



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

**OGGETTO: Proposta di deliberazione di competenza del Consiglio regionale concernente :
"Piano Sanitario Regionale 2007-2009 – Il governo, la sostenibilità,
l'innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute del cittadino marchigiano".**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Servizio Salute, dal quale si rileva la necessità di presentare al consiglio regionale l'allegata proposta di deliberazione concernente: "Piano Sanitario Regionale 2007-2009 – Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute del cittadino marchigiano";

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

VISTA la proposta del dirigente del servizio Salute 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 tecnico e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

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

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

DELIBERA

di presentare al Consiglio regionale l'allegata proposta di deliberazione concernente: "Piano Sanitario Regionale 2007-2009 – Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute del cittadino marchigiano" (Allegato 2).

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Dott. Bruno Brandoni

B. Brandoni

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Dott. Gian Mario Spacca

G. M. Spacca

Dalari

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____delibera
134

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Motivazioni ed esito dell'istruttoria.

L'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni stabilisce che il Piano Sanitario Regionale rappresenta l'insieme degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

L'articolo 7, comma 2, della legge regionale 5 settembre 1992 n. 46 stabilisce che i piani di settore sono approvati dal Consiglio regionale, su proposta della Giunta, entro sessanta giorni dalla loro presentazione.

La Giunta regionale in data 2 febbraio 2007 ha deciso di avviare la consultazione sul Piano Sanitario Regionale 2007-2009 - "Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute del cittadino marchigiano" -, predisposto dal Servizio Salute.

In sede di consultazione, oltre ad una serie di incontri con l'Università, le organizzazioni sindacali mediche e non, l'Associazione Industriali ecc., sono stati incontrati il Comitato d'intesa Regione - ANCI - UPI - UNCEM - AICCRE Lega delle Autonomie locali in data 12 febbraio 2007 ed il Tavolo regionale della Concertazione in data 19 febbraio 2007.

Per i motivi di cui sopra, **si propone** alla Giunta Regionale:

di presentare al Consiglio regionale l'allegata proposta di deliberazione concernente: "Piano Sanitario Regionale 2007-2009 - Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute del cittadino marchigiano" (Allegato 2).

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Sandro Oddi



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

delibera
134

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE

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

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Carmine Ruta

La presente deliberazione si compone di n. 96 pagine, di cui n. 92 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Dott. Bruno Brandoni

Bu Brandoni

Carrai



ALLEGATO 1

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE

Oggetto: "Piano Sanitario Regionale 2007-2009 – Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute del cittadino marchigiano".

IL CONSIGLIO REGIONALE

VISTO l'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni: "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale";

VISTA la legge regionale 5 settembre 1992 n. 46 recante norme sulle procedure di programmazione regionale e locale;

VISTA la proposta della Giunta Regionale;

VISTO il parere favorevole di cui all'art. 16, 1° comma, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001 n. 20, in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità del Dirigente del Servizio Salute;

PRESO ATTO che la predetta proposta è stata preventivamente esaminata, ai sensi dello Statuto regionale, dalla Commissione consiliare permanente competente in materia;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto regionale;

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

DELIBERA

di approvare il "Piano Sanitario Regionale 2007-2009 – Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute del cittadino marchigiano", nel testo allegato che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

IL SEGRETARIO DEL CONSIGLIO

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO

Deval

ALLEGATO ALLA DELIBERA
N° ~~134~~ DEL 6 FEB 2007

Regione Marche

Piano Sanitario 2007-2009

**Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del
SSR per la salute del cittadino marchigiano**



Indice

I	IL CONTESTO	4
I.1	LO SCENARIO GENERALE	4
I.2	LE PRINCIPALI CRITICITÀ DEL SISTEMA REGIONALE.....	9
II	LA STRATEGIA DEL PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009	14
II.1	LA FUNZIONE DI PROGRAMMAZIONE	14
II.2	L'APPROCCIO METODOLOGICO	20
II.2.1	<i>Il modello interpretativo</i>	20
II.2.2	<i>Il modello strategico</i>	23
II.2.3	<i>Il modello di sviluppo</i>	25
II.2.4	<i>Il modello attuativo</i>	27
II.3	I CRITERI DI FONDO.....	29
II.4	IL DISEGNO PROGETTUALE DI RIFERIMENTO	30
II.5	GLI OBIETTIVI GENERALI.....	34
II.5.1	<i>L'orientamento ai LEA</i>	34
II.5.2	<i>Riduzione dei tempi di attesa</i>	34
II.5.3	<i>Appropriatezza</i>	35
II.5.4	<i>Promozione della salute</i>	36
II.5.5	<i>Prevenzione e sicurezza</i>	38
II.5.6	<i>Governo Clinico</i>	39
II.5.7	<i>Integrazione socio-sanitaria</i>	41
II.5.8	<i>Ricerca e innovazione</i>	42
II.5.9	<i>Sanità elettronica</i>	42
III	LE LINEE GUIDA DI SVILUPPO	44
III.1	IL CONSOLIDAMENTO DELL'ASSETTO ISTITUZIONALE	45
III.2	L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI.....	46
III.3	L'ADEGUAMENTO STRUTTURALE.....	48
III.4	LA QUALITÀ DEI SERVIZI DEL SSR	48
III.5	LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE	49
III.6	L'OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE	51
III.7	L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA	52
III.8	LO SVILUPPO DEI SISTEMI DI RETE	53
IV	LE LINEE GUIDA DI INTERVENTO	56
IV.1	INTERVENTI PER IL GOVERNO DEL SSR	56
IV.2	INTERVENTO ORGANIZZATIVO.....	58
IV.3	INTERVENTI NELL'AMBITO CLINICO-SANITARIO	63
IV.3.1	<i>Il sistema reticolare dell'assistenza ospedaliera</i>	63
IV.3.2	<i>Il consolidamento del sistema dell'emergenza</i>	65
IV.3.3	<i>Le reti di patologia</i>	66
IV.3.4	<i>La riorganizzazione delle attività territoriali</i>	67
IV.3.5	<i>Intervento nell'ambito della prevenzione primaria collettiva</i>	67
IV.4	INTERVENTI NELL'AMBITO SOCIO-SANITARIO.....	69
IV.5	INTERVENTI IN AMBITO ECONOMICO-AMMINISTRATIVO	72
IV.5.1	<i>Vincolo di compatibilità economica</i>	72
IV.5.2	<i>Organizzazione delle funzioni amministrative delle aziende del SSR</i>	75
IV.5.3	<i>Innovazione della funzione acquisti e logistica</i>	76
IV.5.4	<i>Valorizzazione del patrimonio</i>	77
IV.5.5	<i>Definizione e implementazione del nuovo modello di controllo di gestione del SSR</i>	77



IV.5.6	<i>Decision Support System economico/sanitario regionale</i>	79
IV.5.7	<i>Risk management e gestione assicurazioni</i>	80
IV.6	INTERVENTI IN AMBITO ICT	80
IV.6.1	<i>Piano di e-Health</i>	81
IV.6.2	<i>La rete di telecomunicazione e le reti delle strutture</i>	81
IV.6.3	<i>Integrazione del percorso diagnostico terapeutico</i>	82
IV.6.4	<i>I network di servizi</i>	82
IV.6.5	<i>Centro Servizi</i>	83
IV.7	INTERVENTI IN AMBITO TECNICO-STRUTTURALE	84
IV.7.1	<i>Assessment tecnologico HTA</i>	84
IV.7.2	<i>Metodologia progettuale</i>	85
IV.8	INTERVENTI NELL'AMBITO DEI RAPPORTI CON I SOGGETTI ISTITUZIONALI DEL SSR	88
V	LEGENDA	91

I IL CONTESTO

I.1 Lo scenario generale

Il Servizio Sanitario si trova oggi a dover far fronte all'impegno di mantenere e migliorare la propria capacità di offerta di prestazioni e di servizio secondo criteri di efficienza, di produttività, di economicità e di qualità per contenere e ridurre il costo del sistema e per massimizzarne i benefici. Tali sollecitazioni si traducono in una forte spinta alla razionalizzazione del funzionamento complessivo del sistema sanitario, sia rispetto alla riorganizzazione ed al coordinamento dei servizi sul territorio di competenza, sia nella distribuzione della spesa tra i diversi livelli di assistenza.

Le cause principali di questo trend sono da imputarsi prevalentemente ai seguenti aspetti:

- l'invecchiamento della popolazione e il maggior bisogno di assistenza;
- gli inadeguati investimenti nella prevenzione;
- la crescita del consumo farmaceutico e l'utilizzo improprio delle prestazioni;
- la richiesta da parte dei cittadini di una maggiore qualità delle prestazioni e la conseguente crescita delle aspettative;
- lo sviluppo di terapie più complesse;
- il progresso scientifico, l'innovazione, la tecnologia, la sofisticazione degli strumenti di diagnostica.

La sanità italiana costituisce, peraltro, una risorsa produttiva fondamentale per il Sistema Paese e contribuisce in modo rilevante alla formazione del PIL. L'«*industria della salute*» è, infatti, uno dei principali settori produttivi, sia di ciascuna Regione che di tutta la Nazione. Il contributo del sistema sanitario all'economia nazionale in termini di valore prodotto da tutta la filiera comprendente la ricerca, l'industria, il commercio e i servizi, costituisce una delle prime voci nella composizione della ricchezza del Paese. La realizzazione e l'erogazione di servizi evoluti per la sanità è da intendere quindi come occasione per lo sviluppo di nuovi centri di attività e per la crescita di nuove figure professionali.

Le grandi opportunità di miglioramento per il SSN, per le Regioni e per le aziende e le strutture sanitarie sono condizionate dalla volontà di cogliere tutte le potenzialità a disposizione del settore sanitario, sia per il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, sia per la crescita dell'economia regionale in termini di ricerca e innovazione (per esempio, con le biotecnologie e la medicina molecolare): l'«*industria della salute*» può, in definitiva, costituire il volano anche per lo sviluppo di «**distretti produttivi**» e produttivi oltre che perseguire la crescita del benessere per la popolazione.

