



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 116 LEGISLATURA N. IX

delibera
528

DE/ME/DSS Oggetto: Linee di attuazione ed implementazione del PSSR 2012 -
0 NC 2014. Approvazione

Prot. Segr.
574

Lunedì 16 aprile 2012, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- | | |
|----------------------|----------------|
| - GIAN MARIO SPACCA | Presidente |
| - PAOLO PETRINI | Vicepresidente |
| - ANTONIO CANZIAN | Assessore |
| - SANDRO DONATI | Assessore |
| - SARA GIANNINI | Assessore |
| - MARCO LUCHETTI | Assessore |
| - PIETRO MARCOLINI | Assessore |
| - LUCA MARCONI | Assessore |
| - ALMERINO MEZZOLANI | Assessore |
| - LUIGI VIVENTI | 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 Mezzolani Almerino. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità d ei 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

γ



OGGETTO: Linee di attuazione ed implementazione del PSSR 2012 – 2014. Approvazione.

LA GIUNTA REGIONALE

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

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

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

VISTO l'articolo 28 dello statuto della regione;

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

DELIBERA

- di approvare le linee di attuazione ed implementazione del PSSR 2012 - 2014 che, allegate alla presente deliberazione, ne formano parte integrante e sostanziale;
- di stabilire che la presente deliberazione costituisce direttiva vincolante per i Direttori Generali dell'ASUR, delle Aziende Ospedaliere, dell'INRCA e dei Direttori delle Aree Vaste, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 3, secondo comma, della L. R. n. 13/2003.

**IL SEGRETARIO
DELLA GIUNTA REGIONALE**

Elisa Moroni

**PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE**

Gian Mario Spacca

Quar.

Y



sedute del
16 APR 2012
delibera
5 2 8

pag.
3

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

La normativa nazionale di riferimento -l'intesa in data 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010/2012; Decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 coordinato con la legge di conversione 30 luglio 2010 n 122 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" con particolare riferimento agli artt. 9 e 11; il Piano Sanitario Nazionale 2011/2013 il cui schema, nel novembre 2010, ha registrato il via libera della Conferenza dei Presidenti delle Regioni -ha permesso la predisposizione di linee di indirizzo in materia sanitaria coerenti, tra l'altro, con il Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2012.

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

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

La successiva manovra "Salva Italia" del dicembre scorso (decreto legge n. 210 del 06.12.2011, convertito in legge n. 214/2011) ha inoltre introdotto ulteriori misure che graveranno sui bilanci regionali (aumenti dell'IVA, del prezzo della benzina e delle tariffe per beni e servizi), andando ad appesantire un quadro economico finanziario già estremamente critico.

Di fronte ai problemi di sostenibilità per tutto il sistema, l'orientamento generale complessivo è quindi rivolto ad una sempre maggiore razionalizzazione delle risorse in ragione di vincoli economici sempre più stringenti; al fine di garantire la sostenibilità dell'intero sistema sanitario, diventa inevitabile l'adozione di manovre strutturali e di recupero

Dei

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
ADUNANZA N.....LEGISLATURA N.....

dell'efficienza che comunque non devono penalizzare, ma se possibile, migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate e riallineare le risorse a disposizione con i LEA da erogare.

Dalla lettura coordinata dei riferimenti normativi citati emerge l'esigenza profonda del mantenimento dell'equilibrio economico raggiunto coniugato al rispetto dei livelli essenziali di assistenza e garantendo il massimo livello di qualità per servizi e prestazioni. Le condizioni per l'evoluzione del sistema socio sanitario regionale devono quindi conciliare il rigore economico e l'efficienza produttiva con una offerta di servizi in grado di soddisfare il bisogno espresso dai cittadini sia in termini quantitativi che qualitativi.

Per assicurare l'equilibrio economico-finanziario e perseguire l'equilibrio dell'offerta nei territori, in modo omogeneo in ciascuna Area Vasta, diventa quindi necessario procedere a scelte operative che comportino:

- Il miglioramento dell'efficienza produttiva, con interventi mirati a riorganizzare i processi nelle strutture operative, per garantire il progressivo allineamento dei costi a quelli sostenuti nelle strutture più efficienti;
- La ridefinizione strutturale dell'attuale rete dell'offerta coerente con le indicazioni nel Patto per la salute 2010-2012, che consenta di superare dispersioni e ridondanze oggi non più sostenibili.

Le indicazioni contenute negli atti programmatici regionali prefigurano uno scenario di sviluppo in linea con questo orientamento e definiscono un quadro strategico cui il documento allegato intende dare i necessari input attuativi. L'obiettivo delle linee di indirizzo è quindi quello di accelerare l'implementazione delle azioni di sviluppo del sistema socio-sanitario attraverso l'individuazione delle azioni prioritarie di intervento con la specifica dei risultati attesi e con la declinazione degli opportuni indicatori per la verifica dei risultati e per il conseguente monitoraggio.

Tali azioni comportano la razionalizzazione del sistema garantendo i servizi ai cittadini e creando le basi per il miglioramento degli stessi anche attraverso il recupero della mobilità passiva e l'abbattimento delle liste di attesa. All'interno di tale documento sono quindi definite in maniera coerente alcune valutazioni economiche conseguenti alle azioni individuate.

Le linee di indirizzo proposte mettono in evidenza le scelte programmatiche regionali che si vogliono perseguire e che dovranno essere implementate in logica di Area vasta nell'ambito delle Aziende regionali.

Gli obiettivi specifici si devono tradurre nella definizione di interventi di

Delet

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
ADUNANZA N.....LEGISLATURA N.....

razionalizzazione che, ripartendo dalle criticità emerse in fase di analisi, portino a scelte di riduzione della frammentazione dell'offerta, di riconversione delle piccole strutture ospedaliere a favore di strutture territoriali carenti (RSA, Lungodegenze, equipe territoriali H24, ...), rimodulazione del personale. Inoltre, attraverso il miglior governo ed il contenimento della spesa farmaceutica, la qualificazione del ruolo degli erogatori privati, si potrà ottenere una manovra economica che garantirà la razionalizzazione dell'intero sistema socio-sanitario per superare le carenze esistenti e migliorare i servizi.

Le suddette scelte programmatiche nascono e fanno riferimento, in rapporto alla situazione del sistema sanitario regionale, ad una serie di vincoli e criticità.

La situazione economica del paese presenta condizioni di particolare difficoltà che, anche per quanto riguarda la sanità, non ha mancato di fornire indicazioni volte a razionalizzare il settore, nell'intento di ridurre gli sprechi, ottimizzare i costi, aumentare i livelli di efficienza ed efficacia.

Per la Regione Marche ciò ha comportato una previsione di minori disponibilità finanziarie a partire dall'anno 2011 in relazione ad una consistente contrazione nell'incremento del FSN assegnato, accompagnata dall'introduzione di vincoli e condizioni che costringono all'adozione di misure di razionalizzazione interne al sistema.

La mancanza di un sistema informativo organizzato (SIA) ed integrato a livello regionale rappresenta una ulteriore difficoltà e criticità in ragione della necessità di monitorare costantemente e puntualmente l'andamento del sistema e tenere sotto controllo le variabili economiche correlate ad adeguati livelli di attività.

D'altra parte, il mantenimento dell'equilibrio di bilancio costituisce per la Regione un obiettivo prioritario, da cui discende l'esigenza di adottare una manovra strutturale che consenta di apportare una serie di correzioni al funzionamento del sistema necessarie per consolidare la stabilità del bilancio pur mantenendo elevata la qualità e l'efficacia dei servizi e delle prestazioni offerte ai cittadini.

L'insieme degli interventi descritti nel presente documento rappresentano quindi un importante strumento per la razionalizzazione del sistema sanitario marchigiano, da adottare secondo gli indirizzi dettati a livello centrale sia nel Patto per la salute del 3 dicembre 2009, sia nella proposta di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, attualmente in discussione in Conferenza Stato -Regioni. Di conseguenza, l'implementazione delle azioni dovrà avvenire nel rispetto dei criteri, dei parametri e degli standard previsti

Dei

8



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
ADUNANZA N.....LEGISLATURA N.....

da tale atto.

I risultati attesi del presente atto, per quanto attiene alle variabili economiche, vanno considerate quali stime previsionali che, nel momento attuativo, saranno oggetto di specifica verifica.

Nello stesso tempo, con l'introduzione del federalismo fiscale, che comporta l'adozione di costi e fabbisogni standard ai fini del riparto del FSN, è necessario impostare le modalità di valutazione economica delle attività del settore secondo logiche efficientistiche e di rispetto dei vincoli di finanza pubblica. In tal senso, il recepimento di tali indicazioni determina la necessità di declinare all'interno della regione la medesima metodologia, che prevede l'applicazione a tutte le realtà regionali dei valori di costo rilevati tra le realtà di riferimento, che vengono quindi a costituire un momento di confronto in ragione della dimostrata efficienza economica e della contestuale qualità nell'erogazione dei livelli di assistenza.

La presente proposta di deliberazione è stata esaminata senza osservazioni dalle competenti Posizioni di Funzione di cui alla DGR n. 412/2011

Per tutto quanto sopra si propone alla Giunta regionale:

- di approvare le linee di attuazione ed implementazione del PSSR 2012 - 2014 che, allegate alla presente deliberazione, ne formano parte integrante e sostanziale;
- di stabilire che la presente deliberazione costituisce direttiva vincolante per i Direttori Generali dell'ASUR, delle Aziende Ospedaliere, dell'INRCA e dei Direttori delle Aree Vaste, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 3, secondo comma, della L. R. n. 13/2003.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Sandro Oddi

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

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
ADUNANZA N..... LEGISLATURA N.....

deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
Carmine Ruta

La presente deliberazione si compone di n. ~~131~~ pagine, di cui n. ~~124~~ pagine di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Mordani

8

ALLEGATO ALLA DELIBERA
N° 5 2 8 DEL 16 APR 2012

ALLEGATO

REGIONE MARCHE

**LINEE DI ATTUAZIONE ED
IMPLEMENTAZIONE DEL
PSSR 2012-2014**

OT

Y

INDICE

PARTE I – LA STRATEGIA E GLI OBIETTIVI	5
1. GLI OBIETTIVI DELLE LINEE DI ATTUAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE	5
2. I RISULTATI CONSEGUITI DAL SSR MARCHIGIANO.....	5
3. LE INDICAZIONI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA.....	6
3.1 <i>I riferimenti normativi</i>	6
3.1.1 <i>I principali atti normativi regionali</i>	8
3.2 <i>I criteri e gli standard del Patto per la salute</i>	14
3.3 <i>I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)</i>	15
3.4 <i>Il PSSR 2012-2014</i>	16
4. LE INDICAZIONI DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA.....	20
PARTE II – GLI INTERVENTI	22
A. GLI INTERVENTI SUI FATTORI DI PRODUZIONE.....	22
A.1 INTERVENTO 1: IL GOVERNO DELLE RISORSE UMANE	22
A.1.1 <i>Obiettivo 1: contenimento/riduzione complessiva della spesa del personale</i>	22
A.1.1 <i>Obiettivo 2: evoluzione dei livelli assistenziali</i>	23
A.1.2 <i>Obiettivo 3: attuazione di un piano di riqualificazione/ricollocazione del personale</i>	24
A.1.3 <i>Obiettivo 4: razionalizzazione delle unità operative semplici e complesse</i>	25
A.2 INTERVENTO 2: IL GOVERNO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI DISPOSITIVI MEDICI	26
A.2.1 <i>Obiettivo 1: monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera</i>	26
A.2.2 <i>Obiettivo 2: incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa ospedaliera e territoriale</i>	27
A.2.3 <i>Obiettivo 3: Riorganizzazione dell'assistenza farmaceutica e logistica</i>	28
A.2.4 <i>Obiettivo 4: rete delle Farmacie Convenzionate e Ospedaliere</i>	29
A.2.5 <i>Obiettivo 5: dispositivi medici</i>	31
A.3 INTERVENTO 3: IL CONTROLLO STRATEGICO DI GESTIONE E IL GOVERNO DEI BENI E SERVIZI.....	34
A.3.1 <i>Obiettivo 1: Il controllo strategico di gestione</i>	34
A.3.2 <i>Obiettivo 2: dati e indicatori sui fattori di produzione</i>	36
A.3.3 <i>Obiettivo 3: riduzione dei costi e miglioramento dell'efficienza aziendale ottenibile attraverso la fase di riprogettazione dei processi di approvvigionamento e del ciclo passivo</i>	38
A.3.4 <i>Obiettivo 4: approvvigionamento di beni e servizi, tramite centrale regionale degli acquisti ovvero tramite gli altri strumenti del Sistema a Rete. Costituzione della Centrale degli Acquisti del SSR nella Regione Marche</i>	39
A.4 INTERVENTO 4: IL GOVERNO DEGLI EROGATORI PRIVATI.....	44
A.4.1 <i>Obiettivo 1: razionalizzazione delle attività delle case di cura multispecialistiche</i>	44
A.4.2 <i>Obiettivo 2: razionalizzazione delle attività delle case di cura monospecialistiche</i>	45
A.4.3 <i>Obiettivo 3: razionalizzazione delle attività delle strutture di riabilitazione</i>	45
A.4.4 <i>Obiettivo 4: razionalizzazione delle attività delle strutture del settore ambulatoriale</i>	47
A.5 INTERVENTO 5: IL GOVERNO DELLA MOBILITÀ SANITARIA	49
A.5.1 <i>Obiettivo 1: Riduzione della mobilità passiva</i>	49
A.5.2 <i>Obiettivo 2: Manutenzione e gestione degli accordi di confine</i>	50
A.5.3 <i>Obiettivo 3: Miglior gestione dei dati anagrafici degli assistiti</i>	52
B. LE AREE DI INTERVENTO SUI PROCESSI SOCIO SANITARI.....	53

A.6	INTERVENTO 6: LA RETE DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA.....	53
A.7	INTERVENTO 6.1: PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO	53
A.7.1	Obiettivo 1: Adeguamento organizzativo e di mission della rete dei Dipartimenti di Prevenzione.....	53
A.7.2	Obiettivo 2: attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010 -2012	55
A.7.3	Obiettivo 3: sanità pubblica e rapporto salute e ambiente.....	56
A.7.4	Obiettivo 4: tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.....	57
A.7.5	Obiettivo 5: potenziamento del sistema epidemiologico Regionale	58
A.7.6	Obiettivo 6: potenziamento delle rete per la promozione della salute	59
A.7.7	Obiettivo 7: consolidamento dei rapporti tra le reti per la preparazione e la gestione delle emergenze in sanità pubblica e veterinaria.....	59
B.1	INTERVENTO 6.2: VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE.....	61
A.7.8	Obiettivo 1: Adeguamento organizzativo e di mission della rete dei Dipartimenti di Prevenzione.....	61
A.7.9	Obiettivo 2: La sicurezza alimentare e la tutela della salute del consumatore	61
A.7.10	Obiettivo 3: Il benessere animale e la tutela della salute del cittadino.....	61
A.7.11	Obiettivo 4: La sanità animale e la tutela della salute del cittadino.....	62
A.7.12	Obiettivo 5: La sorveglianza e la prevenzione nutrizionale	63
B.2	INTERVENTO 7: LA RETE DELL' EMERGENZA - URGENZA	65
B.2.1	Obiettivo 1: riorganizzazione della rete territoriale	65
B.2.2	Obiettivo 2: ridefinizione Rete dei Pronto Soccorso e DEA.....	66
B.2.3	Obiettivo 3: revisione Punti di Primo Intervento (PPI).....	68
A.8	INTERVENTO 8: LA RETE OSPEDALIERA	69
B.2.4	Obiettivo 1: riduzione della frammentazione della rete ospedaliera.....	69
B.2.5	Obiettivo 2: riconversione delle piccole strutture	70
B.2.6	Obiettivo 3: Attivazione di strutture per l'assistenza al paziente sub acuto.....	71
B.2.7	Obiettivo 4: la programmazione per intensità di cura	72
B.2.8	Obiettivo 5: le aree di degenza per intensità di assistenza	72
B.3	INTERVENTO 9: LA RETE TERRITORIALE	74
B.3.1	Obiettivo 1: Superamento OPG: Attivazione sezione di osservazione psichiatrica in almeno un Istituto Penitenziario della Regione.	74
B.3.2	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.....	74
B.3.3	Obiettivo 3: Superamento OPG: Presa in carico soggetti dichiarati dimissibili dall'OPG di Reggio Emilia	75
B.3.4	Obiettivo 4: Piano di azione regionale per la Salute Mentale	75
B.3.5	Obiettivo 5: Diffusione territoriale delle Case della Salute	76
B.3.6	Obiettivo 6: Il Governo della domanda socio-sanitaria.....	76
B.3.7	Obiettivo 7: Disabilità: Definizione dei percorsi di prevenzione, valutazione e presa in carico delle disabilità in età evolutiva	77
B.3.8	Obiettivo 8: Promozione e miglioramento della qualità assistenziale nel settore delle demenze.....	78
B.3.9	Obiettivo 9: Le Cure domiciliari	79
B.3.10	Obiettivo 10: Applicazione della Legge 38: cure palliative e terapia del dolore.....	79
B.4	INTERVENTO 10: LA RETE SOCIO-SANITARIA	83
B.4.1	Obiettivo 1: Consolidamento dell'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale	83
B.4.2	Obiettivo 2: Regolamentazione della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello di Area Vasta, di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale.....	84

B.4.3	Obiettivo 3: Razionalizzazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale.....	86
B.5	INTERVENTO 11: LA RETE DELLE TECNOLOGIE E SERVIZI	89
B.5.1	Obiettivo 1: Il governo delle tecnologie.....	89
B.5.2	Obiettivo 2: razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici.....	91
B.6	INTERVENTO 12: LE RETI CLINICHE E ASSISTENZIALI.....	95
B.6.1	Obiettivo 1: le reti della prevenzione.....	95
B.6.2	Obiettivo 2: le reti assistenziali territoriali.....	96
B.6.3	Obiettivo 3: le reti cliniche di patologia emergenti/urgenti.....	96
B.6.4	Obiettivo 4: le reti cliniche ospedaliere.....	97
B.7	INTERVENTO 13: IL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO.....	98
B.7.1	Obiettivo 1: revisione delle procedure.....	98
A.8.1	Obiettivo 2: revisione degli standard.....	99
C.	LE AREE DI SVILUPPO STRATEGICHE.....	100
C.1	L'AREA DEL GOVERNO CLINICO.....	100
C.1.1	Obiettivo 1: Implementazione della Gestione del Rischio Clinico: "Attuazione piani strategici aziendali per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti".....	100
C.1.2	Obiettivo 2: Riorganizzazione del sistema di formazione continua (ECM) regionale ai sensi degli Accordi Stato Regioni 2007 e 2009.....	100
C.1.3	Obiettivo 3: Realizzazione di un sistema regionale di valutazione della soddisfazione degli utenti attraverso indagini di customer satisfaction.....	101
C.1.4	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.....	102
C.1.5	Obiettivo 5: Linee di indirizzo Regionali sulla Carta dei Servizi.....	102
C.2	L'AREA ICT.....	104
C.2.1	Obiettivo 1: E-CARE: Fascicolo Sanitario Elettronico - Sistema informativo per la circolarità di documenti di refertazione.....	104
C.2.2	Obiettivo 2: Gestione del Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale.....	105
C.2.3	Obiettivo 3: Sistema Informativo Amministrativo sanitario (SIA - AREAS).....	107
C.2.4	Obiettivo 4: Razionalizzazione delle infrastrutture di elaborazione aziendali e regionali per la sanità.....	108
C.2.5	Obiettivo 5: Cartella clinica ospedaliera.....	109
C.3	L'AREA DEI FLUSSI INFORMATIVI.....	112
C.3.1	Obiettivo 1: Il governo dei flussi informativi.....	112
C.3.2	Obiettivo 2: Osservatorio epidemiologico regionale e registri di patologia.....	113
C.3.3	Obiettivo 3: sviluppo del sistema di monitoraggio direzionale.....	114
PARTE III	- GESTIONE E IMPLEMENTAZIONE DEL CAMBIAMENTO.....	116
1.	LA GESTIONE DEI PROCESSI DI CAMBIAMENTO.....	116
2.	LE MODALITÀ OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE.....	120

PARTE I – LA STRATEGIA E GLI OBIETTIVI

1. Gli obiettivi delle linee di attuazione ed implementazione

La programmazione regionale prefigura uno scenario di sviluppo della sanità marchigiana in cui il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario deve essere perseguito nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e garantendo il massimo livello di qualità per servizi e prestazioni.

