle prestazioni a maggiore tasso di fuga;
- tasso di fuga extraregionale.

Obiettivo 2: Gestione degli accordi di confine

Gli Accordi di confine sono lo strumento individuato dalle Regioni per il governo della mobilità sanitaria, con l'obiettivo fondamentale di evitare incrementi non programmati di attività che determinerebbero effetti potenzialmente negativi sul bilancio delle Regioni coinvolte, calmierando ed orientando i volumi di scambio delle attività sanitarie e promuovendo l'appropriatezza delle prestazioni. Attraverso lo sviluppo degli Accordi di confine si può raggiungere un duplice obiettivo, da una parte quello di regolare il flusso dei pazienti tra le Regioni interessate e dall'altra quello di arrivare ad una riorganizzazione integrata dei servizi sanitari di confine, al fine di evitare duplicazioni e ottimizzare l'uso delle risorse di entrambe le Regioni.

Il Patto per la Salute 2010/2012 ribadisce l'importanza degli accordi tra Regioni, non solo tra Regioni confinanti, ma anche tra Regioni che presentano volumi significativi di mobilità.

Attualmente, nell'ambito della Commissione Salute, si sta discutendo sulla necessità di adottare meccanismi volti a incentivare la sottoscrizione di Accordi di confine tra le Regioni. A tale proposito sono allo studio misure che limitino il libero accesso alle prestazioni in mobilità, nel caso di mancata stipula degli accordi. Tra le proposte che è opportuno sostenere vi è l'esclusione dalla compensazione dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriata o in alternativa un forte abbattimento della TUC per le corrispondenti tariffe.

Le finalità da perseguire attraverso la stipula di Accordi di confine sono fondamentalmente le seguenti:

- garantire il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, assicurando il principio di libera scelta del luogo di cura, consentendo, al tempo stesso, un maggior controllo della spesa;
- consentire, da un punto di vista economico, la riorganizzazione e la gestione della mobilità sanitaria ai fini del rispetto da parte delle Regioni dei vincoli e degli adempimenti previsti dalle Leggi finanziarie e dagli Accordi Stato - Regioni;
- favorire collaborazioni interregionali per discipline/funzioni di altissima specialità la cui scala ottimale di organizzazione è sovraregionale;

- evitare i fenomeni distorsivi nelle aree di confine, dove si assiste ad una competizione sulle prestazioni di medio-bassa complessità derivante dall'assenza di tetti nei volumi di attività per residenti di altre Regioni;
- garantire, anche alle prestazioni in mobilità interregionale, il massimo controllo sull'appropriatezza e sulla qualità delle cure;
- evitare comportamenti opportunistici indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale.

Risultati attesi

- aggiornamento/rinnovo degli accordi di confine in essere.

Il sistema di accreditamento

Obiettivo 1: revisione delle procedure

A dodici 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 allo status rispettivamente di:

- erogatori di attività sanitarie, attraverso l'autorizzazione;
- erogatori di attività sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'accreditamento;
- erogatori di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale, attraverso gli accordi contrattuali.

Tale sistema ha consentito al contempo adeguati livelli di qualità dal punto di vista strutturale, tecnologico/impiantistico ed organizzativo.

Tuttavia nel corso degli anni si sono rese palesi alcune criticità relative in particolare sia all'utilizzo del sistema di accreditamento come criterio di selezione dei fornitori del SSR, sia, in alcune situazioni, come strumento 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 della risoluzione delle criticità evidenziate in questi anni.

Azioni

- predisposizione della proposta di atto normativo a cura di un'apposita Cabina di Regia interna, eventualmente allargabile a soggetti competenti in materia, istituita nell'ambito del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali e dell'Agenzia regionale sanitaria.

Risultato atteso

La revisione delle procedure del sistema di autorizzazione/accreditamento dovrà tendere ai seguenti obiettivi:

- uniformare all'interno di un'unica norma le procedure previste dalle leggi regionali 20/2000 (Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private) e n. 20/2002 (Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale);
- rendere maggiormente flessibili le procedure al fine di rendere attuabile la creazione di contenitori strutturali in grado di assicurare funzioni/attività diversificate nella logica dell'intensità di cura e di assistenza;
- rendere maggiormente chiara ed esplicita la suddivisione delle fasi del sistema di autorizzazione/accreditamento, così come previste dal D.lgs 229/99;
- risolvere alcune criticità nell'ambito di applicazione della normativa emerse nel corso degli anni;

- agevolare il passaggio relativamente alle strutture pubbliche dall'autorizzazione ed accreditamento provvisorio al definitivo.

Indicatori di risultato

- proposta di Atto in coerenza con le linee guida ministeriali in fase di elaborazione.

Obiettivo 2: revisione degli standard

Gli standard previsti nei manuali di autorizzazione ed accreditamento, in alcuni casi risultano obsoleti e vanno quindi adeguati al contesto attuale ed ai prevedibili sviluppi del prossimo futuro. Inoltre, seppure previsti dalla normativa, non sono mai stati adottati requisiti di accreditamento per la parte sociale e socio assistenziale.

Azioni

predisposizione dell'aggiornamento dei Manuali di Autorizzazione ed Accreditamento (e definizione ex novo del manuale di accreditamento del settore sociale e socio assistenziale), attraverso il coinvolgimento dei professionisti in appositi Gruppi di progetto istituiti presso l'Agenzia regionale sanitaria.