Il processo di discontinuità creato dall'evoluzione scientifica e tecnologica, come il processo di *convergenza dei mercati* che sta coinvolgendo un numero sempre più largo di settori

industriali, si esprime attraverso sovrapposizioni sempre più evidenti fino alla creazione di un unico grande mercato "esteso".

Questa convergenza dei settori crea un valore molto più alto della somma delle singole evoluzioni tecnologiche e singole proposte industriali, in quanto, agendo sinergicamente realizza nuovi prodotti/servizi con nuove funzionalità, in altro modo impensabili, che possono costituire un indiscusso vantaggio competitivo.

Nel settore sanitario, infatti, i diversi mercati stanno "convergenndo" sempre più velocemente grazie all'evoluzione contemporanea e parallela delle tecnologie digitali, elettroniche, biotecnologiche, farmaceutiche, biomedicali, ecc. Nello stesso tempo i "confini" che separano la biotecnologia dalla farmacologia e dalla microelettronica, come l'informatica dalla microelettronica e dalla biologia genetica, stanno via via scomparendo.

Se non vi fosse questa coevoluzione dei settori industriali e la convergenza dei singoli mercati, probabilmente non sarebbe possibile rispondere alla domanda di "nuove aggregazioni" di bisogni complessi emergenti dalla società: nel settore sanitario, siamo passati in pochi anni dal bisogno di cura della malattia alla gestione dello stato di salute, dalla domanda di ricerca del benessere all'estensione del ciclo biologico della vita.

Questo processo evolutivo ha contribuito a migliorare la qualità nei servizi, ha portato ad una maggior efficacia attraverso combinazioni di nuove tecnologie e potrebbe portare in futuro (se ben orientato e governato) ad una maggiore efficienza, dato che l'asse produttivo del sistema sanitario si deve spostare sempre più dalla terapia ospedaliera (che consuma la maggior parte delle risorse) alla prevenzione ed alla predizione clinica, liberando così risorse per nuovi bisogni emergenti o per bisogni ancora non soddisfatti.

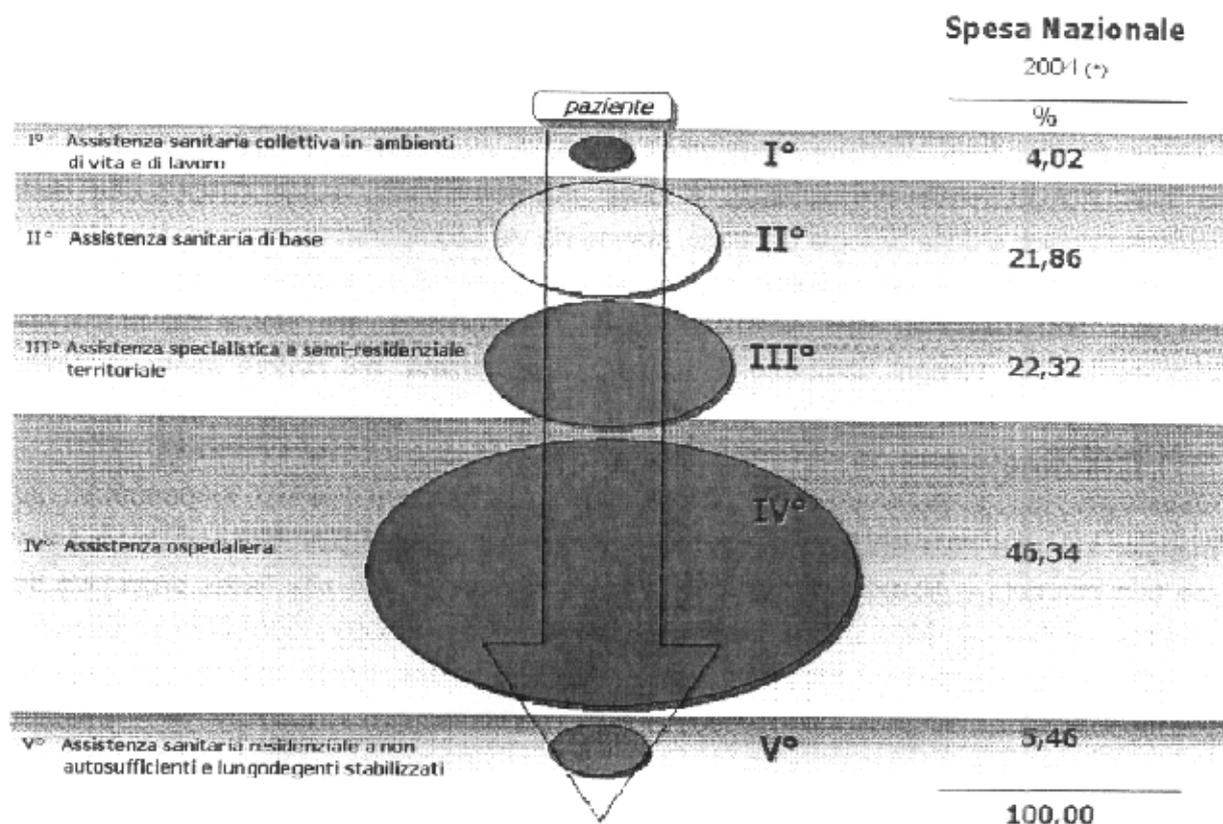
Un processo di governo del sistema sanitario non può avere quindi quale unico e prioritario obiettivo quello di modificare la struttura della spesa e di contrarne i finanziamenti. La riprogettazione e la riforma del sistema sanitario richiedono:

- da un lato, una approfondita conoscenza dei percorsi assistenziali, dal momento in cui sorge il bisogno fino alla conclusione del ciclo assistenziale, tenendo conto del contesto in cui questo avviene;
- dall'altro, di anticipare quanto più possibile l'insorgenza del bisogno operando sul piano della prevenzione, secondo modalità e percorsi che soddisfino i bisogni dei cittadini, tengano conto delle esigenze degli operatori, valorizzino le potenzialità espresse dal mondo della ricerca e dell'innovazione, consolidino il tessuto produttivo del paese.

L'analisi della **struttura della spesa** nazionale suddivisa per livelli di assistenza, evince il fenomeno che costituisce una sostanziale criticità di fondo dell'assetto attuale del sistema: esiste una divergenza fra la suddivisione della quota capitaria per i singoli livelli e l'effettiva domanda di assistenza della popolazione, per ragioni dovute soprattutto a modifiche della struttura demografica e alla nascita di nuovi e diversi bisogni di salute.

Per incidere sulla struttura della spesa, le politiche di intervento richiedono quindi di approfondire il tema del riequilibrio del finanziamento dei livelli di assistenza, anche mediante

il drenaggio di risorse dai livelli maggiormente finanziati, per aumentare gli investimenti in quelli che comportano urgenti ed improcrastinabili interventi (un evidente esempio è la necessità di investimenti per i servizi finalizzati agli anziani ed ai pazienti "fragili", attualmente carenti in molte realtà regionali).

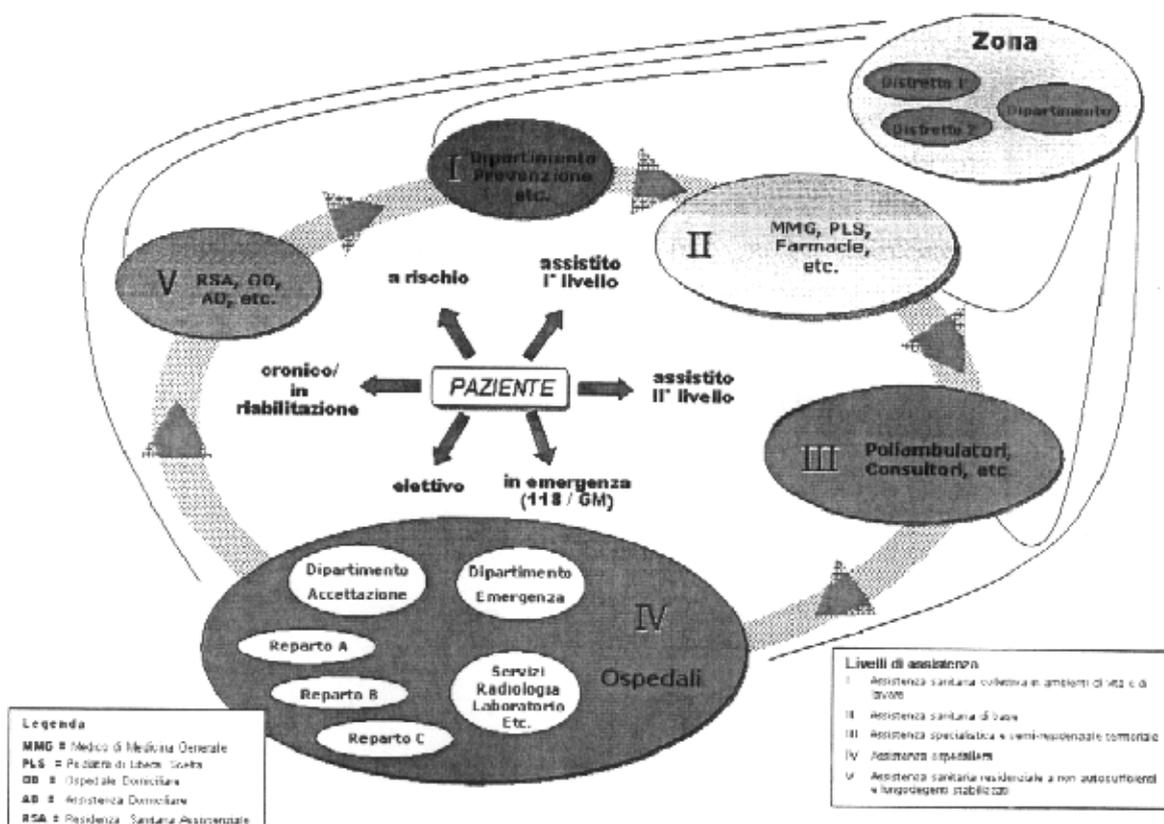


(*) Fonte: stime su ns. elaborazione di dati Ministero Salute e ASSR

Percorso assistenziale e livelli di assistenza¹

Il riallineamento delle risorse tra i vari livelli, nei termini di sostenibilità complessiva del sistema, rappresenta quindi un obiettivo di primaria importanza, che richiede interventi in una logica di **"circolarità" del processo diagnostico-terapeutico** (prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione, monitoraggio), e quindi di ripetizione dei percorsi di cura, dovuta soprattutto alla crescente cronicizzazione delle patologie a cui deve corrispondere un incremento dell'appropriatezza delle cure e della continuità assistenziale.