L'obiettivo delle presenti Linee di attuazione è quindi quello di accelerare l'implementazione delle azioni di sviluppo del sistema socio-sanitario attraverso l'individuazione delle azioni prioritarie di intervento con la specifica dei risultati attesi e con la declinazione degli opportuni indicatori per la verifica dei risultati e per il conseguente monitoraggio. Tali azioni devono comportare la razionalizzazione del sistema garantendo i servizi ai cittadini e creando le basi per il miglioramento degli stessi, attraverso il miglioramento dell'efficienza, l'aumento dell'appropriatezza, il recupero della mobilità passiva e l'abbattimento delle liste di attesa.

Le Linee di attuazione mettono in evidenza le scelte programmatiche regionali che si vogliono perseguire e che dovranno essere implementate in logica di Area vasta nell'ambito delle Aziende regionali.

Gli obiettivi specifici si devono tradurre nella definizione di interventi di razionalizzazione che, ripartendo dalle criticità esistenti, portino a scelte di riduzione della frammentazione dell'offerta, di riconversione delle piccole strutture ospedaliere a favore di strutture territoriali carenti (rete delle sub-acuzie, RSA, Lungodegenze, Casa della Salute, equipe territoriali H24,...), di consolidamento dei servizi di emergenza urgenza, di rimodulazione del personale. Inoltre, attraverso il miglior governo ed il contenimento della spesa farmaceutica, la creazione di una rete ATL articolata in logica di Area Vasta, la qualificazione del ruolo degli erogatori privati, si potrà ottenere una manovra economica che garantirà la razionalizzazione dell'intero sistema socio-sanitario per superare le carenze esistenti e migliorare i servizi.

2. I risultati conseguiti dal SSR marchigiano

L'equilibrio economico finanziario, ottenuto negli anni 2007-2011 grazie all'attuazione delle manovre economiche ed organizzative coerenti con la pianificazione regionale e nazionale, costituisce un risultato fondamentale che la Regione Marche intende continuare a perseguire, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e garantendo il massimo livello di qualità nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

L'evoluzione del sistema socio sanitario regionale è stata realizzata conciliando il rigore economico e l'efficienza produttiva, con una offerta di servizi in grado di soddisfare il bisogno espresso dai cittadini sia in termini quantitativi, che qualitativi.

I principali risultati raggiunti nel periodo 2007-2011 sono rappresentati da:

- il raggiungimento dell'equilibrio economico che è avvenuto attraverso il conseguimento dell'utile di esercizio pari ad Euro 1,15 mln nell'anno 2007, ad Euro

4,5 mln nell'anno 2008, ad Euro 0,5 mln nell'anno 2009 e ad un sostanziale pareggio negli anni 2010 e 2011;

- la contrazione della spesa per le risorse umane che è passata dal +6,07% del 2008 al -1,3% del 2011;
- l'ulteriore contrazione nella spesa farmaceutica convenzionata, che è passata da -1,7% del 2007 al -6,7% del 2011;
- la razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera e in somministrazione diretta, che è passata dal +16,3% del 2006 al +4,9% del 2011;
- la contrazione della spesa per l'acquisizione di beni con il passaggio dal +5,2% del 2006 al -1,3% del 2011;
- la contrazione della spesa per l'acquisizione di servizi con il passaggio dal +5,2% del 2006 al +1,4% del 2011;
- la riduzione del saldo negativo della mobilità sanitaria extraregionale che è passato da Euro 44,3 mln nel 2007 ad Euro 27,3 mln nel 2011;
- la razionalizzazione delle dotazioni strutturali delle reti ospedaliera, territoriale e socio sanitaria, con la riduzione dei posti letto per acuti (-10,3%) dal 2006 al 2011 e l'incremento dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza (+20,9%), insieme alla crescita dei posti letto per 1000 abitanti per la residenzialità e per le residenze protette;
- la riduzione degli interessi passivi derivante dal minor ricorso all'anticipazione bancaria, in seguito ad un'attenta distribuzione delle risorse di cassa assegnate mensilmente alle Aziende del SSR e all'INRCA.

I risultati positivi raggiunti negli anni 2007-2011 sono stati determinanti ai fini dell'individuazione della Regione Marche tra le regioni più virtuose nel contesto nazionale e hanno garantito alla stessa il riconoscimento annuale del saldo del 3% del FSN, che viene trattenuto a livello ministeriale e la cui erogazione è subordinata alla verifica positiva dei risultati annuali raggiunti sia di carattere economico che nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

3. Le indicazioni della programmazione sanitaria

3.1 I riferimenti normativi

Il Piano Sanitario Nazionale fornisce alle Regioni le linee prioritarie di azione ed intervento per l'evoluzione del sistema sanitario, indicando le seguenti direttrici:

- La prevenzione sanitaria e la promozione della salute
- La salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro
- La sanità pubblica veterinaria ed il benessere animale
- La sicurezza degli alimenti e la nutrizione
- La centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali

- La riorganizzazione della medicina di laboratorio e delle diagnostiche di laboratorio e per immagini
- La riorganizzazione delle reti ospedaliere e dell'emergenza urgenza: la problematica dei piccoli ospedali
- La riabilitazione
- Gli investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico del SSN

Al fine di indicare le modalità e gli strumenti per perseguire gli obiettivi prioritari di sviluppo, in sede di Conferenza Stato-Regioni è stato definito il Patto per la salute per gli anni 2010-2012 ed è attualmente in discussione il nuovo Patto per il triennio successivo, così da fissare le compatibilità ed i vincoli di finanza pubblica che assicurino l'equilibrio economico finanziario garantendo i Livelli essenziali di assistenza. Il Patto impone una serie di parametri e standard con le relative modalità di verifica, volti a razionalizzare le risorse ed a riorganizzare le diverse modalità di erogazione assistenziale secondo criteri di efficientamento e di economicità, e con un forte orientamento all'introduzione di costi-standard.

Il legislatore nazionale ha introdotto norme inerenti il federalismo fiscale che per la sanità comporteranno la determinazione del costo e del fabbisogno standard quale costo e fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituiscano gli indicatori rispetto ai quali comparare e valutare le azioni dei diversi sistemi regionali.

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

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

La successiva manovra "Salva Italia" del dicembre scorso (decreto legge n. 210 del 06.12.2011, convertito in legge n. 214/2011) ha inoltre introdotto ulteriori misure che graveranno sui bilanci regionali (aumenti dell'IVA, del prezzo della benzina e delle tariffe per beni e servizi), andando ad appesantire un quadro economico finanziario già estremamente critico.

Di fronte ai problemi di sostenibilità per tutto il sistema, l'orientamento generale complessivo è quindi rivolto ad una sempre maggiore razionalizzazione delle risorse in ragione di vincoli economici sempre più stringenti; al fine di garantire la sostenibilità dell'intero sistema sanitario, diventa inevitabile l'adozione di manovre strutturali e di recupero dell'efficienza che comunque non devono penalizzare, ma se possibile, migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate e riallineare le risorse a disposizione con i LEA da erogare.

3.1.1 I principali atti normativi regionali.

L'attività di programmazione, coerente con le indicazioni del livello nazionale e con gli indirizzi del Piano sanitario regionale trova espressione in una serie di atti.

Di seguito sono riportati i principali atti sia in relazione alla valenza regionale e territoriale (AV) sia in relazione alla tematica principalmente affrontata.

➤ A valenza regionale:

- Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014 (D.A. n. 38 del 20 dicembre 2011);
- Piano regionale di governo dei tempi di attesa (DGR n. 1040/2011);
- Recepimento Accordo Stato – Regioni Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo (DGR n. 1088/2011);
- Piano di riorganizzazione della rete delle strutture per la specialistica e la diagnostica (DGR n. 137/2007);
- Consolidamento e sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria in Regione (DGR n. 720/2007);
- Progetto del centro di prenotazione unico regionale (DGR n. 1111/2007);
- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007);
- Gara unica regionale per la fornitura dei farmaci (DGR n. 1204/2007);
- Alienazione beni immobili delle Aziende sanitarie (DGR n. 1208/2007; DGR n. 34/2009);
- Approvazione progetti per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN 2006-2008 (DGR n. 1336/2007; DGR n. 1043/2009; DGR n. 1044/2009);
- Proposta di deliberazione per l'organizzazione su area vasta dell'Asur (DGR n. 1465/2007);
- Accordo di programma per gli investimenti in sanità - I° e II° stralcio (DGR n. 1389/2008; DGR n. 17/2010);
- Creazione di un polo regionale per l'epidemiologia veterinaria (DGR n. 1766/2008);
- Atto di indirizzo per la riduzione della spesa farmaceutica (DGR n. 1807/2008);
- Riconversione delle case di cura monospecialistiche (DGR n. 76/2009);
- Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali (DGR n. 77/2009);

- Atto di indirizzo alle Aziende per l'applicazione del sistema dell'appropriatezza prescrittiva (DGR n. 140/2009);
- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).
- Linee di indirizzo per il modello organizzativo degli Hospice della Regione Marche (DGR n. 803/2009);
- Trasferimento erogazione di prestazioni dal regime di ricovero ordinario e dh al regime ambulatoriale (DGR n. 858/2009);
- Atto di ricognizione delle strutture ambulatoriali pubbliche e private (DGR n. 1788/2009);
- Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche (DGR n. 1789/2009);
- Progetto di interesse regionale "Potenziamento delle attività sanitarie della zona territoriale 6 di Fabriano connesse alla presenza della seconda base dell'elicottero (DGR n. 272/20110);
- Linee di indirizzo per la rete oncologica regionale marchigiana(DGR n.274/2010);
- Linee di indirizzo per la realizzazione della rete regionale di medicina molecolare (DGR n. 574/2010);
- Approvazione prontuario terapeutico ospedale territorio (DGR n. 1228/2010);
- Linee di indirizzo per il trattamento farmacologico del dolore neoplastico (DGR n. 1233/2010);
- Recepimento intesa Stato-Regioni e Province autonome del 29.4.2010 concernente il Piano Nazioanle della Prevenzioen per gli anni 2010-2012 (DGR n 1856/2010).

➤ **Per AV 1:**

- l'Integrazione tra gli ospedali di Fano e Pesaro (DGR n. 1113/2007; DGR n. 705/2008; DGR n. 158/2009; DGR n. 32/2010; DGR n. 33/2010);
- la Sperimentazione di Area Vasta Urbino, Fano e Pesaro (DGR n. 1113/2007);
- la Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta (DGR n. 274/2008);

➤ **Per AV 2:**

- La gestione integrata sperimentale per l'Area metropolitana di Ancona (DGR n. 175/2008; DGR n. 1576/2009);
- Nuovo INRCA / Ospedale di rete (DGR n. 1176/2008; DGR n. 1203/2008; DGR n. 1204/2008; DGR n. 1234/2008);
- La Rete nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva (DGR n. 1566/2010);
- Città di Ancona – punto di primo intervento (DGR n. 1112/2007);

- Attivazione punto di primo intervento presso l'Inrca (DGR n. 1352/2008);
- Accordo per la realizzazione del Nuovo Salesi (DGR n. 174/2010);
- L'Ospedale per intensità di cura – Jesi (DGR n. 176/2008);
- Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta (DGR n. 274/2008);

➤ **Per AV 3:**

- Sperimentazione di Area Vasta (Macerata, Civitanova, Camerino) per le reti clinica, socio-sanitaria, emergenza urgenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 811/2008);
- Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta (DGR n. 274/2008);

➤ **Per AV 4:**

- Il Nuovo ospedale di Fermo (DGR n. 696/2009);
- La sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta (DGR n. 274/2008);

➤ **Per AV 5:**

- L'integrazione tra gli ospedali di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto (DGR n. 1114/2007; DGR n. 805/2009);
- Sperimentazione del sistema delle Cure primarie (DGR n. 1372/2007)
- Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta (DGR n. 274/2008);
- Neurochirurgia in Area vasta (DGR n. 271/2010);
- La gestione integrata dei servizi territoriali tra le Zone di Fermo, Ascoli P. e San Benedetto T. (DGR n. 273/2008);

➤ **Per l'Area montana:**

- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).

➤ **Per Rete Ospedaliera:**

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007);
- Accordo di programma per gli investimenti in sanità - I° e II° stralcio (DGR n. 1389/2008; DGR n. 17/2010);
- Approvazione progetti per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN 2006-2008 (DGR n. 1336/2007; DGR n. 1043/2009; DGR n. 1044/2009);
- Atto di indirizzo per la riduzione della spesa farmaceutica (DGR n. 1807/2008);
- Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali (DGR n. 77/2009);

- Trasferimento erogazione di prestazioni dal regime di ricovero ordinario e dh al regime ambulatoriale (DGR n. 858/2009);
- Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche (DGR n. 1789/2009);
- Linee di indirizzo per la rete oncologica regionale marchigiana (DGR n.274/2010);
- Linee di indirizzo per la realizzazione della rete regionale di medicina molecolare (DGR n. 574/2010);
- Linee di indirizzo per il trattamento farmacologico del dolore neoplastico (DGR n. 1233/2010);
- L'Integrazione tra gli ospedali di Fano e Pesaro (DGR n. 1113/2007; DGR n. 705/2008; DGR n. 158/2009; DGR n. 32/2010; DGR n. 33/2010);
- La gestione integrata sperimentale per l'Area metropolitana di Ancona (DGR n. 175/2008; DGR n. 1576/2009);
- Nuovo INRCA / Ospedale di rete (DGR n. 1176/2008; DGR n. 1203/2008; DGR n. 1204/2008; DGR n. 1234/2008);
- Accordo per la realizzazione del Nuovo Salesi (DGR n. 174/2010);
- L'Ospedale per intensità di cura – Jesi (DGR n. 176/2008);
- Il Nuovo ospedale di Fermo (DGR n. 696/2009);
- L'integrazione tra gli ospedali di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto (DGR n. 1114/2007; DGR n. 805/2009);
- Neurochirurgia in Area vasta (DGR n. 271/2010);
- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).

➤ **Per Rete Emergenza-urgenza:**

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007);
- Incarico all'azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona dell'esperimento delle procedure di gara per l'affidamento del servizio di Elisoccorso (DGR n. 610/2007);
- Città di Ancona – punto di primo intervento (DGR n. 1112/2007);
- Attivazione punto di primo intervento presso l'Inrca (DGR n. 1352/2008);
- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).

- Progetto di interesse regionale “Potenziamento delle attività sanitarie della zona territoriale 6 di Fabriano connesse alla presenza della seconda base dell’elicottero (DGR n. 272/20110);

➤ **Per Rete Territoriale:**

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007);
- Progetto del centro di prenotazione unico regionale (DGR n. 1111/2007);
- Piano di riorganizzazione della rete delle strutture per la specialistica e la diagnostica (DGR n. 137/2007);
- Proposta di deliberazione per l’organizzazione su area vasta dell’Asur (DGR n. 1465/2007);
- Approvazione progetti per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN 2006-2008 (DGR n. 1336/2007; DGR n. 1043/2009; DGR n. 1044/2009);
- Atto di indirizzo per la riduzione della spesa farmaceutica (DGR n. 1807/2008);
- Riconversione delle case di cura monospecialistiche (DGR n. 76/2009);
- Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali (DGR n. 77/2009);
- Linee di indirizzo per il modello organizzativo degli Hospice della Regione Marche (DGR n. 803/2009);
- Trasferimento erogazione di prestazioni dal regime di ricovero ordinario e dh al regime ambulatoriale (DGR n. 858/2009);
- Atto di ricognizione delle strutture ambulatoriali pubbliche e private (DGR n. 1788/2009);
- Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche (DGR n. 1789/2009);
- Approvazione prontuario terapeutico ospedale territorio (DGR n. 1228/2010);
- Linee di indirizzo per il trattamento farmacologico del dolore neoplastico (DGR n. 1233/2010);
- la Sperimentazione di Area Vasta Urbino, Fano e Pesaro (DGR n. 1113/2007);
- la Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta (DGR n. 274/2008);
- Sperimentazione di Area Vasta (Macerata, Civitanova, Camerino) per le reti clinica, socio-sanitaria, emergenza urgenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 811/2008);
- La gestione integrata dei servizi territoriali tra le Zone di Fermo, Ascoli P. e San Benedetto T. (DGR n. 273/2008);

- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).

➤ **Per Rete Socio-sanitaria:**

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007);
- Consolidamento e sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria in Regione (DGR n. 720/2007);
- Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali (DGR n. 77/2009);
- Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche (DGR n. 1789/2009);
- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).

➤ **Per Rete della Prevenzione:**

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007);
- Coordinamento delle attività connesse alla sicurezza nella realizzazione delle grandi opere nella regione Marche (DGR 1542/2007);
- Integrazioni e modifiche alla DGR 1542/07 sulla sicurezza delle grandi opere (DGR 2231/2009);
- Approvazione schema di accordo per la tutela della salute dei lavoratori nelle grandi opere e schema protocollo legalità procedure contrattuali (DGR 1076/2009);
- Creazione di un polo regionale per l'epidemiologia veterinaria (DGR n. 1766/2008);
- Rinnovo protocollo d'intesa Regione Marche INAIL in materia di igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro (DGR 377/2008);
- Composizione Comitato Regionale di Coordinamento nella materia della tutela e della sicurezza nei luoghi di lavoro (DGR 875/2008);
- Linee guida screening carcinoma collo dell'utero, mammella e colon retto nella Regione Marche (DGR 1906/2008);
- Schema protocollo intesa Regione Marche e regione Umbria per il riuso del Sistema Informativo per la gestione delle attività veterinarie e alimenti (DGR 500/2009);
- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009);
- Piano operativo risposta pandemia influenzale nella regione Marche (DGR 1515/2009);
- Istituzione centro regionale di epidemiologia occupazionale (DGR 2229/09);

- Intesa operativa con Direzione Regionale del lavoro per la sicurezza e il contrasto al lavoro irregolare nelle Marche (DGR 2230/2009);
- Protocollo di intesa con ufficio scolastico regionale per promozione alla salute in ambito scolastico (DGR 1483/2010);
- Indirizzi in materia di offerta di vaccinazione nelle Marche (DGR 1662/2010);
- Recepimento intesa Stato-Regioni e Province autonome del 29.4.2010 concernente il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2010-2012 (DGR n 1856/2010).

3.2 I criteri e gli standard del Patto per la salute

Il Patto per la salute costituisce lo strumento con cui il Governo e le Regioni si accordano sui settori strategici in cui operare allo scopo di qualificare i servizi sanitari regionali e di garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, con un contestuale un maggior controllo della spesa.

Il Patto per la salute 2010 - 2012 ai sensi dell'Intesa Stato – Regioni del 3 dicembre 2009, ha indicato le regole ed i criteri per la razionalizzazione, il funzionamento, il finanziamento ed il monitoraggio del Servizio Sanitario Nazionale. Il Patto è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. Attualmente è in corso il confronto tra le Regioni e lo Stato per arrivare a definire il nuovo Patto per la salute per il triennio 2013-2015, con l'obiettivo di allineare i criteri e le regole di funzionamento del sistema alla complessità dello scenario economico finanziario esistente.

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

In particolare, si sottolineano i seguenti elementi del Patto vigente:

- Il finanziamento per livello di assistenza dei Servizi sanitari regionali deve rispettare la seguente suddivisione percentuale:
 - 5% per la prevenzione;
 - 51% per l'assistenza distrettuale;
 - 44% per l'assistenza ospedaliera.
- Per la dotazione organica di personale, le Regioni devono definire misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale, e devono inoltre fissare parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento della dirigenza e del comparto, in coerenza con gli standard di riferimento adottati dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli di Assistenza.