Risultato atteso

revisione dei manuali di autorizzazione ed accreditamento con l'obiettivo di:

- aggiornamento ai tempi ed adeguamento alle esigenze attuali ed a quelle prevedibili per il prossimo futuro;
- adeguamento alle linee di indirizzo predisposte Ministero della Salute sulla base delle previsioni del Patto per la Salute ed attualmente in fase di discussione in sede di Conferenza Stato Regioni;
- organizzazione dei requisiti sulla base di criteri di intensità di cura e intensità di assistenza;
- definizione dei requisiti di accreditamento per la parte sociale e socio assistenziale;
- introduzione, laddove possibile, di indicatori di esito e standard di VEQ (verifica esterna della qualità).

Indicatori di risultato

entro 180 giorni dall'approvazione dell'atto normativo procedurale (aggiornamento leggi regionali 20/2000 e 20/2002), predisposizione proposta di atto a cura del Dipartimento per la salute e per i servizi Sociali.

L'area del Governo Clinico

Obiettivo 1: Implementazione della Gestione del Rischio Clinico: "Attuazione piani strategici aziendali per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti"

Gli enti del sistema sanitario regionale hanno nel 2011 redatto un piano strategico per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti in cui sono definite organizzazione e attività da sviluppare per l'implementazione della sicurezza dei pazienti nel SSR. I suddetti piani devono trovare realizzazione, verifica, valutazione ed eventuale adeguamento nel triennio 2012-2014.

Azioni

- report annuale dello stato di realizzazione dei piani aziendali.

Risultato atteso

- realizzazione negli Enti del SSR di un "sistema aziendale di gestione del rischio clinico nelle sue componenti di: identificazione dei rischi, analisi dei rischi, prevenzione dei rischi";
- omogeneizzazione tra gli Enti del SSR delle politiche di gestione dei sinistri e di trasferimento del rischio.

Indicatori di risultato

- % di raggiungimento degli obiettivi descritti nei piani strategici aziendali;
- Produzione di una linea di indirizzo regionale sulle politiche di gestione dei sinistri e di trasferimento del rischio.

Obiettivo 2: Riorganizzazione del sistema di formazione continua (ECM) regionale ai sensi degli Accordi Stato Regioni 2007 e 2009

Necessità di definizione ed implementazione di una organizzazione della funzione di formazione continua (ECM) degli ENTI del SSR in funzione del passaggio all'accreditamento dei provider; necessità di organizzare e pianificare il processo ECM contemperando le specificità individuali e professionali con il contesto e gli interessi generali finalizzati all'assistenza.

Azioni

- riordino del sistema ECM alla luce degli Accordi Stato regioni (ARS);
- linee di indirizzo per l'accreditamento dei provider (ARS);
- istituzione organismi di supporto al sistema regionale (Osservatorio regionale sulla qualità ECM, Commissione Tecnica e gruppo tecnico regionale dei provider) (ARS);
- definizione ed implementazione dell'architettura organizzativa e funzionale della formazione continua (ECM) da parte degli Enti del SSR;
- implementazione del DF per la riorganizzazione e valutazione della formazione dei professionisti sanitari.

Risultato atteso

- passaggio per gli Enti del SSR dall'accREDITAMENTO degli eventi all'accREDITAMENTO dei provider.

Indicatori di risultato

- accREDITAMENTO provvisorio come provider degli Enti del SSR entro il 30/06/2013;
- avvio da parte degli Enti del SSR della costruzione del Dossier formativo nei Dipartimenti extra ospedalieri;
- informatizzazione del Dossier formativo nei Dipartimenti di Emergenza/accettazione degli Enti del SSR;
- evidenza dell'utilizzo del DF nel Piano di Formazione Aziendale e nel Report.

Obiettivo 3: Realizzazione di un sistema regionale di valutazione della soddisfazione degli utenti attraverso indagini di customer satisfaction

Attualmente la rilevazione della qualità percepita attraverso indagini di soddisfazione è svolta presso gli Enti del SSR in modo parziale, disomogeneo e senza una base metodologica e strumenti comuni

Azioni

- definizione di strumenti omogenei adattati ai diversi setting assistenziali (ricovero, attività ambulatoriale, assistenza domiciliare ecc) e di una metodologia unica regionale di rilevazione e analisi dei dati, da realizzare in condivisione con gli Enti del SSR.

Risultato atteso

- adozione di strumenti omogenei a livello regionale per la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti/pazienti;
- rilevazione annuale della soddisfazione degli utenti e produzione di una reportistica periodica regionale ed aziendale, ai fini dell'individuazione delle azioni di miglioramento perseguibili, condivise con i cittadini.

Indicatori di risultato

- rilevazioni annuali della customer satisfaction in tutti gli Enti del SSR utilizzando metodologia e strumento omogeneo.

Obiettivo 4: Costruzione di un sistema complessivo di indicatori e standard di qualità del SSR percepita dai cittadini, attraverso l'utilizzo integrato dei dati provenienti dal monitoraggio dei reclami e della soddisfazione dei pazienti

Assenza di integrazione e coordinamento tra i diversi sistemi di valutazione da parte dei cittadini della qualità dell'assistenza sanitaria erogata, che permettano di verificare i livelli di accessibilità,

efficacia, efficienza e sicurezza forniti dal SSR, e di confrontare gli stessi con i relativi standard di volta in volta definiti.

Azioni

- analisi periodica congiunta dei dati provenienti dal monitoraggio reclami, dalle indagini di customer satisfaction;
- individuazione delle criticità e definizione delle azioni di miglioramento da implementare nel corso del triennio;
- individuazione degli standard di qualità e degli indicatori per la misurazione del grado di raggiungimento dei risultati previsti.