¹ Anno 2004 – Riclassificazione stimata dei dati dei LEA. Fonte: Ministero della Salute



La circolarità dei percorsi di diagnosi e cura

Lo scenario in cui operano i sistemi di welfare dei paesi ad alto tasso di sviluppo è interessato quindi da profondi mutamenti strutturali con i quali bisogna necessariamente misurarsi.

La **transizione demografica** ha ridisegnato la struttura dei bisogni e della domanda, qualificando le aspettative ed incrementando la pressione sui sistemi sociosanitari.

La **transizione epidemiologica** che ne è seguita ha infatti alimentato il progressivo passaggio da patologie prevalentemente acute, a situazioni di cronicità diffusa: le Marche sono infatti la regione italiana con la maggior presenza percentuale di popolazione anziana. I nostri sistemi sociosanitari dovranno misurarsi con prevalenze legate alla cronicità, con malattie curabili ma da cui non si guarisce, situazioni che richiedono una "presa in carico complessiva e continuativa", con forte crescita delle disabilità acquisite, i cui effetti sulle organizzazione del Sistema Sanitario sono profondi e fortemente differenziati.

La **transizione informativa** modifica le interazioni tra gli attori. L'asimmetria informativa, che aveva totalmente connotato il rapporto medico paziente, è ora profondamente in discussione: il paziente vuole **sempre più giocare un ruolo di partner consapevole del "percorso di cura" (empowerment)**.

La **transizione tecnologica**, l'utilizzo e la richiesta sempre più intensiva di innovative tecnologie sanitarie, comprendenti tanto le apparecchiature diagnostiche che l'immissione di

[Handwritten signature]

farmaci e dispositivi sempre più costosi, determina pressioni fortissime sulla tenuta dei nostri sistemi.

La *transizione dello scenario competitivo*, la comparsa di nuove dinamiche e autonomie professionali, il mondo del privato profit e non profit, incidono sulle strategie e sui meccanismi operativi delle organizzazioni.

La *transizione economica* infine, con risorse "confinare" e l'introduzione di logiche microeconomiche all'interno della gestione, ha agito in maniera decisiva nel modificare le logiche e le prospettive dei sistemi di welfare.

Tutto questo sta avvenendo all'interno di una forte rivisitazione del ruolo regionale, con la piena valorizzazione del modello di "**Regione-Holding**", che proprio dalla sanità ha mosso i primi passi. La regionalizzazione, il decentramento, il federalismo hanno rimodulato competenze, responsabilità e livelli di autonomia.

La Regione Marche ha fatto proprio un percorso orientato alla discontinuità, interpretando la variabilità dello scenario come opportunità da cogliere, piuttosto che come minaccia a cui contrapporsi.

In effetti, la Pubblica Amministrazione nel nostro paese è stata interessata, negli anni recenti, da un profondo processo di cambiamento, in sintonia con l'evoluzione dello scenario ambientale ed istituzionale. Il discontinuo alternarsi ed intrecciarsi di più fattori, individua ciò che con una parola, definiamo complessità. La **complessità** derivante dal garantire la soddisfazione di bisogni crescenti in una popolazione specificamente più anziana, generalmente più consapevole dei propri diritti, all'interno di una compatibilità economica dettata dal vincolo delle risorse, continuamente "provocata" dalla costante evoluzione della conoscenza e del progresso scientifico, in un contesto istituzionale a cui il federalismo impone nuovi modelli interpretativi.

La Regione, l'Azienda Sanitaria Unica Regionale e le Aziende Ospedaliere così come normate dalla LR. 13/03, configurandosi come il contenitore per la governance della complessità, costituiscono uno scenario assolutamente innovativo e tipico nel panorama nazionale, relativamente agli assetti gestionali propri delle Aziende Sanitarie. La Regione, attraverso la semplificazione della filiera istituzionale, sostanzia il beneficio che le funzioni di supporto traggono dall'economia di dimensione, garantisce la contestualizzazione autonoma delle scelte assistenziali propria delle Aziende, delle Zone Territoriali, dei Distretti e l'interazione con il sociale, all'interno di una cornice di riferimento unica oltre che condivisa a presidiare l'omogeneità nell'ambito regionale.



1.2 Le principali criticità del sistema regionale

Il SSR presenta connotazioni di complessità per certi versi comuni agli analoghi sistemi regionali e per altri assolutamente peculiari; il quadro di insieme del SSR mette in rilievo un sistema ricco di interessanti opportunità e potenzialità e al tempo stesso caratterizzato da limiti e carenze diffuse, con notevoli differenziazioni e squilibri che toccano trasversalmente l'intero territorio.

Gli squilibri e gli scompensi principali oggi evidenziabili, appaiono riconducibili ad una serie di aspetti che, in linea molto generale, riguardano:

- la missione e gli obiettivi del SSR;
- la promozione della salute;
- la domanda di prestazioni;
- i flussi di utenza;
- l'assetto dell'offerta;
- il funzionamento dei percorsi socio-assistenziali;
- squilibrio strutturale fra costi di esercizio e risorse economiche;
- ritardi nell'implementazione dei progetti finalizzati al contenimento strutturale dei costi di esercizio (centri servizi, razionalizzazione logistica, gestione del turn-over, etc.)

Appare oggi evidente come, all'interno del settore sanitario, esista un palese squilibrio, che tocca l'essenza e la finalità stessa del servizio sanitario pubblico, nel rapporto che intercorre tra sanità e salute, servizi ed utenza, operatori e servizi.

Appaiono infatti tendenzialmente preponderanti spinte e orientamenti di carattere *autoreferenziale*, legati agli interessi specifici degli operatori - dal singolo operatore alle singole professioni, alle singole tipologie di attività, alle singole subcategorie professionali, rispetto alle finalità intrinseche delle strutture operative.

Persiste l'asimmetria, se non il contrasto, nel rapporto tra sanità e salute intesi come obiettivi finali alternativi, per un sistema palesemente troppo ripiegato e modellato su se stesso e su proprie motivazioni di "mantenimento e sopravvivenza", riconducibili alle distorsioni prima accennate.

L'analisi della domanda ha portato ad evidenziare come al momento attuale non sussistano diversità di ordine demografico, epidemiologico, economico e sociale tali da poter determinare scostamenti rilevanti e/o significativi nei dati. L'analisi mostra peraltro come gli scostamenti più consistenti si verificano nei settori in cui finora c'è stata, in linea generale, minore attenzione organizzativa e gestionale a tutti i livelli (il settore della specialistica ambulatoriale, della residenzialità e della riabilitazione), nei settori in cui non è stato finora implementato un sistema di monitoraggio efficace e in quei settori in cui non si dispone di una base informativa fondata su report definiti e su flussi informativi obbligatori.

Si tratta di aree organizzative dove l'attenzione gestionale all'appropriatezza prescrittiva e d'uso sia intra che extraospedaliera sta muovendo solo i primi passi. Appaiono inoltre

significativi gli scostamenti documentabili nel settore dell'assistenza farmaceutica, in cui non sempre e non dovunque si è intrapresa una azione di monitoraggio e di verifica efficace e capillare e nel quale sono peraltro in gioco numerose variabili bisognose di essere approfondite. Prova ne sia come nel settore ospedaliero, dove sono stati introdotti meccanismi, pur perfezionabili, di misurazione delle attività, la domanda indotta sia fortemente contratta, gli scostamenti nella domanda appaiono molto più limitati che in altri settori, oppure, come nel caso della cardiologia, si registra una stretta correlazione tra i livelli di attività e la particolare configurazione dell'offerta e dell'organizzazione assistenziale.

Gli squilibri e gli scompensi più vistosi attualmente evidenziabili nell'assetto del sistema di offerta appaiono prevalentemente riconducibili ad effetti storicamente determinatisi in tempi successivi, soprattutto in relazione all'assetto gestionale del SSR.

Una prima fase, corrispondente all'incirca agli anni ottanta ed alla prima metà degli anni novanta, è stata infatti caratterizzata da un prevalente decentramento dei processi decisionali, con un conseguente indebolimento di "capacità progettuale" a livello di sistema ed una perdita di "ruolo di governo" a livello centrale.

Tutto questo ha condotto, in un quadro di sostanziale debolezza programmatoria sistemica, al persistere della centralità del settore ospedaliero, peraltro polverizzato nella miriade di strutture ereditate dalle fasi precedenti, ed a una estremamente limitata spinta all'innovazione nel settore territoriale.

Una seconda fase, corrispondente all'assetto ante L.R. 13/03 ed al potenziamento della azione programmatoria regionale, ha coinciso con il varo di due piani sanitari e con l'avvio di un impulso di modernizzazione del sistema, in particolare nel settore extraospedaliero.