- Ai fini della razionalizzazione delle rete ospedaliera e per l'incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, le Regioni sono tenute ad adottare provvedimenti di riduzione del numero di posti letto ospedalieri entro uno standard pari a 4 posti letto per mille abitanti (l'orientamento del nuovo Patto attualmente in discussione è verso il 3,5), di cui:
 - almeno 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie (nell'orientamento attuale è 0,5 solo per la riabilitazione);
 - non più di 3,3 posti letto per mille abitanti, per pazienti acuti (3 nell'orientamento attuale, eventualmente comprensivo della post-acuzie).

Tali indicazioni sono finalizzate a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, nonché a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare.

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

Il Patto per la salute formula indicazioni in merito alla Prevenzione collettiva, al riordino delle cure primarie, all'integrazione Territorio/Emergenza-Urgenza, alla riorganizzazione complessiva della rete degli ospedali e delle strutture sanitarie, alle strutture ed agli interventi socio-sanitari.

Il Patto per la salute interviene inoltre sul monitoraggio e sulla verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sui quali aggiornare il provvedimento relativo al sistema di indicatori di garanzia nonché prevede di utilizzare, nella fase intermedia, il set di indicatori già approvato per l'anno 2007 dal Comitato permanente per la verifica dei LEA, e di monitorare l'andamento degli stessi LEA in relazione alla definizione dei costi standard in attuazione del federalismo fiscale.

3.3 I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

I LEA sono organizzati in tre grandi Aree:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale)
- l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali

(consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche)

- l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via.

Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini e le Regioni, come hanno fatto fino ad oggi, possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA. Sono escluse dai LEA le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre (sono più costose di altre).

3.4 II PSSR 2012-2014

La programmazione sanitaria regionale trova il suo fondamento, oltre che nelle indicazioni provenienti dai livelli centrali nazionali, nelle linee strategiche di intervento previste dal nuovo PSSR, in coerenza con il precedente PSR 2007-2009, e che riguardano:

- La razionalizzazione delle risorse economiche e finanziarie, per garantire il mantenimento dell'equilibrio economico
- La semplificazione ed il rafforzamento dell'assetto istituzionale, per favorire una efficace azione di governance a tutti i livelli decisionali
- L'orientamento alla ricerca e all'innovazione, per dare un nuovo impulso alla sperimentazione di nuovi percorsi e tecnologie nei processi di cura
- Lo sviluppo dei sistemi di rete, per la riqualificazione dell'offerta assistenziale attraverso l'integrazione e la diversificazione delle attività
- L'innovazione tecnologica, il cui governo deve contribuire al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie
- La riqualificazione e l'adeguamento strutturale, per consentire, attraverso l'utilizzo di criteri progettuali innovativi e nuovi modelli organizzativi, una gestione più efficace del paziente secondo logiche di integrazione, continuità della cura e modulazione dell'intensità assistenziale
- La valorizzazione delle professionalità, per favorire il consolidamento delle competenze generali ed il sostegno alle competenze distintive, attraverso la leva strategica della formazione e lo stimolo della partecipazione

Il PSSR prevede che l'implementazione delle linee di intervento sopra indicate sia finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi generali:

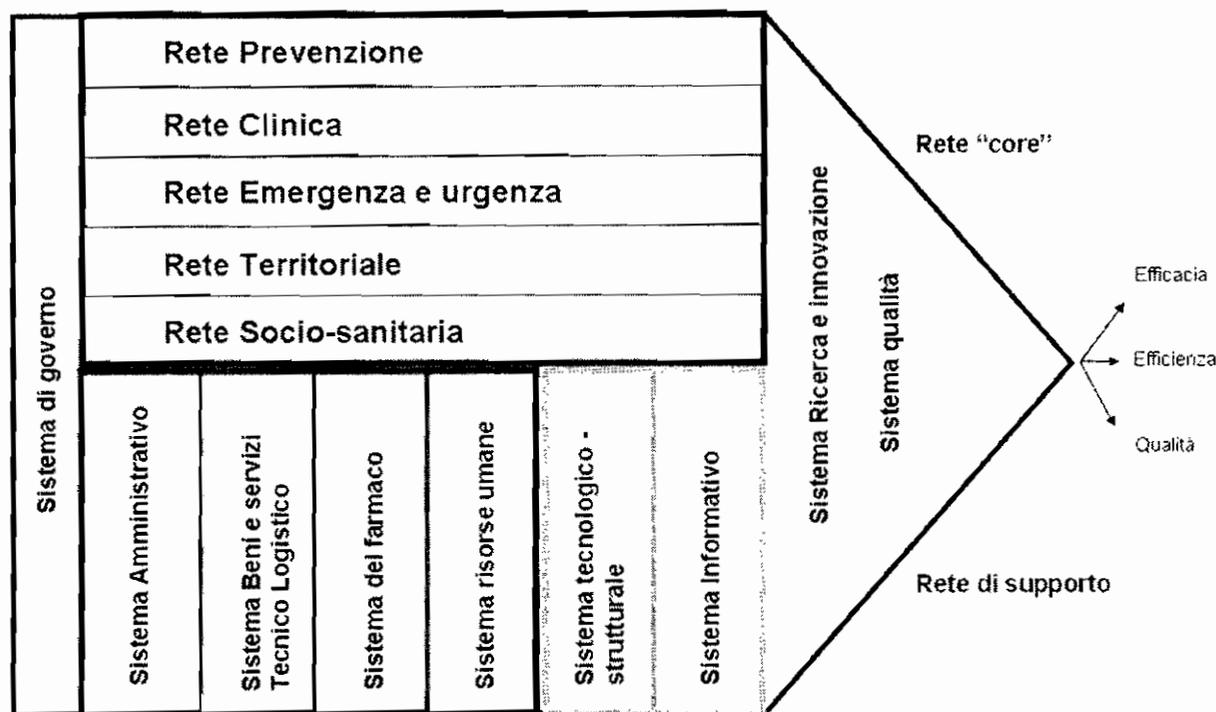
- promozione della salute,
- contenimento dei Tempi di Attesa,
- miglioramento dell'appropriatezza,
- riduzione della mobilità passiva,
- consolidamento del governo clinico,

- sviluppo dell'integrazione socio sanitaria,
- rafforzamento della prevenzione e della predizione,
- promozione della cultura di rete e della collaborazione professionale.

Le indicazioni strategiche contenute nel PSSR sono 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 di carattere economico fissati.

Da un punto di vista organizzativo, la definizione delle azioni di sviluppo e di intervento sulla realtà sociale e sanitaria marchigiana, secondo le indicazioni del PSSR 2012-2014, 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"

Al fine di garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale, l'efficientamento dell'intero sistema ed il miglioramento in termini di efficacia e qualità dei servizi e delle prestazioni da offrire ai cittadini deriva quindi dall'integrazione in rete dei processi che si esprimono in modo differenziato all'interno di ciascuna fase del percorso diagnostico terapeutico.

Le azioni di intervento promosse dalla programmazione regionale sono rivolte al superamento di criticità quali:

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

Il PSSR, declinando le indicazioni centrali e della Conferenza Stato-Regioni, si indirizza quindi alla reingegnerizzazione delle reti ospedaliera, territoriale e socio-sanitaria al fine di garantire i seguenti obiettivi:

- la riorganizzazione delle unità operative semplici e complesse a livello complessivo di rete di area vasta geograficamente intesa;
- la presenza di un nodo principale, di carattere regionale nelle patologie a maggior complessità, e di nodi secondari, per il trattamento delle acuzie, nonché di nodi di cure intermedie, prevalentemente destinati alla riabilitazione ed alla lungodegenza.
- la definizione delle aree di degenza per intensità di cura e di assistenza;
- l'integrazione, la qualificazione e l'equilibrata distribuzione dei servizi d'eccellenza sul territorio regionale, il superamento della duplicazione delle unità operative e la valorizzazione delle funzioni tipiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia (ricerca e didattica);
- la differenziazione delle attività tra le diverse strutture, affinché i nodi della rete operino in modo integrato ma con una precisa concentrazione e suddivisione delle attività, da quelle di maggiore complessità ed intensità assistenziale sino a forme di assistenza più orientate al territorio (strutture tipo Case della Salute e presidi H24), con la rimodulazione dei posti letto tra quelli per pazienti acuti, per la lungodegenza e la riabilitazione fino a quelli residenziali (RP-RSA);
- l'integrazione tra la rete territoriale e socio-sanitaria per la gestione dell'offerta di carattere residenziale e semiresidenziale nelle sue varie modalità assistenziali (Hospice, RSA, RP, Case famiglia, Comunità alloggio, etc.), per categorie di disagio ed in modo diffuso sul territorio di ogni AV geograficamente intesa;

- la rivisitazione della rete di riabilitazione per i percorsi di post acuzie;
- lo sviluppo della rete della prevenzione a garanzia della Prevenzione primaria collettiva e della prevenzione per gruppi di rischio (gli screening oncologici, gli screening pediatrici, la medicina predittiva).



4. Le indicazioni della programmazione economica

Criticità

Il trend di crescita del Fondo Sanitario Regionale nel corso degli ultimi anni, così come riportato nella tabella che segue, mette in evidenza la drastica riduzione delle risorse destinate alla sanità.

Va inoltre segnalato che sulla base del D.Lgs.68 /2011, a partire dall'anno 2013, entrerà in vigore il nuovo sistema di finanziamento basato sui costi standard, in funzione del quale è prevista una nuova rideterminazione delle risorse da concordare nell'ambito dell'Intesa Stato-Regioni, in coerenza con (i) il fabbisogno dei livelli essenziali di assistenza (LEA), erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza, (ii) il quadro macroeconomico complessivo e (iii) il rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria.

	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Fondo sanitario regionale	2.450,53	2.567,30	2.641,75	2.689,91	2.688,75
Incremento assoluto sull'anno precedente		116,77	74,45	48,16	31,11
Incremento % rispetto all'anno precedente		4,77%	2,90%	1,82%	1,16%

L'incremento 2011/2010 è stato calcolato considerando il fondo 2010 al netto della restituzione della quota per la Valmarecchia.

Pertanto la previsione del FSR sotto riportata potrebbe subire delle modificazioni.

Risultato atteso

Il sistema di finanziamento del SSR rappresenta e rappresenterà sempre più il quadro delle risorse economico/finanziarie all'interno del quale il sistema sanitario regionale (SSR) dovrà orientare i propri comportamenti indirizzandoli verso strategie finalizzate a garantire livelli elevati di efficienza ed efficacia. Pertanto l'equilibrio economico-finanziario costituisce il vincolo ed al tempo stesso l'obiettivo da raggiungere per il SSR.

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

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

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

obiettivi di budget assegnati è motivo di decadenza dei Direttori Generali delle Aziende del SSR e dell'INRCA.

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

FONDO NAZIONALE

	2012	2013	2014
Fondo - Patto per la Salute anni 2010/2012	111.694,00	114.708,00	119.150,00
Bambin Gesù- Patto per la Salute anni 2010/2012	- 50,00	- 50,00	- 50,00
Finanziamento medicina penitenziaria L. 191/2009	167,80	167,80	167,80
Risorse decurtate dalla Legge 191/09: personale	- 466,00	- 466,00	- 466,00
Risorse decurtate dalla Legge 111/2011: quota fissa 10 euro	- 834,00	- 834,00	- 834,00
Risorse decurtate dal D.L. 78/2010: personale	- 1.132,00	- 1.132,00	- 1.132,00
Risorse decurtate dal D.L. 78/2010: farmaci	- 600,00	- 600,00	- 600,00
Tagli indicati come saldo netto da finanziare nella relazione Tecnica del DL 78/11		- 2.500,00	- 5.450,00
Fondo sanitario nazionale	108.779,80	109.293,80	110.785,80
Incremento assoluto sull'anno precedente	1.874,50	514,00	1.492,00
Incremento %	1,75%	0,47%	1,37%

REGIONE MARCHE

Fondo sanitario regionale	2.728,696	2.742,340	2.780,733
Incremento assoluto sull'anno precedente	39,95	13,64	38,39
% FSR/FSN	2,51%	2,52%	2,52%

Valori in mln di €

PARTE II – GLI INTERVENTI

A. GLI INTERVENTI SUI FATTORI DI PRODUZIONE

A.1 Intervento 1: il governo delle risorse umane

A.1.1 Obiettivo 1: contenimento/riduzione complessiva della spesa del personale.

Per gli anni 2012-2014, deve essere perseguito l'obiettivo di diminuzione complessiva della spesa del personale del SSR con conseguenti economie complessive da realizzarsi nel triennio considerato, in coerenza con gli atti di programmazione e indirizzo regionali già adottati (DGRM 288 del 8/03/2011, DGRM n.1160 del 01/08/2011 e DGRM n.1161 del 01/08/2011).

1. Per l'Anno 2012 si prevede di ridurre la spesa complessiva del personale di € 10 mln, a conferma di quanto previsto dalla DGRM n.288/2011 e dalla DGRM n.1161/2011, attraverso azioni di limitazione del turnover del personale a tempo indeterminato, determinato, co.co.co. e altre forme di lavoro flessibile, evitando sostituzioni del personale cessato in misura corrispondente all'obiettivo di risparmio di ciascuna azienda ed ente del SSR, che verrà dettagliato in sede di assegnazione del budget 2012 da parte della Giunta Regionale; in tale contesto, deve essere perseguito l'obiettivo di riduzione della spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile con riduzione fino al 20% della relativa spesa, rispetto all'ammontare sostenuto in termini di competenza nell'anno 2009 (DGRM n.1161/2011, obiettivo anno 2012 di riduzione della spesa relativa ai rapporti di lavoro flessibile);
2. **Per gli anni 2013 e 2014**, in relazione alle manovre economico finanziarie statali ed alle misure che verranno adottate con riguardo al finanziamento del SSN, è necessario proseguire nell'obiettivo di riduzione della spesa del personale del SSR, attraverso azioni di limitazione del turnover del personale a tempo indeterminato, determinato, co.co.co. e altre forme di lavoro flessibile, evitando sostituzioni del personale cessato in misura corrispondente all'obiettivo di risparmio di ciascuna azienda ed ente del SSR, che verrà dettagliato in sede di assegnazione del budget per ciascun anno di riferimento, da parte della Giunta Regionale; in tale contesto, trova continuità il perseguimento dell'obiettivo di riduzione della spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile, con riduzione della relativa spesa, rispetto all'ammontare sostenuto in termini di competenza nell'anno 2009;

Ferme restando le limitazioni di turnover sopra indicate, sono fatte salve le assunzioni e la stipula di contratti la cui spesa sia parzialmente ovvero interamente finanziata da fondi privati, comunitari, statali e regionali, ovvero da altri enti o istituzioni pubbliche.

Risultato atteso

diminuzione del costo complessivo del personale da realizzarsi nel triennio 2012/2014.

Azioni

limitazione del turnover di personale a tempo indeterminato, determinato, cococo e altre forme contrattuali di lavoro flessibile, evitando sostituzioni del personale cessato in misura corrispondente all'obiettivo di risparmio per ciascun anno considerato.

Indicatori di risultato

Variazione costo complessivo del personale

SUB OBIETTIVO 1. 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 ex DGRM n.1161/2011 (art.9, comma 28 DL 78/2010, convertito in L. n.122/2010), 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.937 e 938 del 14/07/2008). Restano ferme tutte le disposizioni contenute nella DGRM 1161/2011 e n.1160/2011 per quanto non previsto dal presente atto.

A.1.1 Obiettivo 2: evoluzione dei livelli assistenziali

Criticità

Le azioni di razionalizzazione in fase di attivazione sono collegate all'attuale quadro normativo nazionale e regionale, anche se le disposizioni previste nel cosiddetto "Decreto SalvaItalia", che prevede un ulteriore taglio di circa 8 miliardi di Euro alle Regioni, non sono state attuate e sono tuttora oggetto di trattativa sul tavolo Stato-Regioni nell'ambito della discussione del nuovo Patto per la Salute che dovrà essere approvato entro il 30 aprile 2012.

Nell'ambito delle ipotesi tecniche del nuovo Patto per la Salute in discussione vi sono anche nuove azioni sulla rete ospedaliera, che prevedono anche interventi sul numero complessivo dei posti letto o sulle dimensioni delle strutture, ovvero in entrambe le direzioni, difficilmente eludibili in caso di conferma della riduzione del finanziamento previsto per le Regioni.

In particolare le azioni ipotizzate sono relative al tasso di posti letto per mille abitanti, che porterebbero l'attuale dotazione di 4 posti letto per mille abitanti a 3,5: ciò equivarrebbe, per la Regione Marche, ad una riduzione di oltre 700 posti letto, prevalentemente per ricoveri in acuzie (ordinari e di day hospital).

La proposta del Ministero della Salute invece consiste nella definitiva chiusura di strutture pubbliche con meno di 120 posti letto complessivi: dai documenti ministeriali (Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010) risulta che nella Regione Marche 20 strutture su 33 complessive sono al di sotto di questo valore.

In entrambe le ipotesi si perviene ad una netta riduzione del numero complessivo dei posti letto, cui corrisponde una diminuzione del numero di operatori sanitari dedicati all'assistenza ospedaliera.

Risultati attesi

- ✓ Riduzione del numero di posti letto per acuti
- ✓ Riduzione del personale sanitario ospedaliero

Azioni

- Riorganizzazione delle strutture ospedaliere per intensità di cura e di assistenza
- Mobilità del personale verso strutture ambulatoriali o territoriali/residenziali
- Verifica dotazioni mediche specialistiche in Area Vasta
- Programmazione delle assunzioni sulla base della riorganizzazione interna degli ospedali in Area Vasta

Indicatori di risultato

- Posti letto per 1000 abitanti in Regione e per Area Vasta
- Costo del personale ospedaliero per posto letto
- Costo del personale ospedaliero del ruolo medico per posto letto
- Costo del restante personale sanitario ospedaliero per posto letto

A.1.2 Obiettivo 3: attuazione di un piano di riqualificazione/ricollocazione del personale

Criticità

Le azioni di razionalizzazione delle rete ospedaliera conducono ad una revisione delle dotazioni organiche del personale ospedaliero che dovrebbero essere orientate ad una minore spesa complessiva del costo ospedaliero, in particolare per quanto concerne il fattore produttivo "personale".

Risultati attesi

- ✓ Riduzione del personale sanitario ospedaliero
- ✓ Incremento del personale sanitario assegnato al territorio

Azioni

- Censimento delle unità operative di degenza per intensità di cura
- Mobilità del personale verso strutture ambulatoriali o territoriali/residenziali
- Verifica dotazioni mediche specialistiche in Area Vasta
- Programmazione delle assunzioni sulla base della riorganizzazione interna degli ospedali in Area Vasta

Indicatori di risultato

- Costo del personale ospedaliero per posto letto
- Costo del personale ospedaliero del ruolo medico per posto letto
- Costo del restante personale sanitario ospedaliero per posto letto
- Costo del personale del territorio per 10.000 abitanti

A.1.3 Obiettivo 4: razionalizzazione delle unità operative semplici e complesse

Criticità

La Legge 133/2008 e, più recentemente, il Patto per la Salute 2010-2012 prevedono che le Regioni avviino un processo di razionalizzazione dell'organizzazione, che tenda alla riduzione della spesa sostenuta per il personale dirigente e del comparto. La frammentazione della rete ospedaliera ha provocato una duplicazione di discipline con presenza di strutture complesse e semplici in funzione degli Ospedali presenti. Le azioni di razionalizzazione della rete ospedaliera, con riduzione della duplicazione delle discipline, definizione delle attività per intensità di cura associate alla riconversione delle piccole strutture, consentono anche di ridurre il numero e di ridistribuire le strutture complesse e semplici nella rete ospedaliera.

Risultati attesi

- ✓ Razionalizzazione delle strutture complesse in Area Vasta
- ✓ Assegnazioni incarichi di struttura semplice in Area Vasta

Azioni

- Definizione del fabbisogno in Area Vasta
- Programmazione delle attività in Area Vasta

Indicatori di risultato

- N. di posti letto per Dirigente
- N. di posti letto per Direttore di struttura complessa
- Rapporto Dirigenti di struttura semplice rispetto ai Direttori di struttura complessa
- Costo dirigenti ospedalieri del ruolo medico per posto letto
- Costo personale ospedaliero per posto letto

A.2 Intervento 2: il governo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici

A.2.1 Obiettivo 1: monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera.