Risultato atteso

- individuazione di un set di indicatori di qualità percepita e definizione di standard di qualità e del loro grado di raggiungimento nel triennio 2012-2014.

Indicatori di risultato

- presenza di un set di indicatori e standard relativo alla qualità del SSR rilevata dai cittadini.

Obiettivo 5: Linee di indirizzo Regionali sulla Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi rappresenta uno dei principali strumenti di partecipazione e tutela dei cittadini, di conoscenza dell'offerta di servizi e degli impegni che gli Enti del SSR assumono in tema di miglioramento della qualità percepita. Attualmente ogni struttura sanitaria della Regione si è dotata di una Carta dei Servizi, ma il monitoraggio annuale effettuato ha rilevato un disomogeneità nei contenuti proposti, sui tempi di aggiornamento, e in particolare sugli indicatori di qualità utilizzati.

Azioni

- produzione di Linee di indirizzo regionali contenenti l'individuazione dei contenuti minimi della Carta dei Servizi per tutti gli Enti del SSR e l'individuazione di indicatori di qualità comuni a tutti gli Enti del SSR.

Risultato atteso

- adozione delle Carte dei Servizi su basi omogenee per contenuti, meccanismi di tutela, impegni e standard di qualità da realizzarsi in collaborazione con gli Enti del SSR;
- aggiornamento annuale delle Carte dei Servizi.

Indicatori di risultato

- produzione delle Linee di indirizzo regionali entro il 31 dicembre 2012;
- produzione di report annuali sullo stato di implementazione della Carta dei Servizi in tutti gli Enti del SSR.

Il piano degli investimenti

Obiettivi

La definizione del piano degli investimenti in campo sanitario costituisce il presupposto fondamentale per procedere nelle azioni di adeguamento e rinnovamento del patrimonio tecnologico e strutturale della sanità della Regione Marche.

Nel processo di evoluzione in corso nel Servizio sanitario regionale, coerentemente con quanto dettato dal PSSR 2012-2014 e nel rispetto dei vincoli economici e strutturali fissati dalla Legge n. 135/2012, l'obiettivo generale del piano di investimenti prevede interventi che mirano alla razionalizzazione delle strutture esistenti 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, oltre alla 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.

Il contesto di riferimento

Per ricostruire gli aspetti più significativi del percorso avviato dalla Regione Marche per gli investimenti in sanità, è opportuno ricordare che in data 18 marzo 2009 è stato sottoscritto il I° stralcio dell'Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari in materia di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico tra la Regione Marche ed il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali.

L'Accordo costituisce, secondo quanto previsto dal Piano sanitario regionale 2007-2009, il primo stralcio degli investimenti finalizzati alla riorganizzazione delle reti cliniche, territoriali e socio sanitarie del Servizio sanitario regionale in termini di potenziamento dei servizi, miglioramento delle condizioni di accessibilità, riqualificazione delle strutture. L'Accordo prevede interventi di acquisizione di nuove importanti attrezzature e sistemi tecnologici; interventi di ristrutturazione e adeguamento delle strutture; interventi di completamento e ampliamento di opere infrastrutturali; interventi di manutenzione per la sicurezza dei luoghi di lavoro e la messa a norma delle parti strutturali ed impiantistiche. Tale accordo, pari ad un importo di circa 112 milioni di euro, di cui circa 92 a carico dello Stato, ha consentito di recuperare ed utilizzare completamente le somme residue di precedenti assegnazioni dello Stato non ancora destinate dalla Regione.

Il 7 maggio 2010 è stato sottoscritto il II° stralcio dell'Accordo di programma, nel quale sono previsti importanti investimenti relativi a nuove strutture ospedaliere (Nuovo Inrca/Ospedale di Rete, nuovo Salesi, nuovo ospedale di Fermo) ed alla realizzazione di un sistema informativo regionale integrato, oltre ad altri interventi di adeguamento e ristrutturazione di alcune strutture sanitarie.

La sottoscrizione di tale accordo tra la Regione Marche ed il Ministero della Salute riguarda un importo complessivo di 211,5 milioni di euro, di cui circa 118 a carico dello Stato, relativi a quanto messo a disposizione dalle finanziarie 2007 e 2008 e ad un importo residuo rifinanziato (di circa 10 milioni) relativo al primo triennio di attuazione del programma di investimenti ex art. 20 della L. 67/88, poi accorpato all'Accordo di programma del 2000.

Con l'Accordo dell'anno 2010, la Regione Marche ha quindi sottoscritto il 100% delle risorse autorizzate e messe a disposizione dallo Stato per gli investimenti in sanità. Allo stato attuale, le Marche presentano quindi tutte le condizioni per procedere velocemente con le azioni di progettazione esecutiva e di realizzazione secondo i piani previsti, al fine di rinnovare e far evolvere il Servizio sanitario regionale. In termini di attuazione degli Accordi sottoscritti, si rileva che per gli interventi del I° stralcio si è proceduto alla aggiudicazione di tutti gli interventi, di cui buona parte sono in corso di realizzazione. Per quanto riguarda il II° stralcio, le opere più importanti presentano la seguente situazione:

- aggiudicazione dei lavori per la realizzazione del nuovo ospedale per l'Inrca;
- completamento della procedura concorsuale, stesura del progetto esecutivo per la realizzazione del nuovo ospedale di Fermo;
- completamento della procedura concorsuale, stesura del progetto definitivo per la realizzazione del nuovo Salesi;
- avvio della procedura concorsuale per l'aggiudicazione del progetto per la realizzazione del sistema informativo sanitario regionale.