Per converso, in questa fase si è assistito al tentativo di riordino del settore ospedaliero che non è riuscito a completare il superamento della polverizzazione storica e che ha conosciuto un tendenziale e diffuso appiattimento dell'assetto e delle dotazioni quali-quantitative degli ospedali di rete.

Queste due fasi storiche hanno prodotto le seguenti conseguenze:

- un modello concettuale di impostazione dei servizi tendenzialmente sbilanciato verso una rigida omologazione di assetti e dotazioni nelle tredici ex ASL, sovente poco congruente con le peculiarità delle realtà locali e mal sostenibile perché spesso ridondante; tale approccio concettuale è entrato in crisi con il riordino del SSR avviato nell'ultimo triennio;
- uno squilibrio nella dotazione ospedaliera fra i segmenti medio-alti e segmenti medi e di base, a forte vantaggio di questi ultimi, che pertanto vengono spesso ad operare in un rapporto domanda/offerta sub-ottimale e potenzialmente distorsivo, surrogando impropriamente altre articolazioni del sistema di offerta, che potrebbero intervenire efficacemente a costi inferiori;
- un eccessivo accentramento delle funzioni dei segmenti medio-alti ed alti nelle strutture ospedaliere di Ancona, che spesso rappresentano l'unico polo regionale;

- la persistenza di consistenti disomogeneità e squilibri nei settori in cui la capacità programmatoria regionale è stata più debole od assente (specialistica ambulatoriale, residenzialità, riabilitazione, socio-sanitario, ecc.), in cui si assiste ad una notevole differenziazione ed a una significativa variabilità di offerta fra i diversi contesti territoriali, a danno dei livelli di equità e di cui è espressione, non soltanto marchigiana, il fenomeno delle liste di attesa;
- un settore ospedaliero in cui tendenzialmente l'utenza è maggiormente portata ad una mobilità anche di carattere spiccatamente spontaneo. La disamina dei flussi di utenza ha chiaramente mostrato quanto le dinamiche in atto si presentino eterogenee; la soddisfazione della domanda di ricovero ospedaliero da parte delle strutture locali (ospedali di rete ed AAOO), presenta variabilità piuttosto significativa, che vanno dal massimo di Ancona al minimo di Fermo.

In tema di mobilità attiva e passiva, va indubbiamente considerato che la fascia costiera marchigiana, che ospita circa il 70% della popolazione regionale, costituisce un unicum urbano lineare (città adriatica), senza soluzioni di continuità, dalla Romagna al medio Abruzzo, in cui distanze e tempi di percorrenza agevolano la mobilità sanitaria, che assurge ad autentica libera scelta dell'utenza senza determinare particolare disagio.

Appare rilevante, secondo i dati a disposizione, il fatto che le strutture ospedaliere della fascia costiera meridionale marchigiana sono quelle che attualmente presentano la minore capacità attrattiva per l'utenza locale in tutta la "città adriatica".

Esiste poi sicuramente un problema di scala regionale che è rappresentato dalla mobilità interregionale passiva: l'interscambio nella "Città adriatica" è fisiologico, ma la presenza di un bilancio della mobilità persistentemente passivo testimonia che la capacità attrattiva dell'offerta regionale è in qualche modo insufficiente rispetto a quella delle regioni confinanti, oppure segnala che sussistono problematiche di altra natura che vanno individuate ed affrontate.

Questo assunto contrasta peraltro con la notevole consistenza delle risorse impegnate nel settore ospedaliero, evidenziando dunque una situazione di squilibrio interno e gestionale, con pesanti risvolti economici.

Sussiste inoltre un problema di scala regionale che riguarda alcune *specialità* nelle quali la mobilità passiva assume rilievo ed onere del tutto particolare; è il caso di tre specialità:

- la *cardiologia* con particolare riguardo per la cardiologia interventistica e la cardiocirurgia;
- l'*ortopedia*, con particolare rilievo per la protesica ortopedica;
- la *riabilitazione*, in particolare per l'insufficiente offerta nell'area vasta di Pesaro ed in quella di Ascoli Piceno.

Anche questi casi si fanno rivelatori dell'esigenza di porre in atto interventi di riequilibrio.

Gli squilibri non sussistono però soltanto nell'assetto del sistema. Squilibri e differenze altrettanto rilevanti e percepibili si possono evidenziare anche nelle modalità con cui il

Euro

sistema funziona nelle sue singole parti, nelle modalità con cui si rapporta e si organizza al suo interno, nelle modalità con cui esso si relaziona con l'utenza. Simili problematiche vengono a riflettersi sui costi di gestione e sull'efficacia del sistema nel suo complesso non meno di quanto usualmente non incidano i problemi di assetto.

Sono sicuramente ben riconoscibili alcune disfunzioni che possono essere ricondotte a:

- situazioni di difficoltosa accessibilità ai servizi e fruibilità delle prestazioni fra le diverse aree territoriali, riferita a precise categorie di cittadini portatrici di definite problematiche di salute; non sono infatti infrequenti disomogeneità nei profili di trattamento e nei percorsi dell'utenza adottati da strutture omologhe appartenenti a contesti diversi, nonostante gli sforzi compiuti in ambito regionale e aziendale a questo riguardo;
- la diffusa difficoltà di realizzare una autentica centratura dei servizi e degli operatori intorno al cittadino-utente ed ai suoi bisogni di salute, che si fa sintomo rivelatore di uno squilibrio di capacità contrattuale tra utente e servizi e di una eccessiva frantumazione del sistema di offerta;
- difficoltà di rapporti tra settore ospedaliero e settore territoriale, anche all'interno di uno stesso contesto locale, nel cui ambito si viene peraltro a situare il particolare ruolo di "snodo mancato" della specialistica ambulatoriale;
- le disfunzioni, la scarsa integrazione, i problemi di comunicazione organizzativa e le difficoltà di rapporto, a livello orizzontale e verticale, all'interno del settore ospedaliero fra soggetti e specialità coinvolte nella gestione di problematiche di salute ad elevata complessità. Queste carenze producono distorsioni che si riflettono sull'utenza, alimentando una circolazione impropria dei cittadini all'interno delle diverse strutture del SSR; fenomeno che diventa ancora più negativo nel quadro dei rapporti e delle relazioni tra strutture ed operatori appartenenti ad entità gestionali diverse;
- le evidenti disfunzioni relazionali e di ruolo tra i numerosi soggetti presenti all'interno del settore territoriale, che stenta a farsi rete ed a sentirsi parte di un "unico soggetto";
- il non raro verificarsi di fenomeni di competizione, quanto meno fuori luogo, quando non legati ad interessi addirittura in conflitto con la natura di pubblico servizio;
- le consistenti diversità nei comportamenti prescrittivi dei Medici di Medicina Generale, sia all'interno di uno specifico comparto territoriale che fra comparti territoriali diversi, elemento che si fa rivelatore delle persistenti difficoltà di governo della domanda e dell'appropriatezza prescrittiva all'interno del SSR.

Particolare rilevanza assume la **questione delle "fragilità"**, per cui non sono state concretizzate le priorità definite dal Piano Sanitario Regionale "Un'Alleanza per la salute". In effetti tra i macrobiettivi per la salute erano stati individuati obiettivi specifici verso cui

sviluppare una politica di promozione della salute: infanzia, giovani, donne, anziani ma a diversi livelli del sistema dei servizi sanitari si sono manifestate diffidenze e resistenze che hanno penalizzato la corretta opzione del Piano di subordinare gli obiettivi di sanità agli obiettivi di salute.

Proprio il macro-obiettivo della tutela dei soggetti fragili (salute mentale, esclusione sociale, persone disabili, dipendenze patologiche) è quello che ha incontrato più difficoltà di realizzazione e anche quando sono stati approvati atti normativi specifici (ad esempio sulle dipendenze, sulla salute mentale, sugli anziani) l'implementazione effettiva delle indicazioni normative non ha raggiunto livelli accettabili.

D'altra parte proprio le persone in condizione di fragilità rappresentano i destinatari principali della integrazione socio-sanitaria per cui risulta ancora più urgente stabilizzare e consolidare i percorsi ed i processi di integrazione tra il sistema dei servizi clinico-sanitari ed il sistema dei servizi sociali garantendo le necessarie coerenze tra i diversi livelli territoriali. Le principali criticità riscontrate nell'analisi delle esperienze regionali che pure si sono occupate dei cittadini fragili riguardano:

- la temporaneità dei "nuovi" servizi costruiti per rispondere ai bisogni relativi a "nuove fragilità", dovuta spesso sia ai finanziamenti con scadenza per progetti specifici che difficilmente permettono di passare dalla fase di sperimentazione alla fase di messa a regime di un servizio, che alla diversa provenienza dei finanziamenti con la carenza di pensiero unitario e di sinergie tra diversi servizi sanitari e sociali dello stesso territorio;
- il mancato inserimento o la non organicità dei progetti e degli interventi specifici per i soggetti fragili nelle Carte dei Servizi e negli atti programmatici territoriali sanitari e sociali (i Programmi delle Attività Distrettuali e i Piani sociali di Ambito);
- la mancanza di modelli organizzativi adeguati ed efficaci, da sperimentare e progressivamente implementare, nella costruzione di una rete tra i diversi servizi sanitari, tra questi ed i servizi sociali e con il privato accreditato.

Questi problemi devono essere affrontati qualificando gli strumenti di integrazione e di coordinamento.



II LA STRATEGIA DEL PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009

Il SSR, in quanto sistema universalistico, deve garantire servizi e prestazioni sanitarie a tutti, senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito, etc.; contemporaneamente, nel rispetto dei principi di equità del sistema, deve assicurare il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali. In sostanza, il sistema sanitario non deve proporsi di dare tutto a tutti, bensì di garantire che la sua capacità di risposta alle esigenze dei cittadini corrisponda alle effettive necessità espresse.