Criticità

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

Risultato atteso

- Pubblicazione, aggiornamento almeno semestrale del PTOR;
- Recepimento del PTOR nel Prontuario Terapeutico di Area Vasta, che comprende anche l'Azienda Ospedaliera presene nel territorio di competenza;
- Miglioramento della qualità dei dati e della tempistica nella loro acquisizione, da parte dell'ARS;
- Produzione di report per tematiche specifiche;
- Completamento dei progetti di farmacovigilanza entro il 2014 con l'aumento delle segnalazioni delle sospette reazioni ai farmaci (farmacovigilanza).

Azioni

- Reportistica per le direzioni generali degli Enti del SSR e per la regione Marche finalizzata alla programmazione ed al controllo della spesa farmaceutica;
- contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, al fine di utilizzare le risorse per i farmaci ad alto costo, migliorando l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, in modo particolare quelli che sono stati oggetto di atti di indirizzo da parte della CRAT;
- Aggiornamento periodico semestrale del PTOR (Prontuario Terapeutico Ospedale-Territorio Regionale) e semplificazione dell'iter amministrativo;
- Recepimento del PTOR e revisione dei Prontuari Terapeutici di Area Vasta, da parte delle strutture periferiche del SSR, con organizzazione per Area Vasta e con particolare riferimento alla continuità assistenziale ospedale - territorio;
- Miglioramento 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);
- Analisi dei consumi farmaceutici, da parte degli Enti del SSR e dell'ARS, per il monitoraggio, per il recepimento e l'applicazione delle linee di indirizzo emanate dalla CRAT e riportate dal PTOR per il miglioramento dei criteri di appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci;
- Attivazione dei progetti di farmacovigilanza da parte degli Enti del SSR, nonché del Centro Regionale di farmacovigilanza da parte dell'ARS (DGRM 1153/2011).

Indicatori di risultato

- Pubblicazione di report entro tre mesi dall'approvazione del presente atto;
- Pubblicazione semestrale dell'aggiornamento del PTOR;
- Pubblicazione semestrale dell'aggiornamento dei Prontuari di Area Vasta;
- Rispetto della tempistica e riduzione degli "errori" o anomalie;
- Riduzione dell'inappropriatezza e della spesa sanitaria con riferimento ai costi standard, per ciascun Ente del SSR a partire dal 2012 (D.L. 78/2010);
- 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.

A.2.2 Obiettivo 2: incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa ospedaliera e territoriale

Criticità

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 stanno per 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, b) la compartecipazione dell'assistito, c) la condivisione della responsabilità della spesa con l'industria farmaceutica (pay back).

Risultato atteso

- Realizzazione delle procedure pubbliche di acquisto (gare) per i farmaci con riduzione dei costi dell' 1,5% dei farmaci a parità di volumi;
- Incremento annuo dell' 1% della distribuzione diretta dei farmaci in DDD;
- Incremento annuo dell' 1% della distribuzione per conto (Progetto Marche) e riduzione degli oneri per la distribuzione;
- Incremento annuo dell' 1% dei consumi dei farmaci non coperti da brevetto; riduzione di oltre il 3% (circa € 9 milioni di Euro) della spesa farmaceutica convenzionata netta nel 2012 rispetto al 2011 (DGRM 1151/2011); per il 2013 e 2014 non è previsto un incremento della spesa convenzionata netta;
- Risparmio per i farmaci che hanno i biosimilari, a seguito della riduzione dei prezzi, di circa 3 milioni di euro/anno (risparmio minimo del 20%).

Azioni

- Gare Regionali uniche per farmaci, inclusi emoderivati, ossigeno, vaccini e soluzioni pronte per la Nutrizione Parenterale;
- Incremento della distribuzione diretta dei farmaci tramite le farmacie ospedaliere ed i servizi farmaceutici territoriali;
- Incremento della distribuzione dei farmaci con la distribuzione per conto tramite le farmacie convenzionate (Progetto Marche);
- Incremento dei consumi dei farmaci con principio attivo non coperto da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente; dal 2013 introduzione della compartecipazione per contenere la domanda ed ridurre la spesa;
- Incremento dell'uso di farmaci biosimilari/originatori a partire dal 2012.

Indicatori di risultato

- Espletamento delle gare prima della scadenza contrattuale con una riduzione media dell'1,50% dei prezzi rispetto a quelli attualmente sostenuti dal SSR;
- Incremento distribuzione diretta di farmaci con consumi espressi in DDD (Dose Definita Die)/1.000 abitanti die;
- Incremento annuo delle DDD in percentuale del consumo di farmaci non coperti da brevetto con riduzione in percentuale della spesa netta nel 2012 e mantenimento nel 2013 e 2014;
- Riduzione in percentuale dei costi per i farmaci che hanno i biosimilari.

A.2.3 Obiettivo 3: Riorganizzazione dell'assistenza farmaceutica e logistica

Criticità

La gestione dei farmaci avviene per mezzo di un unico sistema informatizzato (SIA - AREAS). I servizi farmaceutici territoriali e ospedalieri del SSR sono in fase di riorganizzazione nell'ottica di area vasta.

Risultato atteso

- a. Riorganizzazione dei servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali;
- b. Magazzini centralizzati in grado di servire un territorio di AV o regionale:
 - 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.

Azioni

- Riorganizzazione dei Servizi Farmaceutici Ospedalieri e Territoriali nell’ottica di AV;
- Riorganizzazione della logistica per la gestione dei farmaci e dei dispositivi medici nell’ottica di AV o regionale.

Indicatori di risultato

- a. Numero delle strutture operative sul territorio;
- b. Numero di magazzini per i farmaci e per i dispositivi medici:
 - Numero di magazzini interfacciati con quello virtuale;
 - Riduzione delle scorte di reparto (in valore);
 - Incremento del numero delle consegne (giornaliere/settimanali) alle strutture sanitarie (reparti).

A.2.4 Obiettivo 4: rete delle Farmacie Convenzionate e Ospedaliere

Criticità

L’AIFA quotidianamente comunica il ritiro immediato di lotti di farmaci. Di conseguenza gli strumenti informatici oggi a disposizione, come la PEC, permetteranno una veloce informazione a tutte le farmacie sia convenzionate che ospedaliere. Inoltre, la rete delle Farmacie convenzionate potrà allargare l’offerta agli assistiti di punti di prenotazione per visite specialistiche (CUP).

Risultato atteso

- Formalizzazione dei responsabili delle attività di farmacovigilanza delle Aziende Sanitarie entro la fine dell’anno 2012;
- Realizzazione della PEC per tutte le farmacie entro il 2012;
- Attivazione dei sistemi di prenotazione, nel 20% delle farmacie convenzionate entro la fine del 2012 e del 70% alla fine del 2013.

Azioni

- Sistema di allerta rapido per i farmaci, per le comunicazioni di ritiro, sospensioni dei prodotti sanitari;
- Attivazione della Posta Elettronica Certificata (PEC), per rendere immediate ed economiche le comunicazioni;
- Attivazione dei sistemi di prenotazione, nella farmacia convenzionata, di visite specialistiche, esami strumentali e di laboratorio presso le strutture pubbliche o del privato accreditato.

Indicatori di risultato

- Numero di comunicazioni di vigilanza sui farmaci, alle farmacie convenzionate ed ospedaliere da parte della regione Marche;
- Numero delle farmacie convenzionate ed ospedaliere che utilizzano la PEC;
- Numero delle farmacie convenzionate che sono abilitate alle prenotazioni (CUP).

Sintesi delle azioni

La legge 30.07.2010 n. 122 di conversione con modificazioni del D.L. n. 78/2010 all'art. 11 comma 7 lettera b) prevede per la farmaceutica convenzionata, come indice di appropriatezza un maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto. Le stime riportate nella seguente tabella sono il frutto di un'analisi del consumo farmaceutico regionale che tiene conto della possibile riduzione di spesa, quasi esclusivamente nel settore della convenzionata, mentre considera difficile apporre riduzioni nella spesa che afferisce a quella ospedaliera che comprende anche la distribuzione diretta di farmaci di fascia "H".

	Bilancio Esercizio 2009*	Bilancio Anno 2010*	Previsione Anno 2011**	Previsione Anno 2012
TERRITORIALE	379.960.634	385.614.744	376.028.809	365.408.330
Convenzionata	292.521.479	287.831.813	267.996.887	258.996.887
Distribuzione diretta	87.439.155	97.782.931	108.031.922	106.411.444
OSPEDALIERA	134.248.530	141.692.053	143.036.968	140.891.414
TOTALE FARMACEUTICA	514.209.164	527.306.797	519.065.777	506.299.744
Variazione sulla spesa territoriale anno precedente		5.654.110	-9.585.935	-10.620.479
Variazione %		1,49%	-2,49%	-2,82%
Variazione sulla spesa ospedaliera anno precedente		7.443.523	1.344.915	-2.145.554
Variazione %		5,54%	0,95%	-1,50%
Variazione sulla spesa complessiva anno precedente		13.097.633	-8.241.020	-12.766.033
Variazione %		2,55%	-1,56%	-2,46%

* fonte bilancio aziende sanitarie 2009 e 2010

** quarto report 2011

Le previsioni 2012 e 2013 sono riferite a valori attesi

A.2.5 Obiettivo 5: dispositivi medici

Criticità

I dispositivi medici, 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 Dispositivi medici, purché in possesso del marchio CE, possono essere acquistati dal SSN. I prezzi pagati possono essere molto diversi tra i differenti ospedali.

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 richiama 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.

Fonte: Modello CE	2009	2010	2011
			(IV report)
B.1.A.6) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	1.805	1.057	638
B.1.A.7) Presidi chirurgici e materiali sanitari	97.042	94.737	93.459
B.1.A.8) Materiali protesici	41.797	42.152	41.589
B.1.A.9) Materiali per emodialisi	11.834	12.088	13.506

Totale	152.478	150.034	149.192
<i>consolidato Regione Marche</i>			
<i>Importi i milioni di Euro</i>			

Con Decreto 11 giugno 2010 è stato istituito il flusso per il monitoraggio dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN. Il flusso è costituito da due parti quello dei **contratti** e quello dei **consumi**. L'art 7 del predetto Decreto indica che a partire dal 1° gennaio 2012, il conferimento dei dati dei consumi integra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni e le provincie autonome, per l'accesso al maggior finanziamento per il SSN (con l'esclusione del flusso contratti).

Risultato atteso

- a) 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);
- b) Maggiore garanzia per i pazienti portatori dei dispositivi medici impiantabili. Viene garantita la rintracciabilità in caso di necessità ed urgenza;
- c) Attivazione di nuovi flussi informativi per i dispositivi medici e monitoraggio della spesa dei dispositivi medici con pubblicazione di specifici report a partire dal 2012;
- d) Introduzione della compartecipazione entro l'anno 2014;
- e) Pubblicazione di almeno tre procedure pubbliche di acquisto (gare regionali) per i dispositivi medici;
- f) Sperimentazione clinica sui dispositivi medici;
- g) Formalizzazione dei responsabili della vigilanza sui dispositivi medici entro il 2012; Incremento dei rapporti di incidente o mancato incidente da parte degli operatori sanitari che coinvolgono i dispositivi medici, i dispositivi medici impiantabili e dispositivi medico-diagnostici in vitro;
- h) Regolamentazione della pubblicità sui dispositivi medici;
- i) Miglioramento dell'informazione scientifica agli operatori sanitari.

Azioni

- a) Istituzione di una Commissione unica regionale per HTA dei dispositivi medici; atti di indirizzo/raccomandazioni sull'uso dei dispositivi medici;
- b) 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. Il monitoraggio serve per la sicurezza dei pazienti portatori di dispositivi medici impiantabili (protesi mammarie, protesi ortopediche, pace-marker, ecc.)

- c) Istituzione del flusso dei dispositivi medici per il monitoraggio e controllo dell'uso e della spesa; 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;
- d) Definizione entro il 2013 dell'atto normativo per l'introduzione della compartecipazione per la fornitura agli assistiti dei dispositivi medici;
- e) Gare regionali uniche per i dispositivi medici;
- f) Istituzione di un comitato etico unico regionale per la sperimentazione clinica sui dispositivi medici;
- g) Aggiornamento della rete dei responsabili della vigilanza sui dispositivi medici
- h) Regolamentazione della pubblicità sui dispositivi medici, in analogia a quella sui farmaci di cui al D.L.vo 219/2006.

Indicatori di risultato

- a) Raccomandazioni, linee guida, controlli sull'utilizzo dei dispositivi a partire dal 2012;
- b) Registrazione del 90% dei pazienti impiantati entro la fine del 2013;
- c) 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;
- d) Applicazione compartecipazione dal 2014 e riduzione della spesa per i dispositivi medici;
- e) Numero dei bandi pubblicati per le gare uniche regionali; riduzione dell'incidenza della spesa a carico del SSR;
- f) Incremento delle sperimentazioni cliniche sui dispositivi medici;
- g) 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;
- h) Numero di visite per ditta e per operatore effettuate.

A.3 Intervento 3: il controllo strategico di gestione e il governo dei beni e servizi

A.3.1 Obiettivo 1: Il controllo strategico di gestione

Il controllo di gestione è il processo direzionale che si avvale di strumenti di natura contabile (controllo finanziario ed economico della gestione) ed organizzativa (individuazione di centri di costo e centri di responsabilità) utili ad esprimere, in termini quantitativi:

- a) gli obiettivi ed i programmi di gestione,
- b) i risultati effettivamente conseguiti,
- c) gli scostamenti tra gli obiettivi programmati ed i risultati raggiunti.

Il funzionamento di un'azienda del SSR è condizionato dalla modalità di organizzazione delle risorse economiche, risorse che hanno di per sé, un valore economico in quanto scarse; la logica economica è relativa a comportamenti che si fondano sulla "valutazione della relazione utilità/sacrificio".

Il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie locali e ospedaliere rende sempre più pressante l'esigenza di migliorarne l'efficacia (in termini di qualità della prestazione e/o del servizio erogato) e l'efficienza (in termini di ottimizzazione delle risorse impiegate).

Risulta pertanto fondamentale che tutti gli operatori coinvolti a vario titolo nel settore dell'assistenza sanitaria e gli enti che ne seguono l'attività, usino quegli strumenti di management e quei sistemi di controllo di gestione che consentono di ottimizzare le fasi di programmazione, organizzazione e realizzazione dei servizi.

L'obiettivo non è quello di tagliare indiscriminatamente la spesa, ma riqualificarla, responsabilizzando i dirigenti sui risultati, focalizzando l'attenzione sui costi, impostando un sistema di pianificazione e programmazione a livello nazionale e soprattutto regionale che sia capace di perseguire la tutela pubblica della salute, non più ad ogni costo, ma compatibilmente alle risorse disponibili. L'introduzione di una contabilità dei costi rappresenta, inoltre, un obbligo di legge oltre che un'opportunità, per le strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari; risulta opportuno, pertanto, definire le logiche, gli scopi, le impostazioni di tale metodologia, così come si sono consolidate in economia aziendale.

I principali strumenti del controllo di gestione a disposizione del Dipartimento per la Salute e per i Servizi sociali e delle Aziende sono:

- a) la contabilità generale ed il bilancio;
- b) la contabilità analitica dei costi e ricavi;
- c) il budget e l'analisi degli scostamenti;
- d) gli indicatori di risultato;
- e) il sistema di reporting.

I principali compiti del "Controllo della gestione" del Dipartimento per la salute e per i servizi sociali, sono i seguenti:

1. Supporto ai processi di pianificazione
 - Supporta il Dipartimento per la salute ed i servizi sociali nell'individuazione delle linee di indirizzo e strategiche di lungo periodo del SSR (P.S.R.)

- Valuta la coerenza tra le linee di indirizzo e strategiche di lungo periodo del SSR e la pianificazione strategica aziendale (PSA)
- Verifica periodicamente l'attuazione della pianificazione strategica regionale da parte delle aziende del SSR

2. Supporto ai processi di programmazione

- Valuta la compatibilità economica della programmazione regionale con il livello di spesa sostenibile sulla base degli indirizzi di programmazione (sanitaria) regionale e nazionale
- Verifica periodicamente l'andamento gestionale (Periodicità Trimestrale: I,II,III,IV Trimestre) di ciascuna Azienda del SSR (ASUR, AO Ospedali riuniti di Ancona, AO Ospedali Riuniti Marche Nord e l'Inrca) nel suo complesso e nelle sue articolazioni (Aree Vaste) anche attraverso il monitoraggio delle risorse assorbite dai livelli di assistenza rispetto agli obiettivi.

3. Supporto all'attività di indirizzo e programmazione del Dipartimento per la salute e servizi sociali

- Valuta i costi/benefici in riferimento a scelte strategiche del Dipartimento
- Valuta l'impatto economico di specifici progetti regionale e relativo monitoraggio

4. Monitoraggio dei risultati economico-gestionali e analisi degli scostamenti

- Verifica periodicamente l'andamento gestionale di ciascuna Azienda del SSR nel suo complesso e nelle sue articolazioni, anche attraverso il monitoraggio delle risorse assorbite dai livelli di assistenza (Centri di Costo, Centri di Responsabilità e Strutture) rispetto agli obiettivi.
- Definisce gli standard per la produzione della reportistica periodica e dei flussi informativi di tipo economico da parte del Controllo di Gestione delle Aziende

La Funzione del Controllo di Gestione del Dipartimento per la salute e servizi sociali sovrintende :

- All'architettura ed accesso diretto ai sistemi di contabilità dei costi per Centro di Costo, Centro di Responsabilità e Strutture delle Aziende ed Enti del SSR
- Alla progettazione ed implementazione successiva di un sistema di controllo di gestione delle Aziende ed Enti del SSR (L'individuazione degli obiettivi; La valutazione dell'organizzazione strutturale; La valutazione delle condizioni di produzione dei servizi; L'individuazione di indicatori e standard di risultato)
- Allo sviluppo e successiva implementazione del sistema informativo Centrale della Regione Marche delle attività delle Aziende ed Enti del SSR.

Gli strumenti operativi a disposizione per il controllo sono:

- Sistemi di analisi dei bilanci, basati sulla contabilità generale;
- Sistemi di analisi dei flussi finanziari realizzati in un dato periodo;
- Sistemi di contabilità analitica;
- Sistemi di valutazioni economiche;
- Sistemi di determinazione dei costi per Centro Di Costo/Centro di Responsabilità e Struttura Aziendale;
- Sistemi di valutazione degli indici di efficienza;

- Sistemi formali di programmazione e controllo annuali (budget);
- Sistemi di pianificazione a medio e lungo periodo.

La Funzione del Controllo di Gestione delle Aziende ed Enti del SSR ha il compito di supportare il Dipartimento per la salute nelle sue funzioni e sovrintendere:

- ai centri di costo delimitati come l'insieme di attività alle quali è collegato un consumo misurato e ben definibile di risorse, con l'individuazione delle funzioni e dei compiti specifici;
- al conferimento ed all'analisi dei fattori produttivi con l'individuazione del responsabile della gestione del centro di costo/cdr/Struttura Aziendale;
- alla destinazione dell'attività che svolge il CDC/CDR/Struttura Aziendale;
- ai centri di prestazioni intermedie che forniscono prestazioni dei servizi di supporto per i centri di prestazione finale o di altri centri di prestazione intermedia;
- ai centri di supporto che svolgono servizi trasversali rispetto all'intera azienda nella logica di controllo, al fine di dotarsi di strumenti interni di governo;
- all'implementazione dello strumento del budget;
- all'alimentazione costante e certificata dei flussi informativi per fattore produttivo/ CDC/CDR e singola Struttura Aziendale.