I nuovi interventi

La Regione Marche, insieme ad altre realtà regionali, è caratterizzata da una forte dinamica nella riorganizzazione delle reti strutturali e nell'ammodernamento delle tecnologie, che ha portato al completo utilizzo delle risorse loro attribuite ex articolo 20 legge 67/88. In questo senso, lo sblocco delle somme integrative previste dal Patto per la salute 2010-2012 (1 miliardo di euro), consentirebbe a tali Regioni più dinamiche, che hanno già esaurito le loro disponibilità attraverso la sottoscrizione di Accordi, di ottenere prioritariamente accesso a nuovi finanziamenti per consentire la prosecuzione dei piani di ammodernamento del patrimonio strutturale e tecnologico dei rispettivi SSR. La programmazione regionale prevede quindi un III° stralcio dell'Accordo di programma, che contiene le indicazioni per il completamento degli interventi per la realizzazione della rete di nuove strutture ospedaliere adeguata alle esigenze di salute della popolazione marchigiana ed al contestuale rafforzamento dei servizi territoriali e residenziali. Per procedere alla sottoscrizione di tale stralcio è necessario che siano ripristinate le somme inizialmente destinate dal livello centrale e poi sospese in ragione dell'evoluzione congiunturale in atto nel paese.

Il 3° stralcio prevede tre interventi di particolare importanza per il completamento della rete strutturale ospedaliera della Regione:

- realizzazione della nuova struttura sede dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord;
- realizzazione del nuovo ospedale "Marche Sud";
- realizzazione del nuovo ospedale per l'entroterra regionale.

Le risorse finanziarie a carico dello Stato derivano da quanto previsto nell'Intesa Stato – Regioni del 3 dicembre 2009 (Patto per la salute 2010-2012) all'art. 1, commi 8 e 9. Per quanto riguarda la quota regionale, la Regione Marche sosterrà la propria quota di finanziamento con il programma di alienazione dei beni patrimoniali disponibili delle Aziende sanitarie attivato dalla Giunta regionale con delibera n. 1208 del 31 ottobre 2007.

L'Area ICT

La sanità regionale ha intrapreso un percorso caratterizzato da una fase di profonda trasformazione, modificando in questo percorso la propria organizzazione e riorientando quindi le energie nel senso di una razionalizzazione organica dell'intero sistema. L'obiettivo è il miglioramento dell'assistenza della popolazione; in questa fase le tecnologie informatiche sono un fattore di successo importante.

Le trasformazioni in atto introducono principi e valori nuovi e riaffermano valori e principi correnti. Questi principi e valori presuppongono una relazione con gli assistiti attraverso processi assistenziali contraddistinti da: semplicità, sussidiarietà, rapidità, appropriatezza, trasparenza, equità. Lo sviluppo di tali caratteristiche è supportato anche attraverso il corredo di un contenuto informativo chiaro, completo ed accessibile ai soggetti coinvolti o che beneficiano dei processi.

Obiettivo 1: E-CARE: Fascicolo Sanitario Elettronico - Sistema informativo per la circolarità di documenti di refertazione

Nel semestre maggio – novembre 2011, sono state sviluppate le linee progettuali per la realizzazione del primo nucleo del fascicolo sanitario elettronico regionale, in coerenza con le azioni previste dal piano degli interventi informatici per il triennio 2011 – 2014 (DGR 1154/2011).

L'obiettivo del piano è la realizzazione di un tessuto connettivo in grado di porre in circolarità una classe importante dei documenti di refertazione, prodotti dalle strutture e dai soggetti della sanità regionale. Attraverso interventi di natura organizzativa, tecnologica, infrastrutturale, di concertazione e regolamentazione, lo sviluppo progettuale ICT supporta in modo graduale e decisivo, la trasformazione ed il miglioramento dei processi assistenziali.

In modo complementare, le iniziative preordinate comportano una ricaduta considerevole anche sui processi gestionali della sanità, portando a fattor comune servizi su scala regionale e favorendo l'erogazione ed il monitoraggio dei servizi assistenziali.

Criticità

I sistemi informativi del servizio sanitario, inteso come l'insieme dei servizi degli Enti del SSR e della Regione, presentano specifiche criticità in generale ed in particolare, nel percorso orientato all'obiettivo, fra cui:

- sostanziale disomogeneità dei sistemi e delle infrastrutture degli Enti del SSR
- organizzazione con forte marca territoriale (ASUR) o di reparto per le AO;
- dotazioni infrastrutturali insufficienti sul territorio per inidoneità o mancanza;
- inerzie nel processo di trasformazione;
- interessi degli stake-holders divergenti e contrastati.

Azioni

- costituzione di un forte coordinamento a livello regionale;
- partizione dei contenuti tecnologici e di quelli di processo assistenziale;

- presidio con figure ad alta professionalità, sia per la parte tecnologica che per la parte assistenziale;
- coinvolgimento degli stake-holders per l'adesione ed il sostegno del processo di cambiamento.