L'evoluzione dei sistemi sanitari, inoltre, si è orientata verso il superamento di una gestione fondata prevalentemente sulla cura delle malattie, per indirizzarsi verso una generale attenzione alle condizioni di benessere complessivo dei cittadini. In questo senso, e coerentemente con quanto indicato dall'OMS, il SSR deve sempre più adeguare la sua capacità di intervento per raggiungere i suoi compiti fondamentali: - **"dare più anni alla vita"**, in particolare nel trattamento delle acuzie, e **"dare più vita agli anni"**, soprattutto in relazione alla capacità di risposta nell'area dei servizi territoriali e dell'assistenza socio-sanitaria.

Il nuovo piano sanitario, in ragione di questi obiettivi, vuole definire un percorso strategico di evoluzione che non rappresenti esclusivamente un insieme di concetti e assunti teorici ma che traduca in concreto un nuovo modo di **"fare salute"** a vantaggio dei cittadini e adottare in questo un forte impegno di contrasto a sprechi e disfunzioni.

II.1 La funzione di Programmazione

La predisposizione del nuovo Piano prende le mosse dal bilancio, sia pure sintetico e sommario, delle realizzazioni e delle criticità, o mancate realizzazioni, del vecchio Piano descritte nel capitolo precedente. Il nuovo Piano Regionale della Salute delle Marche nasce in un contesto di forti vincoli di natura finanziaria e strutturale, legati alle attuali caratteristiche del SSR. Alla luce di tali vincoli, il nuovo Piano fonda il suo sviluppo su quattro opzioni fondamentali di metodo e di merito cui ispirare la programmazione:

- il superamento degli squilibri del sistema, che sono riconducibili ad una serie di fatti: dagli squilibri della domanda di prestazioni a quelli sui flussi di utenza, dai divari nell'assetto dell'offerta agli scompensi nel funzionamento, dagli sbilanciamenti sui costi di gestione a quelli del sistema di finanziamento;
- la programmazione in continuità e coerenza con il nuovo assetto istituzionale del SSR definito dalla L.R. 13/03. Il nuovo piano dovrà dare prospettive alle scelte fatte di governare la complessità comprendendo la duplice direzione di promuovere logiche di sistema e di semplificare la filiera istituzionale, attraverso una rimodulazione efficace dei processi;

- l'individuazione di linee di sviluppo, accompagnati da strumenti di controllo che consentano il governo dei cambiamenti sia nel breve ma anche e soprattutto nel medio e lungo periodo. Il carattere strategico della programmazione dovrà evidenziare le priorità e le scelte qualificanti il nuovo piano, rispetto alla programmazione precedente;
- la predisposizione di linee di intervento volte a trasformare gli attuali vincoli economico-finanziari e strutturali in opportunità di sviluppo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini della Regione.

Inoltre, il PSR, e le successive modalità di attuazione, dovranno:

- essere aderenti agli indirizzi del PSN 2006-2008;
- dare continuità ad obiettivi ed azioni dei precedenti PSR;
- essere coerenti con gli assetti istituzionali definiti dalla L.R. 13/03;
- adottare il protocollo di intesa sul Patto per la Salute;
- essere coerenti con quanto definito dal Tavolo della Sanità Elettronica;
- recepire i risultati del Progetto Mattoni, per l'omogeneità con il SSN.

In particolare, alcuni standard e riferimenti generali nazionali di cui il PSR deve tener conto, sono:

- Riuso: Decreto Legislativo del 7 marzo 2005, n.82; Decreto Legislativo 4 aprile 2006 n. 159;
- Sistema Pubblico di Connettività (SPC): Decreto Legislativo del 28 febbraio 2005, n.42;
- Tavolo Permanente Sanità Elettronica (TSE): Documento TSE-Politica Condivisa per la Sanità Elettronica, 31 marzo 2005;
- e-Government fase II: Documento eGov II fase di attuazione, 27 novembre 2003;
- Patto per la salute: Protocollo di intesa sul patto per la salute, 28 settembre 2006;
- Finanziaria 2006: DDL Finanziaria 2007;
- Progetto Mattoni: Progetto mattoni SSN, dicembre 2003;
- Fondi per le infrastrutture: Art. 20 L.11 marzo 1988, n.67;
- Project financing: L.11 febbraio 1994, n.109 (Art.37); L. 18 novembre n.415, 1998 merloni-ter lavori pubblici;
- Indicatori di attività ed economico-gestionali previsti dal DM 12 dicembre 2001;
- Adempimenti dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Per trasformare i vincoli economico-finanziari e strutturali in opportunità di sviluppo, è necessario un *presupposto* di fondo: una capacità di lettura e interpretazione della realtà, relativa all'attuale offerta e domanda assistenziale, che sia condivisa e condivisibile tra coloro che sono chiamati a definire i nuovi indirizzi strategici e ad implementarli.

L'individuazione del *fabbisogno* di assistenza deve essere supportato da dati e conoscenze relative all'incontro tra domanda e offerta di servizi.

I **vincoli** sono noti, ma è opportuno richiamarli perché essi orientano i processi di sviluppo e le strategie future:

- **vincolo economico complessivo:** l'evoluzione del sistema si colloca in un quadro di vincoli economici di tipo esogeno. L'entità del finanziamento di parte corrente garantito dallo stato tenderà quanto meno a rimanere costante;
- **vincolo specifico sul personale:** la politica di sviluppo delle risorse umane dovrà basarsi principalmente su processi di riqualificazione interni alle categorie professionali;
- **vincolo specifico sugli investimenti:** gli interventi sulle strutture e tecnologie dovranno essere rimodulati alla luce di fonti alternative di finanziamento in conto capitale non solo di tipo esogeno (statale) ma anche endogeno (regionale).

Le **opportunità** di sviluppo derivano direttamente dal nuovo quadro complessivo, istituzionale organizzativo e operativo, e vanno ribadite e rilanciate per qualificare e garantire il diritto alla salute:

- **Il sistema a rete** - il sistema a rete è definito dall'attuale assetto del SSR ma non è governato nelle sue logiche di interazione. Il nuovo Piano Sanitario dovrà disegnare un continuum sinergico tra le attività: dall'alta ed altissima specialità ed intensità sanitaria per acuti, fino all'intervento assistenziale a bassa o nulla intensità sanitaria, azione tipica del sociale, con un esplicito e condiviso raccordo tra le parti. La valorizzazione dell'autonomia zonale va pensata e progettata in logica complessiva, accompagnata dalla ottimizzazione della capacità di indirizzo, controllo e coordinamento dell'ASUR, dall'interazione con le Aziende ospedaliere e, nella prospettiva polisalarare, dal consolidamento dell'area vasta che si configura come l'anello di collegamento tra il livello di programmazione regionale e l'implementazione gestionale propria del livello zonale, garantendo e supportando i processi produttivi e di service;
- **la definizione di LEA di qualità e sostenibili** - per i Livelli Essenziali di Assistenza il sistema deve sviluppare ed assicurare da un lato l'individuazione delle soglie operative/standard di attività da definire all'interno di bacini assistenziali omogenei/Area Vasta e, dall'altro, la costruzione di percorsi e di processi in cui siano garantiti appropriatezza e costo/efficacia;
- **la promozione dello sviluppo attraverso la razionalizzazione** - nel quadro di vincoli sopradescritti le risorse per la qualificazione potranno derivare solo da processi di razionalizzazione intesi come possibilità di recuperare risorse in eccesso rispetto al fabbisogno, per soddisfare i bisogni non ancora soddisfatti di assistenza della popolazione marchigiana e per garantire la qualità e la fruibilità dei servizi. Occorre ritrovare le prospettive di sostenibilità rispetto alla carenza di risorse superando la logica incrementale delle attività e dei volumi

di produzione. La razionalizzazione va intesa quindi come insieme di interventi di qualificazione e non di ridimensionamento complessivo dell'assistenza;

- **la centralità del territorio** - tra i livelli di programmazione previsti dalla normativa va accentuato il ruolo di programmazione del livello *d'area vasta*. All'interno dell'area vasta dovrà essere garantito un adeguato riequilibrio tra domanda e offerta di assistenza (sia ospedaliera che di primo livello). La centralità dei bisogni di assistenza e dei fabbisogni di servizio può essere garantita solo a partire da una corretta analisi dei dati attuali di sistema e di area vasta che consentano di mettere a fuoco gli attuali squilibri esistenti tra domanda e offerta e permettano la formulazione di ipotesi di allocazione più razionale e compatibile delle risorse esistenti;
- **l'integrazione tra sociale e clinico-sanitario** - il consolidamento del processo di integrazione clinico-socio-sanitaria passa per:
 - il rafforzamento normativo dell'approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute a livello regionale;
 - il consolidamento del processo di assetto dell'assetto istituzionale/territoriale di integrazione socio-sanitaria,
 - l'armonizzazione dei vari "contesti" dell'integrazione clinico-sanitaria e sociale.

Il Piano Sanitario deve contribuire a fare chiarezza sulla definizione delle prestazioni socio-sanitarie e trovare le forme unitarie, coerenti ed organiche di integrazione tra la programmazione sociale e sanitaria ai diversi livelli territoriali, regionale, zonale, distretto/ambito sociale. Questi vincoli e queste opportunità di sviluppo costituiscono la cornice entro cui deve muoversi il processo di qualificazione e sviluppo del sistema.

- **l'Università la ricerca e l'innovazione** - la concomitanza di buone strutture di ricerca di base (Università), clinica (Strutture Ospedaliere) e dell'interesse di soggetti economici, al pari di altre realtà del sistema Paese, diventa per il territorio un importante motore di sviluppo. Il sostegno del PSR allo sviluppo nell'ambito delle **biotecnologie** e della **medicina molecolare**, ha come esito il potenziamento dell'offerta del sistema sanitario e lo stimolo del tessuto economico produttivo con il richiamo dell'interesse e degli investimenti di gruppi farmaceutici nazionali ed internazionali.