A.3.2 Obiettivo 2: dati e indicatori sui fattori di produzione

Il graduale passaggio per le Aziende del SSR ad un sistema di finanziamento a tariffa per prestazione ha reso fondamentale poter disporre della conoscenza degli elementi di costo; gli attuali sistemi di CO.AN. dovranno essere integrati in modo da rilevare anche i costi ed i proventi della singola azienda in centri di risultato economico intermedio (Centri di Costo, Centri di Responsabilità e Struttura).

Per essere in grado di reagire positivamente alle pressioni ed ai vincoli politici, sociali, economici, l'obiettivo principale è quello di aumentare la produttività, di migliorare il servizio all'utente.

A tal fine la misurazione della performance aziendale risponde all'esigenza di rafforzare la conoscenza dei propri processi tecnici ed economici interni per poterli migliorare; l'ottica economico-aziendale favorisce questo, permettendo di affrontare le scelte decisionali con un bagaglio informativo - conoscitivo adeguato alla rilevanza delle scelte da compiere.

In tale contesto è assolutamente indispensabile, al di là dei limiti e dei vincoli esistenti, la predisposizione di specifici programmi attentamente articolati perché si possa procedere verso l'attuazione di un reale ed efficace controllo strategico aziendale.

Risulta necessario procedere, quindi, alla individuazione di indicatori di efficacia, di efficienza, di economicità e di qualità che possono essere assunti quali parametri obiettivo ai quali ancorare il processo di misurazione e valutazione della performance delle aziende sanitarie.

Rimane pertanto fondamentale la finalità di ridurre i costi che derivano da sprechi, inefficienze del sistema sanitario, che si ripercuotono, di conseguenza, sulla capacità del servizio sanitario di raggiungere gli obiettivi di tutela della salute.

Si tratta quindi di un sistema che appare sempre più correlato alle politiche di miglioramento del livello qualitativo di tutela della salute tramite un incremento della produttività, considerato che nessun miglioramento è possibile senza adeguate conoscenze.

Le diverse prospettive nelle quali si trovano ad operare, da un lato, il livello nazionale e quello regionale, e dall'altro quello Aziendale, richiedono nel primo caso un controllo sull'effetto che la politica sanitaria adottata determina sulla collettività, in termini di capacità di risposta alle esigenze dell'utenza, sia quantitativa sia qualitativa.

Nel SSR risulta significativo individuare:

- - gli indicatori di output, attraverso i quali esprimere le varie componenti, qualitative e quantitative, delle produzioni sanitarie;
- - gli indicatori di outcome, attraverso i quali misurare la capacità dell'output di soddisfare il bisogno dell'utente.

Gli indicatori di output possono essere a loro volta rapportati ad indicatori di efficienza, da valutarsi sia in termini fisici (indicatori di produttività o di rendimento), sia in termini di valori monetari (relazioni con gli input o fattori produttivi). Relativamente ai secondi, va osservato che, posto che l'impatto della prestazione venga espresso in termini di indicatore numerico, occorrerà confrontare tale previsione con l'esito effettivamente ottenuto rispetto ai fabbisogni di salute degli utenti: ciò configura la verifica del grado di efficacia dell'attività svolta.

La Contabilità analitica (CO.AN). prevede:

- L' "origine" (o "natura" o "causa") dei Costi e /o Ricavi per fattore produttivo nella macro Aggregazione (Personale, Beni Sanitari, Beni non sanitari, Servizi, Farmaceutica Convenzionata da Privati, Medicina di base, Specialistica, ecc..)
- b) La "destinazione" dei costi ai vari centri di costo, centri di responsabilità e struttura che utilizzano i fattori produttivi

I fattori produttivi sono le variabili economiche elementari che il sistema di controllo monitorizza; i fattori produttivi sono costituiti da tutte quelle risorse utilizzate per lo svolgimento dell'attività aziendale, il cui impiego origina dei costi di natura economica.

Il costo può quindi essere inteso come somma di valori attribuiti ai vari fattori impiegati e utilizzati in una determinata attività produttiva. E' necessario, quando si parla di costo, partire dal programma di produzione del servizio e dei fattori produttivi necessari; l'esplicitazione del legame esistente tra l'utilizzo del fattore produttivo e la sua espressione in termini monetari; la verifica del costo elementare rientra nelle competenze del Dipartimento per la salute e per i servizi sociali che sovrintende all'acquisizione ed all'analisi contabile dei vari fattori produttivi.

Il costo rappresenta la trasposizione in termini monetari delle scelte tecniche effettuate.

Occorrerà quindi definire per CDC, CDR e Struttura un piano dei fattori produttivi che avrà un grado di analiticità che dipende dalle esigenze conoscitive che il sistema di contabilità analitica dovrà soddisfare.

L'area del Personale rappresenta, tra le leve a disposizione, quella che per sua natura strategica, grado di complessità ed importanza, considerata anche la valenza del peso economico sia in valore assoluto che in termini relativi delle risorse impiegate, determina il l'equilibrio economico ed il corretto ed efficiente impiego delle risorse a disposizione del SSR. .

Si prevede, quindi, la costituzione presso il Dipartimento per la salute di una Cabina di Regia che preveda l'implementazione del controllo e l'istituzione del flusso delle informazioni della Gestione delle Aziende del SSR.

A.3.3 Obiettivo 3: riduzione dei costi e miglioramento dell'efficienza aziendale ottenibile attraverso la fase di riprogettazione dei processi di approvvigionamento e del ciclo passivo

Nella tabella sottostante viene riportato il trend di spesa per beni e servizi degli anni 2007-2011.

AGGREGATI ECONOMICI	2007	2008	scostamento	2009	scostamento	2010	scostamento	2011 - PREVISIONE IV TRIMESTRE	scostamento
			2008/2007		2009/2008		2010/2009		2011 IV trim/2010
			%		%		%		%
BENI E SERVIZI	650.735.783	697.029.530	7,11%	734.426.131	5,37%	759.803.817	3,46%	772.461.785	1,67%
BENI	403.079.064	431.405.682	7,03%	459.524.963	6,52%	477.770.147	3,97%	486.431.382	1,81%
CONSUMI SANITARI	385.670.206	412.028.733	6,83%	440.087.845	6,81%	456.883.074	3,82%	466.521.704	2,11%
CONSUMI NON SANITARI	17.408.858	19.376.949	11,31%	19.437.118	0,31%	20.887.073	7,46%	19.909.679	-4,68%
SERVIZI	247.656.719	265.623.848	7,25%	274.901.168	3,49%	282.033.670	2,59%	286.030.403	1,42%
APPALTI	107.440.014	114.196.768	6,29%	121.776.587	6,64%	127.301.942	4,54%	133.000.013	4,48%
MANUTENZIONI	45.000.324	49.625.039	10,28%	53.384.437	7,58%	53.640.557	0,48%	54.344.666	1,31%
UTENZE	31.658.434	32.680.373	3,23%	31.144.266	-4,70%	30.862.042	-0,91%	35.289.297	14,35%
CONSULENZE AMMINISTRATIVE GE	882.314	2.075.115	135,19%	2.083.413	0,40%	1.900.991	-8,76%	834.637	-56,09%
CONSULENZE SANITARIE	2.462.979	2.850.613	15,74%	2.745.198	-3,70%	2.451.025	-10,72%	2.050.814	-16,33%
GODIMENTO BENI DI TERZI	28.642.444	28.112.294	-1,85%	28.386.746	0,98%	30.376.125	7,01%	29.526.868	-2,80%
COSTI GENERALI	30.840.868	35.483.846	15,05%	34.774.693	-2,00%	34.443.035	-0,95%	29.877.781	-13,25%
IMPOSTE DI ESERCIZIO	729.342	599.800	-17,76%	605.828	1,00%	1.057.955	74,63%	1.106.327	4,57%
FARMACI	190.769.529	210.783.257	10,49%	225.417.261	6,94%	242.230.285	7,46%	253.999.264	4,86%
ALTRI BENI E SERVIZI	459.966.254	486.246.274	5,71%	509.008.870	4,68%	517.573.532	1,68%	518.462.522	0,17%

Fonte dati:
anni 2007-2010: bilanci consuntivi
anno 2011: previsione annua IV report

Criticità

La riprogettazione dei processi di approvvigionamento e del ciclo passivo è finalizzata a:

- Eliminazione o accorpamenti di azioni, attività o addirittura fasi ritenute inutili o legate a consuetudini piuttosto che a reali necessità organizzative e gestionali.
- Riduzione dei tempi di svolgimento di specifiche fasi dell'intero processo o di talune procedure rilevanti. Tale compressione porta con sé la relativa riduzione delle risorse impiegate nello svolgimento dei diversi iter procedurali.

Azioni

Le Aziende e gli Enti del SSR sono tenuti al rispetto degli obiettivi economici illustrati al punto successivo e alla realizzazione degli interventi organizzativi volti al recupero di efficienza

Risultato atteso

Analizzando i dati storici relativi agli acquisti di beni e servizi, al netto dei farmaci, risulta un trend previsionale di crescita nel triennio 2009-2011 pari al 2,05%. In seguito alle attività indicate si raggiunge la riduzione del 15% del trend di crescita per il triennio 2012-2014. La tabella sottostante riporta le percentuali di incremento:

- anno 2012: 0,65% rispetto alla spesa del 2011;
- anno 2013: 0,46% rispetto alla spesa del 2012;
- anno 2014: 0,63% rispetto alla spesa del 2013.

REGIONE							
anni	Aggregato Beni e Servizi	Incidenza % sul totale costi dell'anno				incremento beni e servizi (senza farmaci)	
		di cui farmaci	di cui beni	di cui servizi	totale beni e servizi	assoluto	%
		a	b	c	d = b + c		
anno 2007	650.735.783	188.923.657	214.155.407	247.656.719	461.812.125		
anno 2008	697.029.530	210.783.257	220.622.426	265.623.848	486.246.274	24.434.148	5,29%
anno 2009	734.426.131	225.417.261	234.107.702	274.901.168	509.008.870	22.762.597	4,68%
anno 2010	759.803.817	242.230.285	235.539.861	282.033.670	517.573.532	8.564.661	1,68%
anno 2011 (IV report)	772.461.785	253.999.264	232.432.119	286.030.403	518.462.522	888.990	0,17%

Valori in €

Fonte: bilanci consuntivi 2007-2010 e previsione annua IV report 2011

scostamento 2009/2011	9.453.652	2,05%	a
riduzione 15% del trend di crescita 2009-2011		0,31%	b=a*15%
% di crescita prevista per il periodo 2012-2014 così suddivisa:		1,74%	c=(a-b)

	2012	2013	2014
	0,65%	0,46%	0,63%

Indicatori di risultato

Rispetto dei valori economici e delle percentuali di crescita illustrati nella tabella precedente

A.3.4 Obiettivo 4: approvvigionamento di beni e servizi, tramite centrale regionale degli acquisti ovvero tramite gli altri strumenti del Sistema a Rete. Costituzione della Centrale degli Acquisti del SSR nella Regione Marche

La costituzione della Centrale di Acquisti Regionale consente, in particolare, di garantire ed ottimizzare la complessiva funzione approvvigionamento beni e servizi e logistica nel livello centrale, integrando le proprie funzioni con quelle della Stazione Unica Appaltante Marche (SUAM), coerentemente con le disposizioni contenute nella DGRM 25 del 16/01/2012

“Proposta di legge regionale, ad iniziativa della Giunta regionale, concernente: "Istituzione della Stazione unica appaltante della 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).

Il DL n 149 del 6/09/2011

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 lo schema di decreto del 23 novembre 2011 prot nr 5427°-4.23.2.10 del Ministero dell'economia e delle Finanze di concerto con il Ministero della Salute , concernente le forme premiali a valere sulle risorse del SSN nell'art. 2 del Decreto legislativo 6 settembre 2011, si stabilisce, inoltre, che una quota di risorse aggiuntive sarà assegnata alle regioni che, nell'anno precedente a quello di riferimento, abbiano provveduto all'approvvigionamento di beni e servizi, tramite centrale regionale degli acquisti ovvero tramite gli altri strumenti del Sistema a Rete in misura non inferiore al 70% del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi nel settore sanitario per il medesimo anno.

L'avvio del Sistema a Rete degli Acquisti diffuso nel SSR permetterebbe alla Regione Marche, quindi, il raggiungimento programmato del 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, anche la fissazione dell'obbiettivo 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.

Criticità

L'istituzione della Centrale nell'ambito 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), è di contrasto all'infiltrazione mafiosa ponendosi come sostegno alle attività degli enti che vi aderiscono.

Risultato Atteso

- 70% del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi in Unione di Acquisto nel SSR per il medesimo anno.

Azioni

- attivazione di specifico gruppo progetto istituito in seno alla competente Cabina di Regia regionale;
- rivisitazione del modello organizzativo della funzione approvvigionamenti
- specificazione delle competenze e delle responsabilità dei soggetti coinvolti nei processi di approvvigionamento,
- introduzione di strumenti di condivisione collegiale professionale (Commissioni) per la validazione preventiva delle istanze.

Il monitoraggio dei beni e servizi consente di:

- realizzare il controllo della spesa sia a livello aziendale che sui singoli fattori produttivi;
- effettuare un controllo puntuale e sistematico;
- individuare le aree di maggiore criticità, sia in termini di valore assoluto di spesa sia in termini di percentuali di incremento;
- analizzare il fenomeno con il gruppo di lavoro istituito nella cabina di regia per analizzare il fenomeno e proporre soluzioni (analisi di mercato più vaste, centralizzazione degli acquisti, modifica delle condizioni contrattuali, creazione di una massa critica rilevante, ecc..).

Inoltre, la disponibilità di un'analisi puntuale sugli acquisti è un'attività propedeutica al corretto svolgimento dell'azione di centralizzazione degli acquisti.

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 .

FASI DELLA FILIERA	RESPONSABILITA'
Programmazione	CENTRALE ACQUISTI
Omogeneizzazione	
Fabbisogno quanti/qualitativo	
Adempimenti relativi alla procedure contrattuali fino alla aggiudicazione	STAZIONE UNICA APPALTANTE
Ordine	CENTRALE ACQUISTI
Consegna Distribuzione/Logistica (Piattaforme Logistiche)	
Fatturazione	
Ciclo passivo	

La Centrale degli Acquisti, dislocata presso il livello della Regione, svolge una funzione di indirizzo, coordinamento e controllo dei processi di approvvigionamento del SSR. La sua attività è quindi prettamente strategica e di governance del sistema acquisti.

Fondamentale è, di conseguenza, il ruolo della Regione di coordinamento delle fasi istruttorie dei procedimenti di gara condotti dalla Stazione unica Appaltante al fine di garantire, nel quadro d'insieme complessivo, omogeneità nei processi di acquisto sia dal punto di vista delle procedure amministrative utilizzate, sia dal punto di vista delle specifiche tecniche dei prodotti e dei servizi da acquisire.

In particolare, la Centrale degli Acquisti si occupa delle seguenti attività:

- raccordo tra i presidi ospedalieri e strutture territoriali di riferimento delle Aziende del SSR: in tale veste curerà la raccolta dei singoli **fabbisogni** e la loro trasmissione al settore procedure di acquisto presso la Stazione Unica Appaltante, avendo cura di specificare, attraverso attenta analisi, la descrizione quantitativa e qualitativa dei prodotti per i quali si richiede l'avvio delle pratiche di acquisto
- coordinamento fase istruttoria delle gare svolte dalla Stazione Unica Appaltante: cura i contatti con i responsabili dei vari procedimenti di gara, facendosi promotore di tutte quelle iniziative volte a migliorare ed accelerare le procedure di acquisto, sempre nell'ottica dell'omogeneizzazione dei processi;
- stipula ed esecuzione dei **contratti**
- coordinamento gruppi tecnici: garantisce il coordinamento dei gruppi tecnici che saranno deputati alla predisposizione dei capitolati tecnici di gara. È necessario garantire il coordinamento delle loro attività, stimolando e facilitando l'operato attraverso la continua verifica delle difficoltà incontrate;
- elaborazione studi di mercato: studia le principali dinamiche del mercato e le relative evoluzioni al fine di capirne la natura ed anticiparne le tendenze.
- predisposizione ed aggiornamento del piano di articolazione degli approvvigionamenti di beni di consumo e servizi, dove vengono individuate le categorie merceologiche oggetto di gara, i soggetti responsabili delle procedure amministrative e le figure professionali costituenti i comitati tecnici;
- monitoraggio dell'andamento del piano di articolazione, attraverso una costante verifica dell'adesione, da parte delle Aziende del SSR, al piano stesso;
- coordinamento delle fasi istruttorie delle procedure di gara oggetto del piano, al fine di garantire omogeneità dei risultati in termini di qualità ed economicità dei prodotti/servizi acquistati;
- monitoraggio dell'evoluzione del mercato dei fornitori delle Aziende, al fine di anticipare tendenze e trasferire alle Aziende stesse conoscenze utili per le successive attività di acquisto;
- tenuta e aggiornamento dell'albo dei fornitori delle Aziende;
- predisposizione di una codifica unitaria dei beni acquistati dalle Aziende;
- studio di forme innovative di forniture di beni e servizi, che possano comportare un vantaggio economico/qualitativo per le Aziende;
- raccolta e la 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 (**Polo Logistico regionale e/o di Area vasta**)

Indicatori di risultato

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

Y

or

A.4 Intervento 4: il governo degli erogatori privati

Premessa

Il modello sanitario regionale prevede che, nell'ambito degli erogatori delle attività sanitarie, siano presenti anche strutture sanitarie private, accreditate con il SSR.

L'offerta dei "privati", fattore di produzione per il SSR, presenta opportunità ma anche vincoli. In particolare l'erogatore "privato", sia che agisca in regime di ricovero sia ambulatoriale sia in altri ambiti (riabilitativo, residenziale, socio-sanitario), aumenta la capacità del SSR di rispondere ai bisogni, o meglio alla domanda, della popolazione, consentendo di programmare le attività su un maggior numero di erogatori, consentendo così anche di intervenire sui tempi di attesa. Tale opportunità deve essere però correttamente governata, nell'ambito di una gestione dei rapporti di committenza basati sui criteri di programmazione regionale. L'assenza di una *governance* dei "privati" potrebbe rivelarsi un ulteriore vincolo rispetto anche all'incidenza che le strutture del privato accreditato hanno nella determinazione degli indirizzi di programmazione, in rapporto al fabbisogno sanitario.

Pertanto detta *governance* va indirizzata, tenuto conto della flessibilità gestionale ed organizzativa del privato accreditato, alla riduzione delle liste di attesa, della mobilità passiva ed all'incremento della mobilità attiva attraverso una progettualità che sappia ben bilanciare la capacità produttiva delle strutture private con i momenti di maggiore debolezza territoriale causa di mobilità passiva e liste di attesa eccessive.

In tale scenario la corretta collocazione degli erogatori privati deve essere individuata in complementarità con il pubblico, in azione "concorrente" e non come "competitore" delle strutture pubbliche. Diventa pertanto fondamentale che la gestione da parte dell'ASUR, cui competono i rapporti di committenza, sia coerente con le azioni di programmazione regionale orientate ad integrare l'erogatore privato nel ventaglio dell'offerta sanitaria in una logica che privilegi l'appropriatezza e la qualità della prestazione a garanzia innanzitutto del cittadino.

A.4.1 Obiettivo 1: razionalizzazione delle attività delle case di cura multispecialistiche

Le Case di Cura Multispecialistiche della Regione Marche rappresentano realtà di medio-piccole dimensioni, con prevalenza di discipline di area medica e chirurgica a bassa assistenza. Non sono presenti strutture con attività di terapia intensiva.

L'attività che può essere contrattata deve essere finalizzata ad incrementare l'offerta in Area Vasta/Regione, al fine di ridurre la mobilità sia intra che extraregionale.

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 .

Risultati programmati

- Riduzione della mobilità intraregionale;
- 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.

A.4.2 Obiettivo 2: razionalizzazione delle attività delle case di cura monospecialistiche

Attività

Processo di riconversione

E' stato definito il processo di riconversione che, però, resta operativo solo in parte. Tale processo porterà alla trasformazione delle Case di Cura in strutture di tipo residenziale e di riabilitazione algologica. All'interno di questo processo dovranno essere ridefiniti standard organizzativi, tariffe, criteri di ammissione e dimissione e modalità dei controlli.