Risultato atteso

- definizione di documentazione con contenuto informativo condiviso a livello regionale (anche in formato elettronico);
- graduale omogeneizzazione dei processi diagnostici e di assistenza (in particolare sul territorio);
- informazioni diagnostiche e di storia clinica disponibili per i professionisti per l'assistenza;
- attivazione graduale su base geografica dei servizi;
- impatto contenuto sui processi in essere e adesione consapevole su servizi aggiuntivi messi a disposizione dei professionisti del servizio sanitario.

Indicatori di risultato

- num. di professionisti e di strutture che attivano ed utilizzano i servizi;
- num. di assistiti che possono disporre di documenti di refertazione e di prescrizione archiviati nel sistema;
- tempi di up-time e di ripristino del servizio.

Obiettivo 2: Gestione del Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale

Nell'autunno del 2010, su scala regionale, si è attivato il servizio di prenotazione delle prestazioni specialistiche e delle visite ambulatoriali, il servizio è accessibile tramite gli sportelli per il pubblico delle aziende (ASUR, AOMN, AOR) e tramite un call center regionale (suddiviso su due unità Pesaro e Fermo), il sistema informatico è unico e contiene il complesso delle prestazioni e delle relative agende/ strutture eroganti.

Nel mese di marzo 2011 sono stati istituiti i gruppi di gestione, di verifica dei processi e di evoluzione del sistema regionale; a formare questi gruppi sono state chiamate e partecipano in modo efficace le rappresentanze delle tre aziende e della PF Sistemi Informativi e telematici della Giunta Regionale.

Il CUP regionale è diventato il principale strumento per la gestione dell'offerta delle prestazioni, nel corso dell'anno 2011 si è avuto modo di consolidare, ed in parte omogeneizzare, l'organizzazione dei processi di prenotazione delle aziende, viceversa, l'incremento del numero delle prenotazioni affidate al call center è segno di un servizio che la popolazione ha iniziato ad apprezzare e vi ricorre dunque sempre più frequentemente.

Criticità

Le criticità sono collegate con due ordini di fattori, la gestione di un contesto per sua natura variegato e la necessità di portare il servizio in luoghi sempre più vicini all'assistito, senza con ciò far

venir meno i contenuti professionali necessari per un uso appropriato delle risorse del servizio sanitario. Per cui il contesto da esaminare presenta:

- modelli organizzativi differenziati per specializzazione, per reparti e per aziende;
- percorsi con requisiti strutturali complessi e relativi vincoli operativi;
- infrastrutture e risorse professionali strutturalmente in regime di scarsità, con conseguenti liste di attesa per l'accesso alle prestazioni.

Azioni

- modello organizzativo, strumentazione tecnica (cfr. obiettivo n.1) e contratti regolanti il rapporto di collaborazione per il coinvolgimento dei soggetti del territorio coinvolti;
- analisi dei processi produttivi delle strutture/aree vaste/aziende e correlazioni con tempi di attesa e libera professione
- attivazione di canali informativi sui tempi di attesa per la popolazione
- sviluppo delle funzionalità a supporto dei miglioramenti e delle richieste esaminate dal gruppo di gestione e dal gruppo di verifica dei processi.

Risultato atteso

- omogeneizzazione dei processi di reparto/ambulatorio a livello aziendale e successivamente a livello regionale, per poter garantire termini di paragone e best practices;
- coinvolgimento dei soggetti del territorio per la prenotazione delle prestazioni: farmacie, medici di medicina generale, parafarmacie, specialisti delle strutture del territorio;
- pubblicazione per gli assistiti delle informazioni sui tempi di attesa a livello di area vasta ed eventualmente di struttura;
- tempi d'attesa, capacità produttive, volumi di produzione a livello struttura, area vasta, azienda;
- capacità di analisi e governo sui carichi dell'attività svolta in libera professione;
- analisi, indirizzo e guida dei carichi di lavoro del sistema CUP Unico, con interscambi fra i soggetti in produzione : call center, sportelli e strutture;
- definizione dei processi, realizzazione degli strumenti di self-booking, tutoring elettronico per la prenotazione diretta da parte dell'assistito.

Indicatori di risultato

- variazioni tempi di attesa per prestazioni critiche;
- num. di processi di struttura/azienda portati a fattor comune;
- num. di processi di reparto analizzati, formalizzati e condivisi;
- num. di soggetti del territorio che utilizzano il sistema;
- num. di prenotazioni effettuate dai soggetti sul territorio;
- num. di prenotazioni effettuate in modalità self-booking.

Obiettivo 3: Sistema Informativo Amministrativo sanitario (SIA – AREAS)

Il servizio sanitario regionale dispone da alcuni anni di un sistema informatico amministrativo (SIA – AREAS) le cui caratteristiche sono tali da far fronte alle esigenze di: contabilità generale, acquisti e magazzino, gestione cespiti, contabilità analitica, gestione personale, nelle componenti di giuridico, economico e presenze.

Le aziende (ASUR, AOMN, AOR) hanno adottato il sistema SIA – AREAS e le informazioni generate dalla loro attività confluiscono in un base dati unica e partizionata, in modo da consentire un proprio contesto riservato per ognuna di esse.

Il sistema informatico SIA-AREAS dispone di uno strumento di datawarehousing che consente l'analisi ordinata delle informazioni confluite nella base dati, durante le attività quotidiane dei reparti amministrativi. Ogni soggetto interessato, Regione o azienda che sia, è in grado di esaminare in modo rapido, efficace e mirato, le informazioni necessarie alle attività di controllo nell'ambito delle proprie competenze e prerogative di governo. Lo stesso datawarehouse è ulteriormente alimentato tramite un complesso di informazioni provenienti prevalentemente dai flussi ministeriali di controllo della erogazione delle prestazioni (farmaceutiche, ospedaliere, specialistiche, residenziali, emergenza-urgenza, etc). L'unione del duplice contesto in un unico strumento informatico dotato di elevate capacità di aggregazione e sintesi permette il confronto meramente economico: valore produzione - costo produzione.