Il governo e la sostenibilità rappresentano il paradigma entro cui devono muoversi le azioni previste dal nuovo PSR. Il governo costituisce la capacità della Regione di dare le linee guida e gli orientamenti necessari per indirizzare e verificare il percorso di sviluppo del SSR. La sostenibilità non è soltanto il rispetto del vincolo di risorse, prerequisito necessario ma non sufficiente per definire l'intera prospettiva di percorso; l'idea di sostenibilità riguarda anche e soprattutto la dimensione della mission istituzionale del nostro sistema. Sostenibilità intesa quindi come la massimizzazione dei benefici sociosanitari per le popolazioni di riferimento, all'interno delle risorse date.



17/ME

Su questo aspetto è importante segnalare un fattore critico che ha molto agito, nel passato, sul funzionamento del sistema: la focalizzazione sulla prospettiva zonale, che ha ingenerato sovrapposizioni e duplicazioni a livello generale che concorrono in maniera decisiva sugli attuali livelli di spesa, sostenuta da volumi esplosi di produzione, sganciati da qualsiasi coerenza con la appropriatezza. La logica dell'equiesautività zonale non corrisponde alla corretta interpretazione dei LEA, che passa invece attraverso modalità di riequilibrio e di ridefinizione delle attività, di prevenzione, territoriali e ospedaliere, tra i diversi territori.

Risulta quindi necessario supportare logiche di Health Impact Assessment, per cui gli obiettivi di politica sanitaria e sociale devono essere perseguiti attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale: istituzionali, sociali, di volontariato, dell'associazionismo, di tutela, del mondo produttivo. La concertazione è non solo una strategia di valorizzazione dei diversi soggetti attivi, ma soprattutto la condizione strutturale e strategica per facilitare l'incontro delle responsabilità e delle risorse disponibili nel territorio, da investire nei traguardi definiti dalla programmazione.

E' evidente come il sistema sanitario giochi un ruolo concomitante di "moderatore e contenitore" degli effetti prodotti sulle dinamiche socio-economiche, dove gli investimenti per migliorare la salute di porzioni fragili di popolazione (es. anziani), attraverso la prevenzione e la promozione della salute, sono assolutamente prioritari per gli effetti benefici (la cosiddetta "compression of morbidity") che si producono sulla qualità della vita.

Le misure di vigilanza e controllo sulla sicurezza o salubrità alimentare o dei luoghi di lavoro e di vita possono evitare le conseguenze inattese sulla salute delle politiche di sviluppo industriale ed agricolo, mentre adeguati interventi socio-assistenziali, possono evitare gli effetti indesiderati su frange di popolazione indigente.

Il settore sanitario è altresì "induttore e catalizzatore" di sviluppo economico per l'impulso che è in grado di offrire alla realizzazione di infrastrutture sul territorio, con una mobilitazione di risorse finanziarie considerevoli e con l'attivazione finalizzata di soggetti imprenditoriali coinvolti nel processo attuativo degli investimenti strutturali. Inoltre, il sistema sanitario crea spazi ed opportunità di sviluppo per nuovi soggetti economici, erogatori di servizi socio sanitari volti alla copertura della crescente domanda di interventi conseguente all'incremento della non autosufficienza e della dipendenza:

- un primo indotto è quello generato dall'industria dei beni intermedi per la produzione di prestazioni sanitarie che vanno dalla diagnostica strumentale a più alto contenuto tecnologico fino ai beni economati;
- un secondo indotto è quello generato dall'"industria" della conoscenza, per esempio l'Università, quale locus della ricerca e della formazione specialistica. Si tratta di un indotto le cui dimensioni sono meno rilevanti in termini quantitativi rispetto al precedente ma che hanno un impatto considerevole in termini di crescita e sviluppo del settore sanitario ed economico generale.

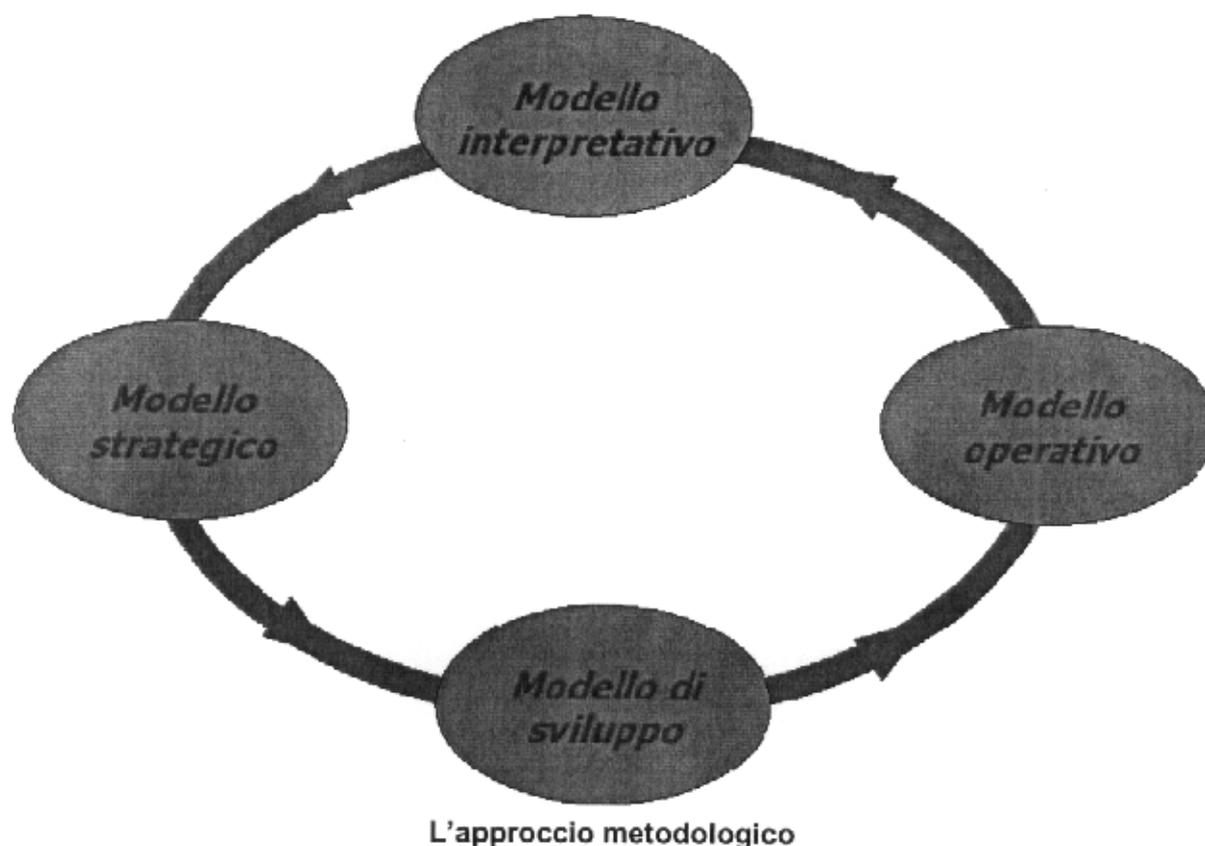
Il nuovo modello di attività programmatoria deve essere quindi in grado di assecondare le dinamiche che inducono sviluppo, dimensioni queste finora non adeguatamente focalizzate

nelle visioni che considerano la sanità quale soltanto soggetto di spesa, valorizzare le dinamiche orientate al recupero di appropriatezza organizzativa, che sostanziano il prerequisito per creare vettori di appropriatezza al sistema, valorizzare le dinamiche orientate al governo della domanda quale meccanismo di condivisione sulle risorse disponibili; utilizzare la leva della sanità elettronica quale opportunità per le coerenze complessive di sistema.


19 ME

II.2 L'approccio metodologico

L'approccio metodologico generale di sviluppo del Piano Sanitario, nonché per la realizzazione degli interventi evolutivi del sistema sanitario, si fonda sui modelli rappresentati in figura.



II.2.1 Il modello interpretativo

Il governo del sistema sanitario richiede la disponibilità di informazioni che consentano una organizzazione sistematica della conoscenza degli eventi che riguardano la sanità regionale. In particolare, si tratta di acquisire ed interpretare dati e informazioni che siano adeguati allo scopo di monitorare l'andamento dei principali fenomeni che caratterizzano il "sistema salute" della Regione e quindi di indirizzarne il percorso.

Il presupposto fondamentale consiste quindi nell'introduzione di un modello interpretativo finalizzato al miglioramento delle capacità di conoscenza e di intervento della Regione, relativamente alla valutazione della capacità di offerta assistenziale delle strutture appartenenti al SSR, posta in relazione al crescente fabbisogno di salute della popolazione.

L'obiettivo finale riguarda lo sviluppo di un modello e, di conseguenza, di uno strumento di governo che contribuisca alla razionalizzazione del processo di programmazione e pianificazione in materia di controllo e gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, potenziando da un lato le fasi di selezione ed elaborazione delle informazioni, dall'altro la definizione di modelli di analisi delle informazioni stesse basati su sistemi di indicatori che tengano in considerazione tutte le dinamiche che operano nel sistema sanitario.

Questo approccio consente di trasformare i flussi di dati disponibili in un reale sistema di supporto alle decisioni, basato su una stretta integrazione e interdipendenza fra le diverse aree di analisi, con particolare riferimento alle condizioni epidemiologiche della popolazione, al contesto socio-economico-ambientale, alla struttura e dotazione delle aziende, alla capacità di risposta alle richieste generate dal bacino di utenza, all'efficienza (economicità e produttività) e all'efficacia (outcome) della strutture stesse.

Un intervento di questo tipo comprende quindi la realizzazione di un *sistema di indicatori* (selezionati) che, dopo aver sistematizzato e sintetizzato le principali caratteristiche dei fenomeni oggetto di analisi, consenta di mantenere sotto costante controllo l'andamento del sistema, per la definizione degli obiettivi strategici e l'impostazione di valori previsionali attraverso i quali effettuare simulazioni relativamente alla consistenza delle azioni da intraprendere.