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 programmazione dell'area della Salute Mentale (problematiche di comorbidità).

Indicatori di risultato

- Approvazione atto di recepimento

A.4.3 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.

La DGR 1785/09 prevedeva la regolamentazione della compartecipazione alla spesa per le prestazioni di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera (RSA disabili): anche su questo specifico punto dovrà essere approvato un regolamento ad hoc.

Coerentemente a quanto sopra riportato dovrà essere, nel complessivo riordino del sistema tariffario, rideterminato il setting operativo e la relativa valorizzazione. 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 regolamerà 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. 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 programmato

- 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;
- riduzione perdite sui differenziali di tariffe per le prestazioni erogate dalle strutture di riabilitazione private per non residenti;
- regolamentazione compartecipazione alla spesa in adempimento alla specifica normativa.

Indicatori di risultato

- Approvazione di atti di formalizzazione delle azioni programmate.

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

La DGR 106/10 ha previsto un incremento di 200.000 euro nel 2010 sul budget storico. 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.

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 2012.

Indicatori di risultato

- Approvazione atto di recepimento entro il primo semestre 2012.

A.4.4 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 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/INRCA). L'attività non può superare, complessivamente, il volume economico riconosciuto per l'anno 2010, fatte salve diverse disposizioni regionali.

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.

Risultati programmati

- Incremento dell'offerta di 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. Di seguito si riporta il trend di crescita dell'Area Privati nell'ultimo triennio e la previsione di crescita di tale aggregato, a seguito dell'implementazione delle azioni descritte (al netto delle quote già accantonate per il 2011 e 2012).

A.5 Intervento 5: il governo della mobilità sanitaria

Il Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza 2007-2009, edito dal Ministero della Salute nel novembre 2011, pubblica, tra gli altri, i dati relativi all'*indice di attrazione* ed all'*indice di fuga* che individuano, rispettivamente, la capacità di ciascuna Regione di erogare attività di ricovero per cittadini non iscritti al proprio SSR e di non esaustività di tutta la domanda dei propri residenti, iscritti al SSR.

Nel 2009 la Regione Marche, rispetto all'*indice di attrazione*, si pone ben oltre la media nazionale (7,5%) con il 10,4%: sul totale dei dimessi totali registrati nell'anno 2009, il 10,4% provenivano da altre Regioni. Tale dato è superiore, in termini percentuali, rispetto a quello registrato da Regioni quali la Lombardia (8,6%) ed il Veneto (8,3%).

Il problema si pone quando si analizza l'*indice di fuga* in quanto la Regione Marche realizza un 11,4% (la media nazionale è sempre 7,5% in quanto il saldo totale di "uscite" ed "entrate" è uguale a zero), mentre le succitate Regioni sono ben al di sotto della media nazionale, conseguendo un 4,2% la Lombardia ed il 6,6% il Veneto.

A.5.1 Obiettivo 1: Riduzione della mobilità passiva

Criticità

La mobilità sanitaria si verifica sia in ambito regionale (mobilità intraregionale) dove sono di minore rilevanza gli aspetti legati alla compensazione economica tra aree, ma diventano essenziali gli aspetti legati alla accessibilità (tempi di attesa, bacino di utenza) ed alla disponibilità dei servizi (la rete dell'offerta); sia tra Regioni (mobilità interregionale) che, oltre ad avere ricadute economiche significative evidenzia, da una parte, la conoscenza che gli assistiti hanno della quantità e qualità (reale o percepita) dell'offerta sanitaria della propria Regione e dall'altra la capacità di attrazione di strutture che riescono a richiamare utenti al di fuori del "naturale" bacino di utenza, generando, comunque, disequilibrio tra domanda ed offerta sul territorio di residenza.

Per quanto riguarda la mobilità interregionale i valori scambiati nel 2010 per la mobilità attiva ammontano a circa 102 milioni di euro mentre per la mobilità passiva ammontano a circa 128 milioni di euro. Le voci economicamente più rilevanti - sia per la mobilità attiva che passiva - riguardano l'attività di ricovero (l'83% circa) e la specialistica ambulatoriale (l'11% circa), mentre comincia ad assumere un certo rilievo anche la somministrazione diretta di farmaci (circa 3,5%), a seguito della possibilità di addebitare i farmaci oncologici ad alto costo e i farmaci per emofilici somministrati in concomitanza di ricovero.

L'analisi della mobilità sanitaria ha assunto un ruolo centrale nell'ambito della programmazione regionale in quanto elemento fondamentale per la valutazione dei servizi e, più in generale, delle dinamiche che regolano la complessa dialettica tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie. Le implicazioni economiche della mobilità sanitaria sono tali da meritare una specifica attenzione sia in termini di regolamentazione che di azioni di governo.

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.

Risultati attesi

- recupero della mobilità passiva attraverso un aumento della produzione nelle discipline con saldi significativi di mobilità passiva;
- promozione dell'autosufficienza nei settori a medio-bassa complessità e definizione, nell'ambito degli accordi con le altre regioni, degli aspetti qualitativi e quantitativi per le prestazioni di alta specialità;
- coinvolgimento delle strutture private nelle scelte programmatiche regionali funzionali al governo della mobilità;

Azioni

Governo della domanda

La domanda di prestazioni avviene per il tramite dei medici, ai quali, gli assistiti delegano le scelte in caso di malattia; diventa pertanto fondamentale il coinvolgimento dei prescrittori, in particolare dei medici di medicina generale (MMG), per indirizzare i cittadini verso le strutture regionali. Ad esempio prevedendo l'inclusione nell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) della medicina generale, di specifici obiettivi relativi all'orientamento dei pazienti verso le strutture della Regione Marche finalizzati al governo della mobilità, in particolare nelle aree con flussi di mobilità passiva più significativi.

Indicatori di risultato

- Inserimento nell'AIR della specifica indicazione all'orientamento dei pazienti verso strutture regionali.
- Potenziamento dell'offerta nelle discipline che presentano un forte saldo negativo di mobilità.
- Tasso di fuga extraregionale

A.5.2 Obiettivo 2: Manutenzione e gestione degli accordi di confine

Criticità

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 programmazione 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 vi è l'esclusione dalla compensazione dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriately 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 programmazione 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.

La Regione Marche è stata tra le prime Regioni ad avvalersi di questo strumento, soprattutto per calmierare i flussi di mobilità verso la Regione Emilia-Romagna, sono inoltre stati stipulati accordi di confine con le Regioni Umbria e Toscana. Valori rilevanti di mobilità si riscontrano anche nei confronti della Regione Abruzzo, con la quale ancora non è stato possibile definire un Accordo di confine a causa dell'imponente contenzioso tra le due Regioni.

Azioni

Aggiornamento/rinnovo degli accordi di confine in essere.

Indicatori di risultato

Accordi di confine firmati

A.5.3 Obiettivo 3: Miglior gestione dei dati anagrafici degli assistiti

La finalità consiste nell'ottenere la corretta individuazione del comune di residenza degli assistiti. L'obiettivo è duplice, quello di evitare contestazioni da parte delle Regioni che non li riconoscono come loro assistiti (in quanto non presenti nelle loro anagrafi regionali) e quello di evitare che assistiti residenti in altre Regioni vengano "tracciati" come residenti nelle Marche con il conseguente mancato addebito delle prestazioni erogate. E' molto rilevante il peso economico legato alle contestazioni anagrafiche, le stesse rappresentano circa il 95% del contenzioso tra Regioni.

Azioni

Verifica puntuale e periodica della corretta imputazione dei dati all'interno del flusso

Risultato atteso

Riduzione del 5% degli errori anagrafici comunicati da SOGEI sui flussi di attività sanitaria.

Indicatori di risultato

% degli errori anagrafici comunicati da SOGEI sui flussi di attività sanitaria.

✓

06

B. LE AREE DI INTERVENTO SUI PROCESSI SOCIO SANITARI

A.6 Intervento 6: la rete della prevenzione collettiva

A.7 Intervento 6.1: prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro

A.7.1 Obiettivo 1: Adeguamento organizzativo e di mission della rete dei Dipartimenti di Prevenzione

Criticità

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.

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:

- programmazione e l’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 pertinenti lo 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 dei SS.SS.RR. 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 rischio” 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 sanitaria, elemento di particolare rilevanza nella attuale fase di contingenza economico-finanziaria.

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 Salute e Servizi Sociali, unitamente all'Agenda 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 programmazione 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, per le risorse umane, i valori medi regionali al 31.12.09 come garanzia minima per il mantenimento della erogazione dei LEA, salvaguardando la necessità di continuare ad agire nel territorio, vicino ai punti dove nascono i bisogni della popolazione;
 5. nei limiti del contesto legislativo attuale, teso al contenimento delle spese, completare il percorso di stabilizzazione del personale a contratto, assicurando priorità alle risorse umane necessarie nei Dipartimenti di Prevenzione per l'attuazione dei piani di vigilanza durante la costruzione delle Grandi Opere infrastrutturali in corso di realizzazione nella Regione Marche e il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNI (MANCP) 2011- 2014 recepito con DGR 790 del 30/05/2011
 6. garantire la funzionalità del il 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;
 7. 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

- Emanazione degli atti regionali di modifica della DGR 54/04 entro il 30.6.2012 e della DGR 866/04 entro il 31.12.2012
- Avvio dei gruppi di lavoro aggiornati della cabina di Regia “prevenzione collettiva” di cui alla DGR 1566 del 27 dicembre 2007, entro 90 giorni dalla approvazione del presente atto
- Emanazione da parte dell’ASUR degli atti necessari ad applicare gli adeguamenti definiti con le modifiche della DGR 54/04, entro 180 giorni dalla approvazione dell’atto regionale
- 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 entro il 31.12.2013

A.7.2 Obiettivo 2: attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010 -2012

Criticità

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. Tale significato è riconosciuto a livello nazionale, tanto che trattasi dell’unico atto di programmazione nazionale monitorato dal Ministero della Salute con specifica procedura di certificazione affidata al CCM.

Risultato atteso

Raggiungimento degli obiettivi di salute previsti per ciascuna delle 30 linee progettuali suddivise nelle 4 macroaree ed a quel documento si rimanda

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

Indicatori di risultato

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

A.7.3 Obiettivo 3: sanità pubblica e rapporto salute e ambiente

Criticità

Con recentissimo atto di 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'ARPA, derivante dai rischi per la salute associati a tematiche ambientali, l'operatività del sistema evidenzia criticità di coordinamento.

Risultato atteso

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

Azioni

Recepimento accordo Stato Regioni relativo al nuovo Piano Nazionale Vaccini
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 ARPA

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

A.7.4 Obiettivo 4: tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Criticità

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).

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

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

Indicatori di risultato

Messa a regime nel triennio di valenza del PSSR 2012 – 2014 dei seguenti prodotti:

- notifica on – line 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

A.7.5 Obiettivo 5: potenziamento del sistema epidemiologico Regionale

Criticità

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. Per il registro delle cause di morte le problematiche ad oggi presenti a causa della normativa sulla privacy che ne hanno finora ritardato la realizzazione saranno superate con l'introduzione di una specifica legge regionale e con una sperimentazione di informatizzazione delle schede da attuare con ISTAT.

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 ed il Registro Regionale dei tumori

Azioni

Aggiornamento della DGRT 866/94

Approvazione della L.R., in corso di discussione, che permette il superamento delle attuali criticità legate alla normativa sulla privacy

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

A.7.6 Obiettivo 6: potenziamento delle rete per la promozione della salute

Criticità

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.

Risultato atteso

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

Azioni

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

Redazione di un documento di indirizzo regionale sul funzionamento e le finalità della rete integrata del SSR per lo sviluppo di programmi di promozione della salute

Indicatori di risultato

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

Verifica di programmi integrati di promozione della salute, coerenti con gli indirizzi regionali, progettati e realizzati nel territorio di ciascuna area vasta

A.7.7 Obiettivo 7: consolidamento dei rapporti tra le reti per la preparazione e la gestione delle emergenze in sanità pubblica e veterinaria

Criticità

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 necessario operare adeguamenti organizzativi, 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)

Risultato atteso

Miglioramento della capacità di gestione degli aspetti comunicativi in fase emergenziale

Azioni

Aggiornamento della composizione e del funzionamento del GORES (gruppo operativo regionale per le emergenze sanitarie) in accordo tra Dipartimento salute e servizi sociali e Dipartimento per la sicurezza integrata dei cittadini e protezione civile.

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

ew

y

B.1 Intervento 6.2: Veterinaria e sicurezza alimentare

A.7.8 Obiettivo 1: Adeguamento organizzativo e di mission della rete dei Dipartimenti di Prevenzione

Il contenuto è analogo a quello del precedente paragrafo II.1.1

A.7.9 Obiettivo 2: La sicurezza alimentare e la tutela della salute del consumatore

Criticità

Controllo ed ispezione nelle fasi di produzione, trasformazione, commercializzazione e somministrazione di tutti i comparti degli alimenti al fine di garantire la salute del consumatore secondo le indicazioni dei regolamenti europei

Risultato atteso

Approvazione del piano integrato regionale per i controlli ufficiali dell'Autorità competente sulla sicurezza alimentare nell'ambito del quale prevedere una specifica attività finalizzata alla formazione di "auditors"

Azioni

Riunioni a cadenza almeno bimestrale dei gruppi di lavoro specifici composti da professionisti della Regione, dell'ASUR, dell'IZS Umbria e Marche e dell'ARPAM

Indicatori di risultato

- Entro il 31.12.2012 approvazione del piano integrato regionale per i controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare e successivo monitoraggio annuale dei risultati
- Entro il 31.12.2013 conclusione del percorso di formazione per "auditor" e redazione del piano regionale degli audit finalizzato alla successiva verifica mediante audit dei servizi territoriali dell'ASUR
- Entro il 31.12.2014 audit almeno del 50 % dei servizi territoriali e valutazione dei risultati

Y

A.7.10 Obiettivo 3: Il benessere animale e la tutela della salute del cittadino

Criticità

Monitoraggio e verifica dei requisiti di biosicurezza e benessere animale negli allevamenti zootecnici come richiesto da disposizioni comunitarie e nazionali

OW

Farmacosorveglianza, controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi

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

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

Indicatori di risultato

- Entro il 31/12/2013 categorizzazione del rischio degli impianti di produzione e distribuzione dei mangimi
- Entro il 31/12/2013 svolgimento di almeno un Audit in ogni stabilimento di produzione di mangimi
- Entro il 31/12/2014 svolgimento di almeno 3 eventi formativi per Area Vasta di cui uno dedicato alla informazione del consumatore/cittadino

A.7.11 Obiettivo 4: La sanità animale e la tutela della salute del cittadino

Criticità

Implementazione dei piani di profilassi, sorveglianza e vigilanza delle malattie infettive delle varie specie animali da reddito come previsto dalle normative nazionali e comunitarie.

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

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

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.

Indicatori di risultato

- Entro il 31.12.2014 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 calcolata per gli anni 2012,2013,2014
- Diminuzione della % dei casi di morsicatura sul totale dei cani iscritti in anagrafe calcolata per gli anni 2012,2013,2014

A.7.12 Obiettivo 5: La sorveglianza e la prevenzione nutrizionale

Criticità

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.

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)

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

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.

γ

ot

B.2 Intervento 7: la rete dell'emergenza - urgenza

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.

In tale ottica devono essere attentamente valutate le azioni da attuare tenendo conto sia della rete dei trasporti in emergenza-urgenza (Potes), 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.

B.2.1 Obiettivo 1: riorganizzazione della rete territoriale

Criticità

Il gruppo di progetto costituito in attuazione del PSR 2007-2009 ha effettuato un'analisi della situazione esistente ed alla luce dei dati ha predisposto una ipotesi di riorganizzazione della rete delle Potes e delle elisuperfici, con variazioni dell'attuale assetto e potenziamento di alcune aree regionali.

L'obiettivo 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), ma anche ad un'omogenea attività delle Centrali Operative, cui spetta anche il compito di gestire i trasporti secondari, utilizzando se necessario anche la via aerea tramite eliambulanza.

Nell'ambito della definizione delle sedi di Potes si dovrà tenere anche in considerazione la collocazione delle elisuperfici e la distanza dalla singola Potes al fine di diminuire i tempi di trasporto verso le sedi deputate all'assistenza dei pazienti trasportati tramite eliambulanza.

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

- ✓ Riposizionamento delle Potes
- ✓ Monitoraggio delle attività in rapporto alla popolazione
- ✓ Monitoraggio dei tempi di intervento in rapporto al territorio
- ✓ Monitoraggio degli interventi aerei in eliambulanza
- ✓ 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

B.2.2 Obiettivo 2: ridefinizione Rete dei Pronto Soccorso e DEA

Criticità

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. L'assenza di attività di guardia per diverse discipline non consente di valutare ospedali dotati di DEA quelli che di fatto erogano solo prestazioni di Pronto Soccorso. È pertanto indispensabile che a livello di Area Vasta sia analizzata l'attività di ogni singola struttura, comprendendo anche la presenza di attività di guardia per le diverse discipline maggiormente coinvolte nella gestione dell'emergenza al fine di verificare la possibilità di differenziare gli ospedali dotati di Pronto Soccorso e quelli con DEA di I livello, nel rispetto dei criteri previsti per garantire la sicurezza dei cittadini. 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.

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.

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 di Casa della Salute in tutte le Zone con realizzazione di presidi H24
- ✓ 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)
- N. di posti letto di OBI
- N. di posti letto di MURG
- N. pazienti annui/posto letto di OBI

B.2.3 Obiettivo 3: revisione Punti di Primo Intervento (PPI)

Criticità

Le rete dell'emergenza e dell'urgenza si avvale anche della presenza di Punti di Primo Intervento, collocati contigualmente alla Casa della Salute, con il compito di gestire il paziente che si presenta autonomamente presso la struttura e con un codice di gravità che ne richieda il trasferimento presso una struttura ospedaliera idonea a trattare la patologia presentata dal paziente.

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.

Oltre alla contiguità con la Casa della Salute, che prenderà invece in carico, nelle 24 ore, tutti i casi con codice di gravità "minore", sarà garantita la presenza della Potes di riferimento del territorio, anche per ottimizzare la funzionalità del personale medico addetto al PPI (lo stesso che è assegnato alla Potes).

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 degli accessi annui ai PPI
- Migliorare le modalità di trasferimento alle strutture ospedaliere di riferimento
- Aumentare l'operatività della Casa della Salute per le urgenze a bassa gravità

Azioni

- ✓ Definire gli ambiti di territorialità e di operatività dei 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

Indicatori di risultato

- N. accessi annui/PPI
- N. pazienti trasferiti dal PPI

A.8 Intervento 8: la rete ospedaliera

B.2.4 Obiettivo 1: riduzione della frammentazione della rete ospedaliera

Criticità

La relazione 2009-2010 del Ministero della Salute, per quanto concerne il numero medio di posti letto per struttura, attribuisce alla Regione Marche una situazione di “dispersione”, con una media di 166 posti letto per struttura rispetto ad una media nazionale di 315 posti letto; ben 20 strutture su 33 hanno dimensioni inferiori a 120 posti letto e solo una ha una dimensione superiore a 400 posti letto. La sicurezza dei pazienti e degli operatori è un obiettivo prioritario che può essere garantito solo in strutture che consentano percorsi assistenziali “completi”. Il processo di riduzione della frammentazione ospedaliera sarà completata solo quando diventeranno operative le nuove strutture in fase di realizzazione o di progettazione (nuovo INRCA/Ospedale di rete, Fermo, nuovo Salesi, Marche nord, Marche sud).