Criticità

Le criticità sono collegate con la dimensione organizzativa del servizio sanitario e con i processi che ancora presentano difformità, sicuramente fra le aziende ma anche e soprattutto al loro interno. A differenza dall'altro sistema regionale, il CUP Unico, il SIA-AREAS non ha ancora consolidato la dotazione dei soggetti, con relativi ruoli e responsabilità: per la sua gestione, per l'accesso ai servizi, per la gestione delle innumerevoli e complesse anagrafiche e per la produzione e l'interpretazione degli strumenti di controllo prodotti dal datawarehouse. In questo percorso di consolidamento le criticità sono:

- modello di gestione e conduzione del sistema, ancora pesantemente in carico al fornitore;
- funzionalità ancora parzialmente implementate in reparti e strutture delle aziende;
- gestione delle anagrafiche complessa per numerosità delle stesse, per la necessità di competenze specifiche e per la voluminosità che comportano;
- definizione e condivisione delle informazioni che confluiscono nel datawarehouse;
- vincoli del decreto legge 118 del giugno 2011 per la certificazione del bilancio.

Azioni

- costituzione di un forte coordinamento a livello aziendale e regionale per la condivisione dei modelli di riferimento dei processi gestionali;
- coinvolgimento e presa in carico da parte delle aziende e delle strutture della Giunta della gestione del sistema, a scapito degli interventi onerosi del fornitore;

- definizione dei processi di gestione centralizzata e affidamento responsabilità;

Risultato atteso

- omogeneizzazione dei processi di reparto a livello aziendale e a livello regionale, con conseguente condivisione dei contenuti informativi;
- processi di controllo e di simulazione, aziendali e regionali, almeno per la parte economica e di personale;
- abbattimento dei costi di gestione del sistema;
- messa in linea dei servizi per il personale dipendente, cedolino e presenze;
- integrazione al proprio interno del complesso dei processi economici del servizio sanitario per la loro registrazione e gestione.

Indicatori di risultato

- numero di processi di struttura/azienda portati a fattor comune;
- % di affidabilità delle informazioni presenti nelle rispettive anagrafiche;
- processi di controllo aziendale realizzati con strumenti automatizzati.

Obiettivo 4: Razionalizzazione delle infrastrutture di elaborazione aziendali e regionali per la sanità

L'attuale configurazione organizzativa del servizio sanitario richiede uno sforzo di razionalizzazione e semplificazione delle infrastrutture, nel senso di concentrazione dei sistemi di elaborazione e omogeneizzazione dei sistemi applicativi. I livelli organizzativi di riferimento per questa razionalizzazione sono: il livello regionale, il livello aziendale. A loro volta le aziende sono tenute a declinare il livello aziendale con i criteri di efficienza, ovvero il contenimento dei costi e di efficacia, cioè la massima disponibilità ed affidabilità, soprattutto per le applicazioni delle aree critiche (urgenza-emergenza) e per quelle aree che supportano in modalità in-time il processo assistenziale.

Criticità

Lo stato attuale delinea in modo preciso una prima serie di criticità, retaggio queste della storia evolutiva della organizzazione del servizio sanitario, degli interventi da sino ad ora intrapresi o tuttora da intraprendere:

- passaggio del ruolo regionale ai servizi assistenziali quindi non solo a carattere amministrativo (sistema AREAS, CUP, flussi, etc.);
- collegamenti geografici da potenziare, in alcuni casi con situazioni anche non adeguatamente serviti dai player nazionali;
- percorso organizzativo in itinere e quindi soggetto a ulteriori e successive variazioni per le strutture assistenziali, sia territoriali che ospedaliere;
- molteplicità dei soggetti decisori per le problematiche ICT a livello aziendale.

Azioni

- istituzione di un organismo regionale di governo del processo di razionalizzazione dei siti di elaborazione, nello stesso organo è garantita la rappresentanza delle aziende del SSR;
- individuazione della configurazione obiettivo dei siti di elaborazione;
- valutazione dei gradi di rischio della configurazione individuata;
- definizione del piano di continuità dei servizi nella configurazione obiettivo;
- piano degli investimenti per il percorso di razionalizzazione e quadro costi/benefici triennale/quinquennale.

Risultato atteso

- concentrazione delle infrastrutture in un numero contenuto di luoghi fisici, equivalente al numero delle aziende, più la regione, più un sito di business-continuity/disaster-recovery, per cui il numero complessivo porterebbe a sei (4+1+1);
- individuazione dei servizi assoggettabili a remotizzazione;
- ridefinizione e semplificazione delle procedure di presidio, continuità e ripristino dei servizi;
- piano di continuità dei servizi nella configurazione obiettivo;
- contenimento dei costi complessivi di gestione delle infrastrutture.

Indicatori di risultato

- numero di siti di elaborazione ridotti e riallocati nei siti della configurazione obiettivo;
- scala dei delta costi in riduzioni per il percorso di razionalizzazione;
- tempi di up-time e di ripristino del servizio.

Obiettivo 5: Cartella clinica ospedaliera

L'organizzazione di maggiore complessità del servizio sanitario è l'ospedale, questi è una struttura ad alto costo di gestione e con procedure ben definite.