Una prima fase metodologica dell'implementazione del modello consiste nella definizione sistemica di *aree di indagine* (Bisogno, Domanda, Offerta, Risultato, etc.) che identifichino altrettanti macrofenomeni strettamente connessi all'analisi del sistema sanitario.

Quale passo successivo, per ciascuna area di indagine devono essere definite le principali *dimensioni di analisi*, descritte mediante raggruppamenti di indicatori capaci di cogliere i fenomeni associati alle dimensioni (domanda evasa e inevasa, accessibilità, struttura e dotazione, produttività, risultato, etc.).

Gli indicatori devono poter fornire la misura, la valutazione e l'interpretazione dei fenomeni sottoposti ad osservazione secondo più livelli di aggregazione dei dati, per ciascuno dei quali è possibile applicare la medesima metodologia di determinazione e analisi.

Questo approccio deve consentire di correlare le informazioni sul sistema sanitario che generalmente vengono analizzate in modo disgiunto e che riguardano:

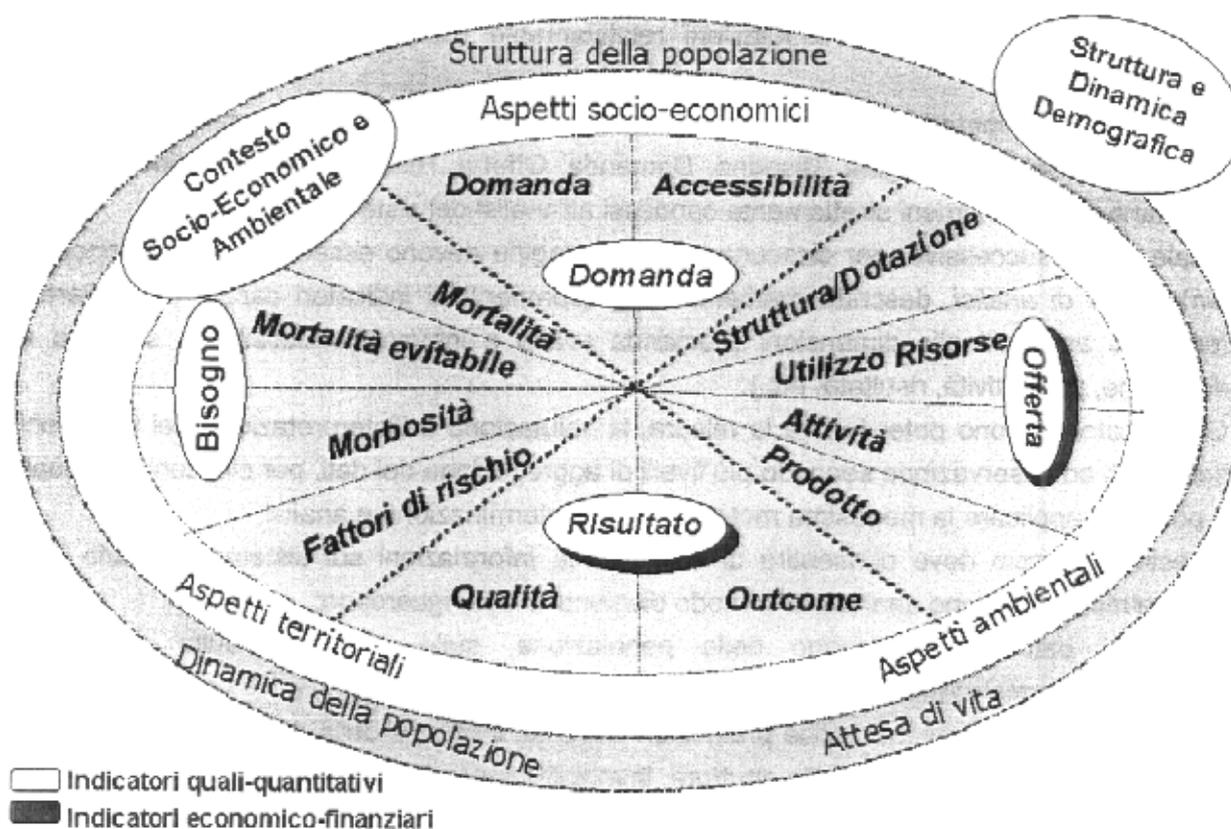
- i dati sul fabbisogno della popolazione, sulle patologie, sulla situazione epidemiologica della Regione;
- i dati di attività inerenti le prestazioni erogate, il volume della domanda espressa, la capacità di risposta delle strutture, la mobilità sul territorio, ecc.;
- i dati sul contesto socio-economico-ambientale.

Le informazioni devono essere studiate secondo viste logiche differenti che tengano conto degli ambiti territoriali, della struttura per età della popolazione, ed altri criteri opportuni. Inoltre, dati e informazioni sono letti, interpretati e valutati in termini di confronto reciproco (benchmarking) fra le diverse unità statistiche (aziende, zone, presidi, distretti, U.O., etc.) oggetto di analisi regionale e nazionale.

Il risultato dell'adozione di tale modello deve fornire:

- valori numerici, di sintesi e analitici, di indicatori e di dati di origine;
- rappresentazioni grafiche per facilitare la valutazione dei dati e per meglio rappresentare il confronto ed il posizionamento fra le unità osservate;
- indicazioni previsionali per definire decisioni da adottare ed eventuali azioni da intraprendere.

La ricognizione e l'elaborazione delle informazioni disponibili deve consentire le migliori condizioni di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, cioè dell'insieme delle attività e delle prestazioni sanitarie che devono essere erogate dal Servizio Sanitario Regionale, in relazione alle evidenze cliniche maturate, per facilitare la definizione dei migliori e più appropriati percorsi di cura per i pazienti e per tenere sotto controllo l'andamento della spesa relativa.



Il modello interpretativo

II.2.2 Il modello strategico

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

Il disegno progettuale, ed il relativo percorso di implementazione che ne consegue, parte dalla necessità di disporre di un modello in cui si integrino in modo sistemico elementi di carattere strategico, organizzativo, funzionale e tecnologico del SSR. L'univocità della chiave interpretativa e delle prospettive di sviluppo dei processi devono quindi fondarsi su:

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

L'insieme di questi elementi concorre a classificare il funzionamento della sanità all'interno di diverse *macro aree* a cui è riconducibile la strategia evolutiva dei processi operativi e delle modalità di acquisizione, offerta, diffusione e circolarità delle informazioni che agiscono ai diversi livelli organizzativi ed istituzionali del SSR, in linea con le più recenti indicazioni per l'innovazione nella Pubblica Amministrazione²:

- *E-GOVERNANCE* rappresenta l'insieme dei processi che, ai diversi livelli istituzionali, hanno l'obiettivo di determinare gli indirizzi strategici del sistema, nonché gli obiettivi prioritari e le azioni per conseguirli, secondo l'elaborazione di linee guida e norme specifiche (ad esempio: pianificazione strategica, linee guida). Area di relazioni *Administration to Administration (A2A)*;
- *E-GOVERNMENT* rappresenta l'insieme dei processi che riguardano le modalità di soddisfazione dei bisogni, di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie e di controllo della spesa a livello aziendale e regionale, nell'ambito delle specifiche funzioni centrali dell'amministrazione strettamente collegate all'azione di governo (ad esempio:

² Le politiche per il rinnovo della Pubblica Amministrazione nonché per la digitalizzazione dei servizi socio sanitari sono contenute in una vasta letteratura di riferimento rintracciabile nel sito del Ministero della Salute, del Ministero della Funzione Pubblica e Innovazione e del Cnipa.

accreditamenti, autorizzazioni, monitoraggio e controllo). Area di relazioni *Administration to Administration (A2A)*;