Risultati attesi

- ✓ Semplificazione della rete ospedaliera
- ✓ Riduzione dei posti letto per acuti fino a circa il 3 per mille abitanti
- ✓ Allineamento dei posti letto di post acuzie/lungodegenza e riabilitazione fino a circa l'1 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)

Azioni

- Progettazione ed avvio lavori per i nuovi Ospedali previsti dalla Pianificazione regionale
- Attivazione completa nelle Aree Vaste del Presidio Unico funzionale
- Eliminazione delle duplicazioni con contestuale razionalizzazione a livello di Area Vasta
- 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
- Posti letto di post acuzie/lungodegenza e riabilitazione per 1.000 abitanti in Regione ed in Area Vasta
- 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

B.2.5 Obiettivo 2: riconversione delle piccole strutture

Criticità

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 78 posti letto totali. L'azione di riduzione della frammentazione comporta quindi che alcune di tali strutture 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, in funzione della collocazione geografica, della viabilità, della organizzazione interna, potranno essere 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.

Risultati attesi

- ✓ Semplificazione della rete ospedaliera
- ✓ Ridistribuzione 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
- 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

B.2.6 Obiettivo 3: Attivazione di strutture per l'assistenza al paziente sub acuto

Criticità

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

B.2.7 Obiettivo 4: la programmazione per intensità di cura

Criticità

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 equipe 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

- ✓ Riduzione della duplicazione delle discipline
- ✓ Diffusione delle prestazioni ambulatoriali su più sedi
- ✓ Maggiore tutela della sicurezza dei pazienti

Azioni

- Individuazione delle differenti tipologie di strutture con individuazione dei criteri per l'accreditamento strutturale
- Definizione delle modalità organizzative in rapporto alla gradualità delle funzioni
- Protocolli operativi per il collegamento funzionale tra le strutture

Indicatori di risultato

- Diffusione di linee guida

B.2.8 Obiettivo 5: le aree di degenza per intensità di assistenza

Criticità

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
- Programmazione 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

B.3 Intervento 9: la rete territoriale

B.3.1 Obiettivo 1: Superamento OPG: Attivazione sezione di osservazione psichiatrica in almeno un Istituto Penitenziario della Regione.

Criticità

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.

Risultato atteso

Attivazione della sezione all'interno dell'Istituto Penitenziario individuato.

Azioni

- Definizione modello organizzativo-funzionale.
- Definizione Accordo con Amministrazione Penitenziaria.
- Acquisizione personale e inizio attività.

Indicatori di risultato

- Adozione DGR di approvazione dell'Accordo con l'Amministrazione Penitenziaria e del modello organizzativo.
- Dichiarazione di inizio operatività.

B.3.2 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

Criticità

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).

Risultato atteso

- Attivazione della struttura regionale

Azioni

- Definizione modello organizzativo-funzionale.
- Attivazione iter per finanziamenti nazionali e progettazione

Indicatori di risultato

- Definizione del documento sul modello organizzativo-funzionale.
- Procedure di accesso ai finanziamenti nazionale e progettazione
- Attivazione della struttura

B.3.3 Obiettivo 3: Superamento OPG: Presa in carico soggetti dichiarati dimissibili dall'OPG di Reggio Emilia

Criticità

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.

Risultato atteso

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

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.

Indicatori di risultato

- Numero soggetti presi in carico/Numero soggetti dimissibili.

B.3.4 Obiettivo 4: Piano di azione regionale per la Salute Mentale

Criticità

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 e potenziamento delle attività di salute mentale avviato con DGR 857/09 ed integrato dalla DGR 1150/11.

Risultato atteso

- Riequilibrio territoriale delle attività di salute mentale
- Elaborazione ed implementazione del Piano di Azione Regionale

Azioni

- Individuazione degli interventi di riequilibrio territoriale
- Formazione Gruppo di Lavoro Regionale
- Pianificazione operatività per elaborazione piano 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

B.3.5 Obiettivo 5: Diffusione territoriale delle Case della Salute

Criticità

Le Case della Salute rappresentano lo strumento fondamentale per perseguire due linee di azione del PSR: 1) lo sviluppo della rete delle cure primarie, attraverso l'evoluzione organizzative delle Equipe Territoriali, e 2) lo sviluppo dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Risultato atteso

Diffusione territoriale delle Case della Salute

Azioni

- Adozione linee guida organizzative per le Case della Salute.
- Atto regionale finalizzato alla attivazione del progetto attuativo del PSN per le Case della Salute/Presidi h24.
- Presentazione progetti per le Case della Salute/Presidi h24.

Indicatori di risultato

- N° di Case della Salute attivate/n° Equipe Territoriali
- Almeno 1 Casa della Salute/Presidio h24 per Area Vasta

B.3.6 Obiettivo 6: Il Governo della domanda socio-sanitaria

Criticità

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) l'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.

Risultato atteso

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

Azioni

- Definizione di linee guida regionali per il governo della domanda.
- Individuazione dello strumento unico di valutazione multidimensionale per la non autosufficienza.

Indicatori di risultato

- Atto di approvazione delle linee guida regionali
- Atto di individuazione dello strumento unico di valutazione multidimensionale.
- N° PUA attivati

B.3.7 Obiettivo 7: Disabilità: Definizione dei percorsi di prevenzione, valutazione e presa in carico delle disabilità in età evolutiva

Criticità

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 PSR 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.

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.

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 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

B.3.8 Obiettivo 8: Promozione e miglioramento della qualità assistenziale nel settore delle demenze.

Criticità

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 vengono indicate altre azioni prioritarie mirate a rafforzare il governo specifico della problematica.

Risultato atteso

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

Azioni

- Istituire un Comitato regionale per il coordinamento e la verifica delle attività locali;
- Adozione di criteri diagnostici (clinici e strumentali) improntati ad appropriatezza, precocità e tempestività;
- Offerta e potenziamento dei percorsi formativi rivolti ai caregivers e alle figure di accompagnamento;
- Elaborazione ed implementazione di un sistema di monitoraggio.

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.

B.3.9 Obiettivo 9: Le Cure domiciliari

Criticità

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 6.7.

Risultato atteso

Implementazione di un percorso di graduale omogeneizzazione del livello di cure domiciliari coerentemente allo sviluppo del governo della domanda sociosanitaria.

Azioni

- Elaborazione di piano di graduale omogeneizzazione dei modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche nell'ottica di raggiungere una piena integrazione e gestionale tra assistenza domiciliare sanitaria e sociale attraverso il coinvolgimento dei comuni.
- Consolidamento definitivo del flusso informativo SIAD.

Indicatori di risultato

- Presentazione piano di sviluppo omogeneo del sistema delle cure domiciliari
- Messa a regime flusso SIAD

B.3.10 Obiettivo 10: Applicazione della Legge 38: cure palliative e terapia del dolore

Criticità

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

Risultato atteso

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 specialistica 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
- 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

Risultato atteso

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, delle 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



B.4 Intervento 10: la rete socio-sanitaria

B.4.1 Obiettivo 1: Consolidamento dell'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale

Criticità

“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 dà 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.

Risultato atteso

- 1) Organizzazione e consolidamento del livello territoriale dell'integrazione sociale e sanitaria rispetto a: “Comitato dei Sindaci” unitario, “Tavoli territoriali”, Unità Operativa “Sociale e Sanitaria” (U.O. SeS)
- 2) 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”

Azioni

- Analisi dell'attuale organizzazione formale e operativa degli assetti territoriali dell'integrazione sociale e sanitaria:

Esame ed approfondimenti sul Riepilogo degli accordi di programma (o protocolli di intesa) sociali e sanitari che l'ASUR deve inviare al DSSS ai sensi del Decreto 74/DSS del 18 novembre 2011 avente ad oggetto: DGR n. 1161/11 - Approvazione modulistica e indicazioni operative relative alle azioni previste dal capitolo “III.6 La rete socio-sanitaria”.

- 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, coprogettazione

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

Indicatori di risultato

- predisposizione di atto normativo sull'organizzazione formale e operativa degli assetti territoriali dell'integrazione sociale e sanitaria entro 90 giorni dal ricevimento dei materiali di cui all'azione 1, da parte dell'ASUR
- 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

B.4.2 Obiettivo 2: Regolamentazione della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello di Area Vasta, di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale

Criticità

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 programmazione integrata sociale e sanitaria a livello di Area Vasta.

Risultato atteso

- Armonizzazione delle procedure di programmazione integrata sociale e sanitaria ai diversi livelli territoriali secondo una modellistica regionale omogenea
- Corretta ed omogenea implementazione delle linee guida regionali per la programmazione integrata sociale e sanitaria dei livelli territoriali

Azioni

- Analisi dei dati più recenti disponibili sulla comparazione della programmazione sociale e sanitaria del livello territoriale Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale:

Esame ed approfondimenti sul Riepilogo dell’analisi integrata dei Programmi delle Attività Distrettuali e dei Piani Sociali di Ambito che l’ASUR deve inviare al DSSS ai sensi del Decreto 74/DSS del 18 novembre 2011 avente ad oggetto: DGR n. 1161/11 - Approvazione modulistica e indicazioni operative relative alle azioni previste dal capitolo “III.6 La rete socio-sanitaria”.

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

Motivazioni - Definizione dello strumento di programmazione - Obiettivi - Rapporto tra strumento di programmazione 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 programmazione - Fasi per l’elaborazione e la implementazione dello strumento di programmazione integrata sociale e sanitaria di Area Vasta

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

Motivazioni - Definizione ed esplicitazione della funzione sostitutiva rispetto a 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 programmazione 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 programmazione 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 programmazione integrata sociale e sanitaria di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale - Soggetti e strumenti per la realizzazione - Fasi per l’elaborazione la implementazione dello strumento di programmazione integrata sociale e sanitaria di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale e logica “a scorrimento”

- Percorso di accompagnamento formativo per l’implementazione della programmazione 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

Indicatori di risultato

- predisposizione di linee guida regionali per la programmazione 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 programmazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale entro 90 giorni dal ricevimento dei materiali di cui all'azione 1, da parte dell'ASUR
- coinvolgimento del 40% di esponenti dei soggetti interessati al percorso di accompagnamento formativo
- adozione dello strumento di programmazione 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 della programmazione 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

B.4.3 Obiettivo 3: Razionalizzazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale

Criticità

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 semiresidenzialità.

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.

Risultato atteso

1) 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.

2) Riqualificare, in una logica di riequilibrio territoriale e di aggregazione per intensità di intervento delle tipologie previste dall'ordinamento regionale vigente, l'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali definendo il fabbisogno di posti nelle strutture:

- delle aree sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale,
- dei settori Anziani non, Dipendenze patologiche, Salute Mentale, Disabilità, Infanzia e Adolescenza, Altre fragilità.

Azioni

- Analisi dei dati più recenti disponibili sulla consistenza quantitativa e finanziaria dell'accoglienza residenziale e semiresidenziale:

Esame ed approfondimenti sul Riepilogo strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie extraospedaliere, sociosanitarie e sociali a gestione diretta o convenzionate che l'ASUR deve inviare al DSSS ai sensi del Decreto 74/DSS del 18 novembre 2011 avente ad oggetto: DGR n. 1161/11 - Approvazione modulistica e indicazioni operative relative alle azioni previste dal capitolo "III.6 La rete socio-sanitaria".

- Definizione (unitamente ai referenti di Autorizzazione e Accredimento) 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 delle Zone Territoriali con vincolo al riequilibrio territoriale dell'allocazione territoriale 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 Accredimento, 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.

Indicatori di risultato

- predisposizione della proposta di DGR sull'atto di fabbisogno delle strutture sanitarie extraospedaliere, socio-sanitarie e sociali entro 120 giorni entro dal ricevimento dei materiali di cui all'azione 1, da parte dell'ASUR
- 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
- riequilibrio territoriale pari al 50%, da parte dell'ASUR, degli obiettivi e delle modalità operativa indicati dalla DGR sull'atto di fabbisogno delle strutture sanitarie extraospedaliere, socio-sanitarie e sociali

B.5 Intervento 11: la rete delle tecnologie e servizi

B.5.1 Obiettivo 1: Il governo delle tecnologie

Criticità

La Regione Marche, a fronte di una popolazione di circa 1.500.000 ab. prevalentemente residenti sulla fascia costiera, è caratterizzata da una elevata dispersione territoriale di strutture sanitarie pubbliche.

Tale dispersione, nel corso degli anni, ha di fatto impedito lo sviluppo omogeneo e controllato del sistema tecnologico; l'installato esistente, le modalità di programmazione e pianificazione degli investimenti in tecnologie sanitarie e le stesse politiche di gestione, manutenzione e controllo del parco tecnologico, differiscono tra zona e zona, tra azienda ed azienda, in modo talvolta rilevante.

L'assenza di una visione più elevata dei bisogni di tecnologia espressi dall'intero sistema sanitario regionale e la mancanza di strumenti che relazionassero la dotazione di apparecchiature biomediche alle prestazioni sanitarie erogate ha infatti indotto investimenti mirati più al soddisfacimento dei requisiti meramente localistici che a quelli dell'intero sistema.

La consolidata esperienza di altre regioni ha invece dimostrato che, soprattutto nei campi della programmazione e del controllo, della produzione dei servizi intermedi e degli acquisti è possibile e strategicamente vantaggioso allargare le competenze verso forme di concentrazione funzionale e strutturale, a livello sovrazonale e sovraziendale, di servizi amministrativi, di logistica e di produzione sanitaria intermedia.

Risultato atteso

Senza ledere le legittime prerogative di autonomia territoriale ed aziendale e mirando coerentemente alla sostenibilità economica ed alla appropriatezza organizzativa dei servizi, evitando cioè i rischi di frammentazione, scarsa qualità e diseconomia, è ad esempio possibile organizzare il sistema di governo delle tecnologie sanitarie e dei servizi tecnico-professionali su di un bacino di utenza ottimale per dimensione ed omogeneità di bisogni.

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

- anatomia patologica;
- radioterapia;
- medicina nucleare;
- radiologia.

Tale razionalizzazione, che può essere modulata sino alla concentrazione fisica dei processi e dei settori che agiscono entro questi servizi, migliora il rendimento delle risorse e la qualità delle prestazioni erogate senza peraltro alterare gli equilibri e l'autonomia tra le diverse istituzioni.

D'altro canto deve essere evitata quella eccessiva centralizzazione di competenze e funzioni che, con particolare riguardo al sistema di governo delle tecnologie sanitarie, rischierebbe di generare una inevitabile astrazione culturale dal contesto tecnologico reale del personale tecnico in esso operante.

Appare pertanto evidente che l'organizzazione ottimale per il governo strategico del sistema tecnologico dovrebbe fondarsi su di una struttura a geometria variabile, composta da un nucleo centrale stabile, 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.).

Azioni

- promuovere la cultura della gestione corretta, sicura, economica ed appropriata delle tecnologie biomediche e sanitarie attraverso l'istituzione, lo sviluppo ed il consolidamento, nelle Aziende sanitarie ed ospedaliere del SSR o in ambiti sovra-aziendali al cui interno operino uno o più ospedali, di servizi di Ingegneria Clinica, adeguatamente dimensionati, ai quali affidare il compito di supporto strategico e tecnico per la definizione ed attuazione dei piani di investimento e la gestione delle tecnologie biomediche (tale obiettivo rientra tra quelli enunciati nel Programma Regionale di Rischio Clinico approvato con Delibera di Giunta Regionale n.1513 del 28 settembre 2009 in recepimento dell'accordo del 20 marzo 2008 ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province 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);

Indicatori di risultato

Entro il 31/12/2012 dovranno essere proposti specifici progetti finalizzati al perseguimento dei risultati attesi sopra espressi.

B.5.2 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
- Inappropriatezza prescrittiva
- Investimenti tecnologici non sempre programmati in un'ottica di rete
- Protocolli e controlli interni non uniformi

Risultato atteso

L'organizzazione prevista è un sistema di laboratori in rete fortemente integrati (management, struttura organizzativa e budget) e flessibili dal punto di vista operativo con supporto tecnologico ed in particolare quello informatico.

La razionalizzazione dei laboratori di diagnostica pubblici prevede il raggiungimento dei seguenti obiettivi generali:

- creare massa critica per lo sfruttamento di economie di scala nella gestione dell'attività di diagnostica di laboratorio;
- garantire ai cittadini assistiti dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) equità di accesso ai servizi;
- garantire qualità uniforme delle prestazioni erogate;
- mantenere tempi di risposta entro limiti adeguati nel rispetto della normativa nazionale e regionale;
- evitare duplicazioni delle sedi di esecuzione dell'attività di diagnostica di laboratorio;
- evitare la presenza, all'interno delle strutture ospedaliere, di attrezzature di diagnostica di laboratorio che non siano sotto la responsabilità ed il controllo del laboratorio di riferimento;
- valorizzazione delle professionalità degli specialisti della branca della Medicina di laboratorio, anche al fine di conseguire l'appropriatezza clinica ed organizzativa nell'ambito dell'attività di laboratorio;
- valorizzazione delle professionalità del personale tecnico in virtù dell'attribuzione di responsabilità correlate all'attuale curriculum formativo;
- sensibilizzazione e formazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, oltre che dei medici specialisti ospedalieri e dell'area territoriale, in merito all'appropriatezza clinica;

- minimizzare gli investimenti, soprattutto per quanto riguarda le apparecchiature ad alto investimento tecnologico
- condividere protocolli, tecnologie, controlli ed esperienze nei diversi punti della rete

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, elaborati nella CDR tecnologie e servizi dal Gruppo di lavoro costituito ad hoc, a seguito di una ricognizione già effettuata, 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), 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 e valutare, sulla base dei volumi di attività e delle esigenze di eventuali Punti di Primo Intervento attivi, se mantenere le apparecchiature necessarie per gestire eventuali urgenze, secondo un pannello predefinito;
- 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) interregionale.

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 ed eventualmente, in seguito ad opportuna valutazione sull'appropriatezza, efficacia ed efficienza, point of care testing per attività diagnostica di base
- nodi periferici presso cui attivare, stante il posizionamento rispetto ai centri della rete, attività diagnostica di urgenza (anche tramite point of care testing) 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:

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

Indicatori di risultato

- predisposizione entro 3 mesi di un Piano di riorganizzazione della rete dei laboratori predisposto congiuntamente e di concerto da tutte le Aziende del SSR ed approvato dal Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali (sulla base del lavoro preparatorio predisposto a cura di gruppo di progetto dedicato da istituirsi presso l'Agenzia regionale Sanitaria che veda la partecipazione dei responsabili dei servizi interessati delle Aziende del SSR. contenente:
 - ✓ Analisi situazione attuale laboratori analisi in termini di risorse, organizzazione ed attività:
 - laboratori attivi
 - attività svolta in termini quanti-qualitativa (per singolo laboratorio per interni ed esterni)
 - risorse impiegate (personale anche in termini di specializzazione)
 - turnazioni personale
 - ✓ riorganizzazione strutturale della rete dei laboratori con indicazione dei tempi e delle modalità previsti per il completamento del riassetto.

Per quanto concerne la dismissione degli attuali laboratori presso i futuri spoke , il "Piano" dovrà indicare:

- le eventuali tecnologie da mantenere/acquisire per garantire il pannello di prestazioni previste presso la singola struttura;
- le tecnologie e le risorse umane che si renderanno disponibili dalla riconversione e le possibilità alternative di impiego;
- gli eventuali interventi di potenziamento delle strutture hub.

Per quanto riguarda l'adozione delle nuove modalità organizzative della rete, il "Piano" dovrà progettare:

- i meccanismi di coordinamento tra nodi, con identificazione dei vari responsabili;
- i flussi della logistica tra i nodi hub ed i nodi spoke;
- i meccanismi di condivisione delle richieste, dei risultati e dei referti attraverso la creazione di un unico sistema informativo.

Per quanto concerne la definizione del piano per la razionalizzazione della rete dei laboratori privati, alla stessa si sta provvedendo, sulla base delle indicazioni dell'Accordo Stato regioni del 23 marzo 2011, attraverso un apposito gruppo di lavoro costituito con decreto del Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali. In ogni caso, 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.

B.6 Intervento 12: le reti cliniche e assistenziali

Il sistema “a rete” deve essere il modello guida della programmazione di Area vasta e regionale, per quelle attività che non possono trovare esaustività nell’ambito delle singole Aree vaste.