Il mercato dei sistemi informativi ha sempre avuto un grande interesse per l'ospedale, sviluppando un'offerta consistente e variegata. Per questo fatto e privi in passato di un coordinamento unitario, gli ospedali marchigiani hanno dato corso ad una copertura delle necessità delle aree amministrative e sanitarie, con i sistemi informativi variegati e diffusi; spinti in ciò dalle scelte di primari e direttori amministrativi, concentrati sulla realtà della propria specifica struttura.

Viceversa, la Regione negli ultimi anni ha promosso lo sviluppo di uno sforzo per omogenizzare alcuni fondamentali servizi (AREAS – CUP), risultando tale sforzo per coprire le disomogeneità nelle aree amministrative e gestionali anche nel contesto ospedaliero. I reparti ospedalieri sono ancora soggetti ad un governo fermo delle figure primarie, ciò costituendo una realtà fatta di modelli organizzativi e strumenti di lavoro molte volte singolari; tuttavia la condivisione dei protocolli per i percorsi assistenziali e per le pratiche mediche ha permesso di definire: criteri, organizzazione e procedure e sempre più uniformi. L'obiettivo è dunque quello di adottare un sistema in grado

di gestire i processi clinici di reparto nella loro specificità, ponendo a fattori comune le informazioni con gli altri sistemi diagnostici e gestionali dell'ospedale: laboratori, radiologie, anagrafe, farmacie, pronto soccorso, etc.

Criticità

Le criticità sono collegate con la caratterizzazione, con la numerosità delle discipline mediche e spesso con la differente complessità dei processi che si svolgono nei reparti specialistici; mettere a fattori comune una base informativa condivisa ed uno strumento operativo in grado di supportare i processi per le diverse specializzazioni richiede di superare le criticità di:

- modelli organizzativi differenziati per specializzazione, per reparti e per aziende;
- percorsi con requisiti strutturali complessi e relativi vincoli operativi;
- processi con scale temporali e frazionamenti delle informazioni interdipendenti nel contesto interno del reparto e con il contesto esterno;
- scambio tempestivo (real-time) di informazioni con altre strutture dell'ospedale, con altri reparti e con i livelli informativi dei servizi regionali.

Azioni

- costituzione di un forte coordinamento a livello aziendale/regionale per la formulazione dei modelli di riferimento dei processi di reparto e per area specialistica;
- definizione dei processi di struttura/azienda da costituire a fattori comune;
- definizione e condivisione di un modello di riferimento per l'architettura del sistema informativo ospedaliero;
- realizzazione di uno strumento operativo con caratteristiche di alta flessibilità e facile configurazione potersi adattare al variegato panorama delle organizzazioni di reparto.

Risultato atteso

- omogeneizzazione dei processi di reparto a livello aziendale e a livello regionale, con conseguente condivisione dei contenuti informativi e delle tassonomie di percorso assistenziale;
- interscambio immediato delle informazioni clinico sanitarie nell'ambito delle strutture dell'azienda;
- percorsi formativi semplificati nell'uso dello strumento e nell'impiego nella prassi medica;
- condivisione delle capacità professionali fra reparti e strutture;
- costruzione unica cartella clinica multi-disciplinare a livello di struttura/azienda per assistito;
- costituzione di un punto univoco di eventuale interscambio con i soggetti esterni all'azienda.

Indicatori di risultato

- numero di processi di struttura/azienda portati a fattori comune;
- numero di processi di reparto analizzati, formalizzati e condivisi;
- numero strutture/aziende che condividono e adottano lo strumento cartella clinica ospedaliera.

Area dei flussi informativi

Obiettivo 1: Il governo dei flussi informativi

Il governo dei flussi informativi deve garantire il rispetto del debito informativo da parte degli Enti del SSR verso la Regione e verso il livello nazionale (Ministero Salute, Ministero Economia, etc.) secondo le indicazioni normative nazionali e regionali.

Il governo dei flussi è rivolto a garantire il rispetto delle scadenze specifiche previste per l'invio di ciascun flusso informativo da parte degli Enti del SSR, nonché della qualità e della completezza dei dati ivi contenuti.

Obiettivo della funzione di governo è quindi quello di consentire che siano rispettate tutte le condizioni necessarie per predisporre l'invio al livello centrale ministeriale di tutti i flussi richiesti al fine di adempiere agli obblighi normativi nei tempi e nei modi prestabiliti; nello stesso tempo, deve favorire la disponibilità di dati completi, corretti e tempestivi come elemento indispensabile per svolgere una efficace e puntuale azione di programmazione da parte della Regione.

L'obbligo di adempiere al debito informativo stabilito dalla normativa nazionale costituisce per la Regione Marche un impegno imprescindibile in quanto stabilito da norme cogenti della legislazione nazionale; nello stesso tempo, il rispetto di tale obbligo, insieme al rispetto di tutti gli altri adempimenti previsti, consente alla Regione di poter avere la disponibilità della quota di FSN (pari al 3%) che altrimenti non verrebbe erogata, con la conseguenza di ridurre le risorse disponibili per il SSR.

Le principali criticità che rendono indispensabile la costituzione di un sistema di governo e monitoraggio dei flussi informativi sono di seguito elencate:

- mancanza di rispetto delle scadenze nell'invio dei flussi informativi;
- invio di dati incompleti;
- invio di dati contenenti errori;
- mancanza di precisa individuazione di responsabilità nel processo di estrazione ed invio dei dati al livello regionale;
- rischio di risultare inadempienti nei confronti del livello centrale ministeriale e di incorrere nella trattenuta del 3% del FSR.