Tale 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 configura nelle aree relative 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’accredimento
 - 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

B.6.1 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:

- 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
- Prevenzione gruppi di rischio
 - Rete di screening oncologici e medicina predittiva
 - Rete di screening pediatrici
 - Rete di medicina predittiva

B.6.2 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 graduali 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,
- l'assistenza specialistica e 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 Equipes Territoriali, le strutture residenziali e semiresidenziali, le Case della Salute e le strutture per l'assistenza al paziente sub acuto.

B.6.3 Obiettivo 3: le reti cliniche di patologia emergenti/urgenti

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 delle malattie neuromuscolari degenerative e traumatiche

B.6.4 Obiettivo 4: le reti cliniche ospedaliere

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), 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 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 |

B.7 Intervento 13: il sistema di accreditamento

B.7.1 Obiettivo 1: revisione delle procedure

Criticità

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 per conto 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.

Risultato atteso

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

- Uniformare 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.

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.

Indicatori di risultato

Proposta di Atto predisposta entro il 30 giugno 2012

A.8.1 Obiettivo 2: revisione degli standard

Criticità

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.

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).

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.

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.

W

C. LE AREE DI SVILUPPO STRATEGICHE

C.1 L'Area del Governo Clinico

C.1.1 Obiettivo 1: Implementazione della Gestione del Rischio Clinico: "Attuazione piani strategici aziendali per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti"

Criticità

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.

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.

Azioni

Report annuale dello stato di realizzazione dei piani aziendali.

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.

C.1.2 Obiettivo 2: Riorganizzazione del sistema di formazione continua (ECM) regionale ai sensi degli Accordi Stato Regioni 2007 e 2009

Criticità

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.

Risultato atteso

passaggio per gli Enti del SSR dall'accreditamento degli eventi all'accreditamento dei provider entro il 2012.

Azioni

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

Indicatori di risultato

- accreditamento provvisorio come provider degli Enti del SSR entro il 31/12/2012;
- avvio da parte degli Enti del SSR della costruzione del Dossier formativo nei Dipartimenti extraospedalieri;
- 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.

C.1.3 Obiettivo 3: Realizzazione di un sistema regionale di valutazione della soddisfazione degli utenti attraverso indagini di customer satisfaction

Criticità

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

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

Azioni

1. 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 le Aziende del SSR

Indicatori di risultato

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

C.1.4 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

Criticità

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.

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

Azioni

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

Indicatori di risultato

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

C.1.5 Obiettivo 5: Linee di indirizzo Regionali sulla Carta dei Servizi

Criticità

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 le Aziende Sanitarie 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 una disomogeneità nei contenuti proposti, sui tempi di aggiornamento, e, in particolare sugli indicatori di qualità utilizzati.

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 le Aziende sanitarie.
- Aggiornamento annuale delle Carte dei Servizi

Azioni

1. 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 tutte gli Enti del SSR

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

C.2 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.

C.2.1 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 le azioni previste dal piano degli interventi informatici per il 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 delle Aziende 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 delle Aziende
- organizzazione con forte marca zonale (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

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 addizionali messi a disposizione dei professionisti del servizio sanitario

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

Indicatori di risultato

- num. di professionisti ed 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

C.2.2 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 Informatici 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;

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

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;

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

C.2.3 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

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;

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;

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

C.2.4 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 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

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

Azioni

- istituzione di un organo 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

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

C.2.5 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 una 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 fattor 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 fattor 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

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 di un'unica cartella clinica multi-disciplinare a livello di struttura o di azienda per l'assistito;
- costituzione di un punto univoco di eventuale interscambio con i soggetti esterni all'azienda;

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 fattor 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;

Indicatori di risultato

- numero di processi di struttura/azienda portati a fattor comune
- numero di processi di reparto analizzati, formalizzati e condivisi

DN

- numero di strutture/aziende che condividono e adottano lo strumento cartella clinica ospedaliera.

aw

8

C.3 L'Area dei flussi informativi

C.3.1 Obiettivo 1: Il governo dei flussi informativi

Il governo dei flussi informativi deve garantire il rispetto del debito informativo da parte delle Aziende 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 delle Aziende e 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.

Criticità

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

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 programmazione sanitaria.

Rispetto delle scadenze e dei criteri di qualità fissati dai livelli ministeriali, così da non incorrere in valutazioni di inadempienza.

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:
 - Identificazione dei referenti dei singoli flussi aziendali, da parte delle Direzioni aziendali;
 - 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)

Indicatori di risultato

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

C.3.2 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 programmazione regionale degli interventi sanitari volti alla tutela della collettività dai medesimi rischi e di avviare sistemi di sorveglianza epidemiologica della popolazione.

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.

Criticità

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.

Risultato atteso

Istituzione 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. In particolare, costituzione del registro delle cause di morte e del registro tumori.

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

Indicatori di risultato

Num. linee guida specifiche rilasciate

Num. registri attivati

C.3.3 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.

Criticità

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.

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

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.

Indicatori di risultato

numero report periodici prodotti.

PARTE III PARTE III – GESTIONE E IMPLEMENTAZIONE DEL CAMBIAMENTO

1. La gestione dei processi di cambiamento

La realizzazione degli obiettivi indicati nel presente documento comporta l'introduzione di importanti cambiamenti di carattere organizzativo. Affrontare un cambiamento organizzativo in un contesto di crisi economica e di contrazione delle risorse disponibili significa mettere in evidenza solide capacità di analisi, capacità progettuali e capacità di coordinamento; le capacità di analisi sono indispensabili per percepire anticipatamente le esigenze di cambiamento quando ancora non si sono manifestate in modo critico, nonché per interpretare quello che avviene nell'organizzazione durante tutto il processo di transizione; le capacità progettuali servono nella formulazione sia del progetto di cambiamento in generale, sia nel piano delle singole iniziative; la capacità di coordinamento è vitale per poter governare/pilotare nel tempo la realizzazione del cambiamento.

L'insieme di queste caratteristiche, con diverse combinazioni, deve appartenere a tutti gli attori coinvolti nella gestione del cambiamento: il processo a cui sono interessati riguarda, tra gli altri, aspetti di comunicazione e di monitoraggio degli effetti del cambiamento organizzativo, e deve essere sviluppato parallelamente e con grande sinergia con le attività connesse alla progettazione di nuovi modelli organizzativi e all'introduzione di nuove modalità operative.

Di conseguenza, nei processi che caratterizzano la sanità regionale interessati dalle presenti linee di attuazione ed implementazione è di fondamentale importanza la modalità con cui:

- vengono formulati, consolidati e diffusi gli indirizzi di carattere strategico della programmazione regionale, i riferimenti normativi, i criteri di organizzazione e pianificazione della sanità regionale, le regole di autorizzazione e accreditamento;
- sono introdotti nuovi strumenti e modelli per il monitoraggio, il controllo ed il governo della sanità regionale, e per l'adozione di misure di intervento sui meccanismi di regolazione del sistema;
- vengono predisposti e diffusi elementi di informazione, comunicazione e formazione attraverso cui promuovere la conoscenza dei servizi erogati dal sistema sanitario, sia per gli erogatori che per i fruitori;
- sono eseguite le procedure necessarie all'attivazione ed al funzionamento dei sistemi che consentono l'erogazione di servizi integrati da parte di tutti gli operatori e le strutture della sanità regionale;
- vengono regolate le acquisizioni di beni, servizi e risorse umane, a livello aziendale e a livello centrale, per il funzionamento del servizio sanitario regionale.

Approccio metodologico

La realizzazione di importanti cambiamenti nell'ambito di una organizzazione deve svolgersi nel rispetto di criteri di uno specifico approccio metodologico. La metodologia di gestione del cambiamento, prevede sia la prosecuzione delle attività progettuali previste dal precedente PSR sia l'avvio di nuove iniziative coerentemente con le indicazioni del nuovo PSSR 2012-2014.

In particolare, il lavoro fin qui svolto dalle Cabine di regia ha raccolto il contributo dei professionisti coinvolti sui diversi temi affrontati e, dopo un processo di analisi e di valutazione dello stato di fatto, ha prodotto importanti risultati che si sono tradotti in specifiche linee strategiche di indirizzo, proposte progettuali, studi di fattibilità, atti normativi di programmazione. Altri contributi devono essere rivisti in coerenza con la nuova normativa regionale per definire ulteriori linee di indirizzo.

Tale attività coerentemente con le indicazioni del PSSR 2012-2014, può essere articolata su sette aree distinte:

1. Valutazione dell'organizzazione obiettivo
2. Gestione degli stakeholders
3. Promozione e comunicazione
4. Formazione e addestramento
5. Supporto operativo
6. Incentivi e ricompense
7. Monitoraggio e valutazione

1. Valutazione dell'organizzazione obiettivo

Di fondamentale importanza nel gestire la fase di cambiamento è la comprensione di tutti coloro che sono coinvolti nell'organizzazione obiettivo, e del loro ruolo. Tra questi ruoli, basilare è quello dei promotori, ovvero di coloro che hanno la legittimazione organizzativa necessaria ad evidenziare e supportare il cambiamento.

Il successivo oggetto di valutazione è la comprensione del grado di predisposizione dell'organizzazione (nel senso più ampio possibile) ad affrontare il cambiamento, relativamente a:

- prontezza dell'organizzazione a cambiare;
- volontà dell'organizzazione di cambiare;
- capacità dell'organizzazione di portare a termine il cambiamento.

I promotori, nello specifico la Regione e le Direzioni aziendali, devono essere leader del cambiamento fornendo le linee guida ed i giusti stimoli alle rispettive strutture organizzative affinché il cambiamento si attui.

2. Gestione degli stakeholders

Sulla base dell'identificazione dei diversi ruoli, devono essere individuati i diversi gruppi di soggetti che sono in qualche modo impattati/interessati dal cambiamento (*Stakeholders*).

La gestione degli Stakeholders ed il loro coinvolgimento si fonda sulla segmentazione di essi in gruppi omogenei e sul successivo posizionamento in funzione di due fattori:

- la volontà di cambiare
- la capacità di cambiare

Una volta che gli Stakeholder sono stati identificati, deve essere definita la strategia da adottare nel dialogare con loro e nello stabilire il livello del loro impegno.

Questo consente di definire il piano di azione per la gestione degli Stakeholders:

3. Formazione e addestramento

Il trasferimento di competenze è l'elemento chiave nella costruzione delle capacità necessarie agli utenti per giocare efficacemente il loro ruolo nel nuovo contesto definito dal processo di riorganizzazione. Tale trasferimento si prevede che avvenga attraverso opportune attività di formazione che devono essere accuratamente studiate e pianificate in relazione agli eventi e attività chiave antecedenti e contestuali all'implementazione degli obiettivi previsti.

In linea di massima la formazione è composta da tre fasi focalizzate ciascuna al raggiungimento di differenti obiettivi:

- Formazione al cambiamento, con l'obiettivo di favorire la comprensione del progetto e il coinvolgimento delle persone interessate.
- Formazione sui nuovi processi, con l'obiettivo di favorire la comprensione da parte degli utenti delle nuove modalità operative.
- Formazione tecnica, con l'obiettivo di consentire agli utenti di acquisire le competenze tecniche necessarie per svolgere le funzioni richieste nella nuova organizzazione

4. Promozione e comunicazione

In quanto facilitatore fondamentale dell'accettazione del cambiamento il coinvolgimento degli attori nel progetto richiede una comunicazione accuratamente studiata e pianificata in relazione agli eventi e attività chiave antecedenti e contestuali alla realizzazione dei vari obiettivi.

5. Supporto operativo

La gestione della transizione è un processo che avviene contestualmente all'avvio e alla diffusione di nuove modalità operative sul territorio. Questo è un processo complesso il cui fattore critico è la continuità di assistenza agli operatori e agli utenti.

Nel contesto del piano di attuazione il supporto operativo agli utenti ha quindi la finalità di assistere gli operatori e le strutture nel processo di cambiamento conseguente all'impatto del progetto sui processi organizzativi socio sanitari. Il supporto agli utenti riveste un ruolo centrale nella gestione del cambiamento ed è in tale ambito che trovano collocazione i principali attori del cambiamento da individuare nell'ambito delle Aziende

6. Incentivi e ricompense

Questa fase riguarda i meccanismi di gestione della prestazione e della motivazione degli individui coinvolti nel cambiamento ed ha il fine di consentire l'allineamento dei comportamenti rispetto allo standard previsto dal progetto attraverso:

- la ridefinizione dei ruoli e delle responsabilità dell'organizzazione obiettivo coerentemente con le nuove modalità di funzionamento;
- la definizione di processi di valutazione e di ricompensa della prestazione individuale che supportino e rafforzino la propensione al cambiamento;
- la responsabilità dei livelli direzionali dell'organizzazione obiettivo relativamente al processo di cambiamento.

7. Monitoraggio e valutazione

Questa fase consiste nel:

- monitoraggio continuo delle azioni effettuate e dei risultati conseguiti durante la fase di attuazione degli obiettivi di riorganizzazione;
- analisi delle criticità rilevate;
- identificazione delle necessarie azioni correttive.
- al fine di mantenere il processo di cambiamento nella giusta direzione.

Modalità attuative

L'impatto del nuovo sistema sulle diverse comunità di attori (cittadini, operatori della sanità a livello regionale ed aziendale, MMG, PLS, farmacisti, etc.) deve quindi essere efficacemente governato dagli organi direzionali regionali ed aziendali secondo l'approccio metodologico descritto, così da facilitare il raggiungimento degli obiettivi di cambiamento, nel rispetto dei tempi e dei risultati previsti.

Per conseguire tali risultati sarà cura della Regione, con la collaborazione delle direzioni aziendali, provvedere a definire la strategia di implementazione del cambiamento, orientata alla transizione dalla situazione corrente alla situazione prospettata relativamente a processi e risorse coinvolte, prevedendo specifiche azioni di monitoraggio e valutazione dei risultati periodicamente conseguiti.

Come di seguito indicato, lo strumento fondamentale per governare il cambiamento è costituito dalle Cabine di regia e dai gruppi di lavoro ad esse afferenti, che hanno il compito di definire le modalità di intervento per ciascun obiettivo previsto e di monitorarne l'attuazione.

Il PSSR 2012-2014 indica nelle Cabine di regia l'elemento di cui il sistema sanitario si può avvalere per consolidare le attività progettuali già previste dal precedente PSR sia per dare avvio alle nuove iniziative di intervento e riorganizzazione del SSR in attuazione degli indirizzi forniti dallo stesso nuovo PSSR.

La metodologia di lavoro delle Cabine di regia, come indicato dal PSSR 2012-2014, può essere riassunta nei seguenti punti:

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

Ciascuna Cabina di regia è costituita dai referenti regionali e delle Aziende, che saranno individuati da un apposito atto del Direttore del Dipartimento per la salute e per i servizi regionali in accordo con le Direzioni delle Aziende.

La partecipazione alle Cabine di regia costituisce per le Aziende una condizione indispensabile per contribuire alle decisioni e condividere le scelte operative relative alle modalità di implementazione delle presenti linee di attuazione. Il lavoro delle Cabine di regia costituirà quindi l'elemento propulsore del processo di riorganizzazione del SSR nelle diverse linee di intervento nonché strumento di monitoraggio e valutazione dei progressi conseguiti e dei risultati raggiunti.

2. Le modalità operative per l'attuazione

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.

Di seguito viene riportato l'elenco delle Cabine di regia e dei relativi gruppi di lavoro.

Cabina di regia 1 – Risorse umane

Intervento 1: il governo delle risorse umane

Gruppi di Lavoro:

Obiettivo 1: contenimento/riduzione complessiva della spesa del personale

Obiettivo 2: Evoluzione dei livelli assistenziali

Obiettivo 3: attuazione di un piano di riqualificazione/ricollocazione del personale

Obiettivo 4: razionalizzazione delle unità operative semplici e complesse

Cabina di regia 2 –Farmaci e dispositivi medici

Intervento 2: il governo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici

Gruppi di Lavoro:

Obiettivo 1: monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera

Obiettivo 2: incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa ospedaliera e territoriale

Obiettivo 3: Riorganizzazione dell'assistenza farmaceutica e logistica

Obiettivo 4: rete delle Farmacie Convenzionate e Ospedaliere

Obiettivo 5: dispositivi medici

Cabina di regia 3 – Beni e servizi, operatori privati

Intervento 3: il controllo strategico di gestione e il governo dei beni e servizi

Gruppi di Lavoro:

Obiettivo 1: Il controllo strategico di gestione

Obiettivo 2: dati e indicatori sui fattori di produzione

Obiettivo 3: riduzione dei costi e miglioramento dell'efficienza aziendale ottenibile attraverso la fase di riprogettazione dei processi di approvvigionamento e del ciclo passivo

Obiettivo 4: approvvigionamento di beni e servizi, tramite centrale regionale degli acquisti ovvero tramite gli altri strumenti del Sistema a Rete. Costituzione della Centrale degli Acquisti del SSR nella Regione Marche

Intervento 4: il governo degli erogatori privati

Gruppi di Lavoro:

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

Cabina di regia 4 – Prevenzione collettiva

Gruppo di Lavoro:

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

Intervento 6.1: prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro

Gruppi di Lavoro:

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

Obiettivo 3: sanità pubblica e rapporto salute e ambiente

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

Obiettivo 5: potenziamento del sistema epidemiologico Regionale

Obiettivo 6: potenziamento delle rete per la promozione della salute

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

Intervento 6.2: Veterinaria e sicurezza alimentare

Gruppi di Lavoro:

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

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

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

Obiettivo 5: La sorveglianza a la prevenzione nutrizionale

Intervento 12: le reti cliniche e assistenziali

Gruppi di Lavoro:

Obiettivo 1: le reti della prevenzione

Cabina di regia 5 – Emergenza - urgenza

Intervento 7: la rete dell'emergenza - urgenza

Gruppi di Lavoro:

Obiettivo 1: riorganizzazione della rete territoriale

Obiettivo 2: ridefinizione Rete dei Pronto Soccorso e DEA

Obiettivo 3: revisione Punti di Primo Intervento (PPI)

Intervento 12: le reti cliniche e assistenziali

Gruppi di Lavoro:

Obiettivo 3: le reti cliniche di patologia emergenti/urgenti

Cabina di regia 6 – Assistenza ospedaliera

Intervento 8: la rete ospedaliera

Gruppi di Lavoro:

Obiettivo 1: riduzione della frammentazione della rete ospedaliera

Obiettivo 2: riconversione delle piccole strutture

Obiettivo 3: Attivazione di strutture per l'assistenza al paziente sub acuto

Obiettivo 4: la programmazione per intensità di cura

Obiettivo 5: le aree di degenza per intensità di assistenza

Intervento 5: il governo della mobilità sanitaria

Gruppi di Lavoro:

Obiettivo 1: Riduzione della mobilità passiva

Obiettivo 2: Manutenzione e gestione degli accordi di confine

Obiettivo 3: Miglior gestione dei dati anagrafici degli assistiti

Intervento 11: la rete delle tecnologie e servizi

Gruppi di Lavoro:

Obiettivo 1: Il governo delle tecnologie

Obiettivo 2: razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici

Intervento 12: le reti cliniche e assistenziali

Gruppi di Lavoro:

Obiettivo 4: le reti cliniche ospedaliere

Cabina di regia 7 – Assistenza territoriale

Intervento 9: la rete territoriale

Gruppi di Lavoro:

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

Intervento 12: le reti cliniche e assistenziali

Gruppi di Lavoro:

Obiettivo 2: la rete assistenziale territoriale

Cabina di regia 8 – Assistenza socio-sanitaria

Intervento 10: la rete socio-sanitaria

Gruppi di Lavoro:

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

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

Obiettivo 3: Razionalizzazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale

Cabina di regia 9 – Governo clinico

Intervento 13: il sistema di accreditamento

Gruppi di Lavoro:

Obiettivo 1: revisione delle procedure

Obiettivo 2: revisione degli standard

Area del Governo Clinico

Gruppi di Lavoro:

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.

Cabina di regia 10 – Sistema informativo regionale

Area ICT

Gruppi di Lavoro:

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

Gruppi di Lavoro:

Obiettivo 1: Il governo dei flussi informativi

Obiettivo 2: Osservatorio epidemiologico regionale e registri di patologia

Obiettivo 3: sviluppo del sistema di monitoraggio direzionale