Azioni

- definizione di indicazioni generali per il governo ed il monitoraggio dei flussi e per la verifica del rispetto della tempistica, della completezza e della qualità dei flussi informativi, a cura della Regione;
- creazione di una funzione organizzativa responsabile per i flussi sia a livello regionale che a livello aziendale;
- attivazione delle procedure di riorganizzazione delle funzioni di governo dei flussi (Aziende), in particolare:
 - o identificazione dei referenti dei singoli flussi aziendali, da parte delle Direzioni aziendali;
 - o consolidamento delle procedure di registrazione ed invio dei flussi esistenti;

- attivazione da parte delle Aziende dei nuovi flussi previsti dalla normativa nazionale, secondo le indicazioni regionali;
- estrazione ed invio dei flussi, da parte dei referenti aziendali;
- monitoraggio periodico flussi (referenti aziendali e regionali);
- Incontri periodici di valutazione e monitoraggio (Direzioni aziendali e Regione).

Risultato atteso

- miglioramento del sistema di raccolta ed invio dei flussi in termini di tempestività, qualità e completezza;
- disponibilità di dati attendibili e completi da utilizzare per la riorganizzazione sanitaria;
- rispetto delle scadenze e dei criteri di qualità fissati dai livelli ministeriali, così da non incorrere in valutazioni di inadempienza.

Indicatori di risultato

- Num. Flussi inviati nei tempi previsti / Num. Flussi da inviare;
- Num. Solleciti inviati / Num. Flussi richiesti.

Obiettivo 2: Osservatorio epidemiologico regionale e registri di patologia

I registri di patologia hanno la finalità di acquisire la conoscenza dei rischi per la salute, di consentire la riorganizzazione regionale degli interventi sanitari volti alla tutela della collettività dai medesimi rischi e di avviare sistemi di sorveglianza epidemiologica della popolazione.

La recente Legge regionale n. 6 del 10 aprile 2012 ha istituito l'Osservatorio epidemiologico della Regione Marche presso l'Agenzia regionale sanitaria, con compiti di coordinamento dell'attività di rilevazione epidemiologica e dei registri regionali delle cause di morte e di patologia.

La riconduzione a livello regionale, con il coordinamento dell'Osservatorio epidemiologico regionale (OER), dei registri di patologia e del registro delle cause di morte costituisce un obiettivo prioritario della Regione per poter disporre di strumenti a valenza Regionale per le attività di monitoraggio, analisi e studio dello stato di salute della popolazione e per fornire un completo supporto alla programmazione sanitaria regionale. Obiettivi prioritari sono la costituzione del registro delle cause di morte e del registro tumori.

La mancanza di un riferimento centrale regionale e di coordinamento regionale dei registri di patologia rende difficile avere i dati a disposizione per la stesura del Profilo di salute della popolazione marchigiana, nonché l'utilizzo a livello centrale di informazioni utili per la programmazione sanitaria.

Azioni

- definizione delle linee di indirizzo da parte dell'OER;
- costituzione registro delle cause di morte:
 - attivazione rete epidemiologica;
 - avvio sperimentazione ISTAT per la raccolta centralizzata delle schede informatizzate;
 - creazione e gestione archivio regionale;

- costituzione registro tumori:
- attivazione gruppi di lavoro regionali;
- progettazione flussi e relativo linkage con altre fonti informative per la costituzione di un database regionale relativo alla casistica dei tumori;
- formazione del personale.

Risultato atteso

- validazione dei registri di patologia a valenza regionale secondo linee guida comuni e condivise e con il coordinamento dell'Osservatorio epidemiologico regionale quale unico punto di riferimento;
- costituzione del registro delle cause di morte e del registro tumori.

Indicatori di risultato

- Num. linee guida specifiche rilasciate;
- Num. registri attivati.

Obiettivo 3: sviluppo del sistema di monitoraggio direzionale

La Regione intende attivare l'implementazione di un modello di monitoraggio strutturato e continuativo per la raccolta, elaborazione ed interpretazione delle informazioni relative a fattori produttivi impiegati e prestazioni/servizi erogati di tutte le componenti del SSR.

Tale modello dovrà sia supportare le attività di pianificazione e di allocazione delle risorse, sia fornire alle Aziende/Aree Vaste le informazioni necessarie per avviare concrete azioni di ottimizzazione delle modalità di impiego dei propri fattori produttivi.

La realizzazione di tale modello è strettamente correlato al consolidamento della funzione di governo dei flussi informativi, che costituiscono la fonte per l'alimentazione dei dati e delle informazioni necessarie alla produzione dei report e degli indicatori.

La qualità e la completezza dei dati presenti negli archivi aziendali e regionali non sempre sono elevate, e richiedono una attenta azione di manutenzione e verifica, a tutti i livelli istituzionali.

Azioni

- sviluppo di un progetto per identificare le esigenze in termini di raccolta e monitoraggio dati tali da rendere realizzabili gli obiettivi di raccolta, elaborazione ed interpretazione delle informazioni integrando i sistemi esistenti.

Risultato atteso

- identificazione dei requisiti di massima del progetto per la raccolta, elaborazione ed interpretazione dei dati e delle informazioni relative a fattori produttivi impiegati e prestazioni/servizi erogati di tutte le componenti del SSR.

Indicatori di risultato

- numero report periodici prodotti.