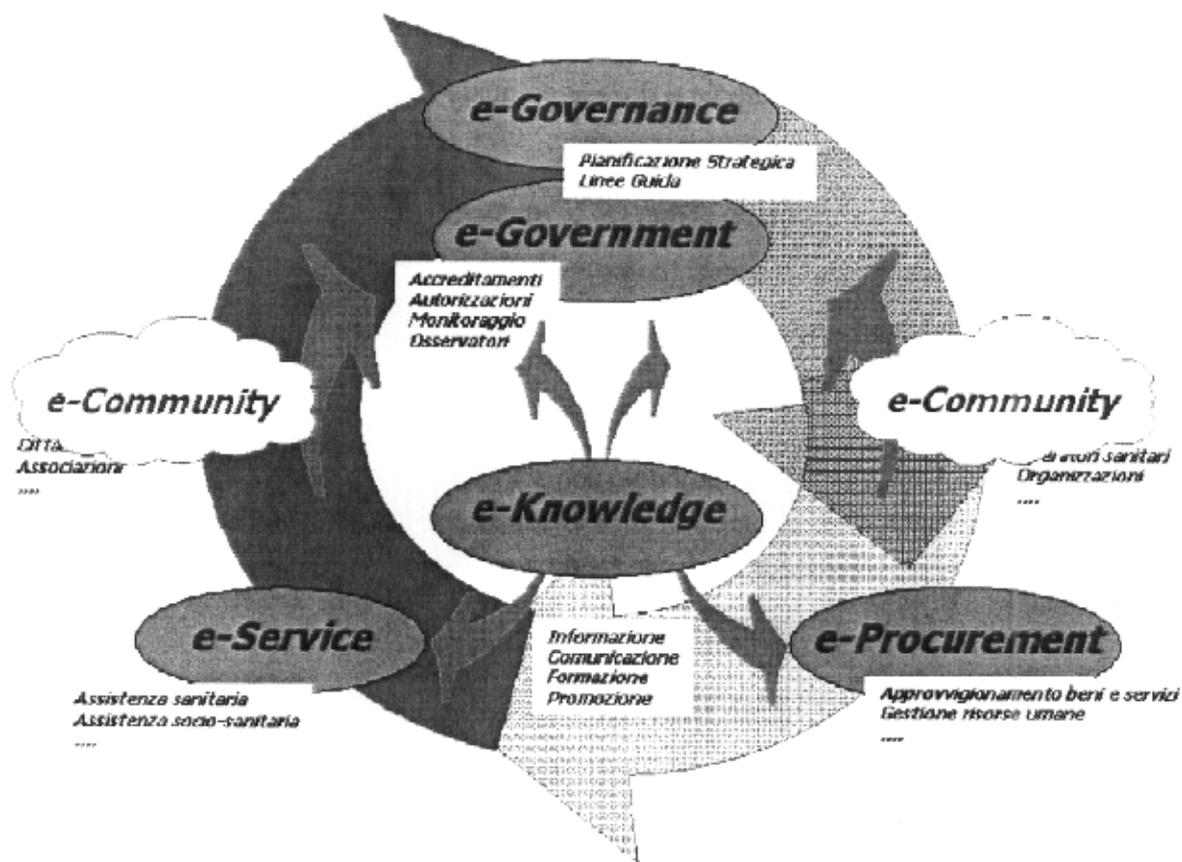
- *E-SERVICE* rappresenta l'insieme dei processi operativi e delle modalità di comunicazione che hanno l'obiettivo di facilitare e rendere efficace l'accesso e la fruizione di servizi e prestazioni socio-sanitarie a tutti gli utenti (cittadini e operatori); questo ambito di azione richiede caratteristiche di continuità, di disponibilità, di diffusione sul territorio e di agevole comunicazione con la più vasta categoria di utenti (ad esempio, attraverso il sistema informativo territoriale, i sistemi telematici dell'emergenza, i sistemi telematici domiciliari, la carta sanitaria, le reti dei medici di famiglia, centri unici prenotazione e call center). Area di relazioni *Administration to Citizen (A2C)*;
- *E-PROCUREMENT* rappresenta l'area dei processi preposti all'acquisizione dei beni e delle risorse dal mondo economico circostante. L'obiettivo dell'area è il miglioramento dell'efficienza nelle modalità di acquisizione e di impiego dei beni e delle risorse acquisite. Si avvale di modelli organizzativi e di tecnologie avanzate al fine di avere una efficace capacità di controllo in riferimento all'offerta del mercato ed una comunicazione interattiva con tutti gli interlocutori (ad esempio: sistemi amministrativi, gestionali e logistici, fornitori). Area di relazioni *Administration to Business (A2B)*;
- *E-KNOWLEDGE* rappresenta l'insieme dei processi che, ai vari livelli e facendo uso di tecnologie avanzate di comunicazione, hanno l'obiettivo di gestire l'organizzazione e la diffusione di conoscenze ed esperienze su diverse tematiche, al fine di facilitare i processi di informazione, formazione ed educazione di tutti gli attori del sistema (ad esempio: strumenti di knowledge management);
- *E-LEARNING* rappresenta l'area dei processi rivolti all'aggiornamento ed alla crescita professionale del personale della sanità, in particolare per i medici e gli operatori sanitari, attraverso l'utilizzo di servizi in rete (ad esempio: formazione a distanza, "Educazione Continua in Medicina");
- *E-COMMUNITY* rappresenta le aree che riuniscono pazienti, operatori, erogatori di servizi, fornitori in comunità che aggregano necessità e interessi collettivi (ad esempio: reti di patologia, portali di specialità, forme associative).

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

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

Nello stesso tempo, il processo di circolazione e condivisione delle informazioni, con tutte le garanzie per la privacy e la riservatezza su dati ed informazioni particolarmente delicate, deve costituire il principio fondante dello sviluppo e della gestione della conoscenza.

Inoltre, dal punto di vista tecnologico, lo sviluppo di un sistema sanitario che favorisca e faciliti l'interazione fra aziende sanitarie, medici e cittadini, dipende dalla disponibilità di sistemi integrati e cooperativi. In questo modo è possibile consentire lo sviluppo di forme di aggregazione di utenti coinvolti in specifiche aree tematiche, le "e-community", costituite da individui con interessi omogenei, collocati a tutti i livelli sociali-istituzionali, che rappresentano i diversi anelli di congiunzione e di integrazione della conoscenza tra il Ministero, le Regioni, le Aziende, i Medici e tutti gli altri attori del sistema.



Il modello strategico

II.2.3 Il modello di sviluppo

Il percorso per affrontare il processo di evoluzione del sistema sanitario secondo le linee strategiche indicate, si articola in una serie di azioni che mirano a definire ed implementare un processo di sviluppo complessivo a tutti i livelli, con il coinvolgimento del maggior numero possibile di attori.

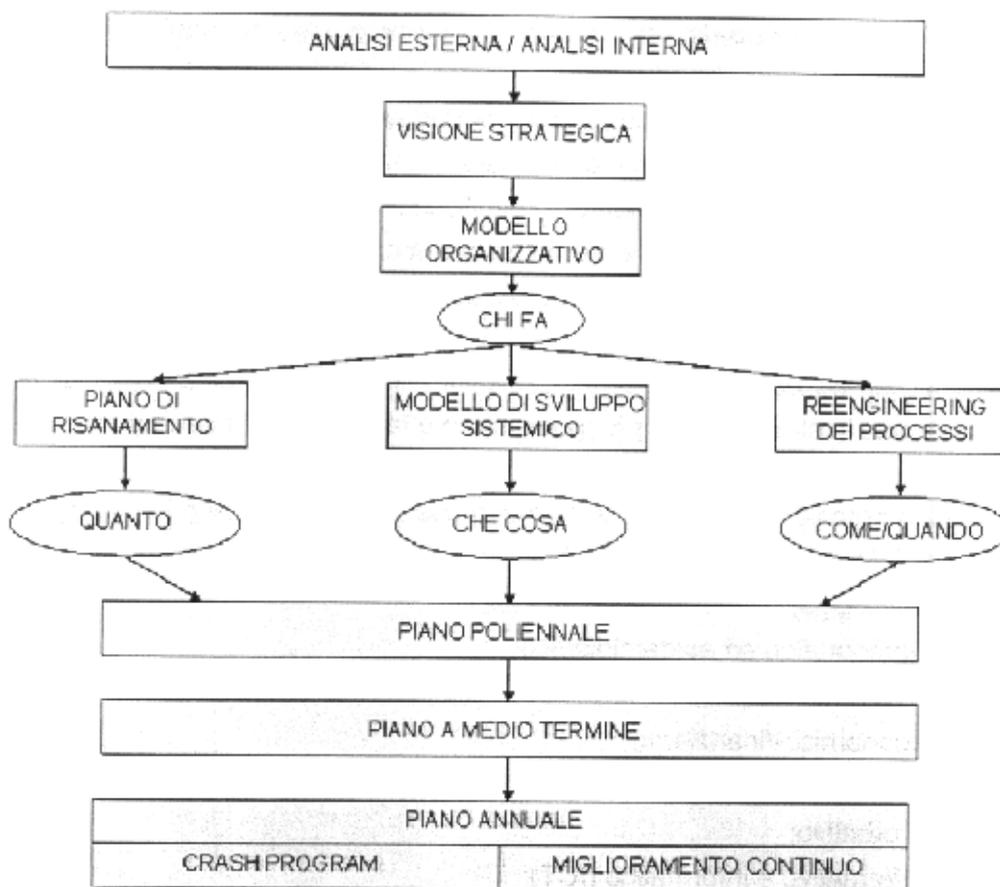
La scelta strategica di affrontare la revisione di un'organizzazione complessa secondo logiche di analisi e progettazione innovative, deriva dalla possibilità di poter sperimentare ed implementare un percorso di integrazione dei sistemi e di revisione del funzionamento di attività e processi.

L'approccio metodologico generale prevede l'analisi dei sistemi esistenti, la definizione di linee guida per lo sviluppo e l'implementazione di soluzioni, coerenti con le linee guida, tramite un progetto operativo di intervento.

La metodologia dunque si articola nelle seguenti macro-fasi di intervento:

- analisi della realtà regionale, per sistemi e processi;
- assessment organizzativo, tecnologico e strutturale (*chi fa*);
- individuazione degli elementi di criticità e dei punti di forza (gap analysis);
- definizione della strategia e delle linee guida di intervento:
 - piano di risanamento (*quanto*);
 - modello di sviluppo sistemico (*che cosa*);
 - ridisegno dei processi (*come e quando*);
 - pianificazione azioni (breve, medio, lungo termine);
 - attuazione interventi.

Nell'applicazione di questo percorso metodologico si inquadrano le condizioni necessarie per l'implementazione di azioni di sviluppo in una logica di integrazione dei servizi e di solide interazioni fra i soggetti (esterni e interni) del sistema sanitario.



Il modello di sviluppo

II.2.4 Il modello attuativo

I **livelli istituzionali/organizzativi** del SSR sono rappresentati dalla Regione, dalle Aziende, dalle Aree Vaste, dalle Zone e da tutte le altre articolazioni organizzative previste dall'attuale assetto istituzionale/normativo.

A ciascun livello sono riconducibili i differenti **processi** (di governo, direzionali, clinici, amministrativi, etc.) relativi alle funzioni di competenza, e che comportano relazioni e interazioni tra i diversi soggetti secondo regole, protocolli e procedure definite.

Ognuno dei processi è coerentemente riconducibile a specifici **livelli di assistenza**, che riguardano:

- **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 e per la salute negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria e sicurezza alimentare, profilassi delle malattie infettive e vaccinazioni, medicina dello sport e promozione dell'attività fisica, programmi di diagnosi precoce delle neoplasie);

- ***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, Dipartimento Dipendenze Patologiche, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alla medicina legale, 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.

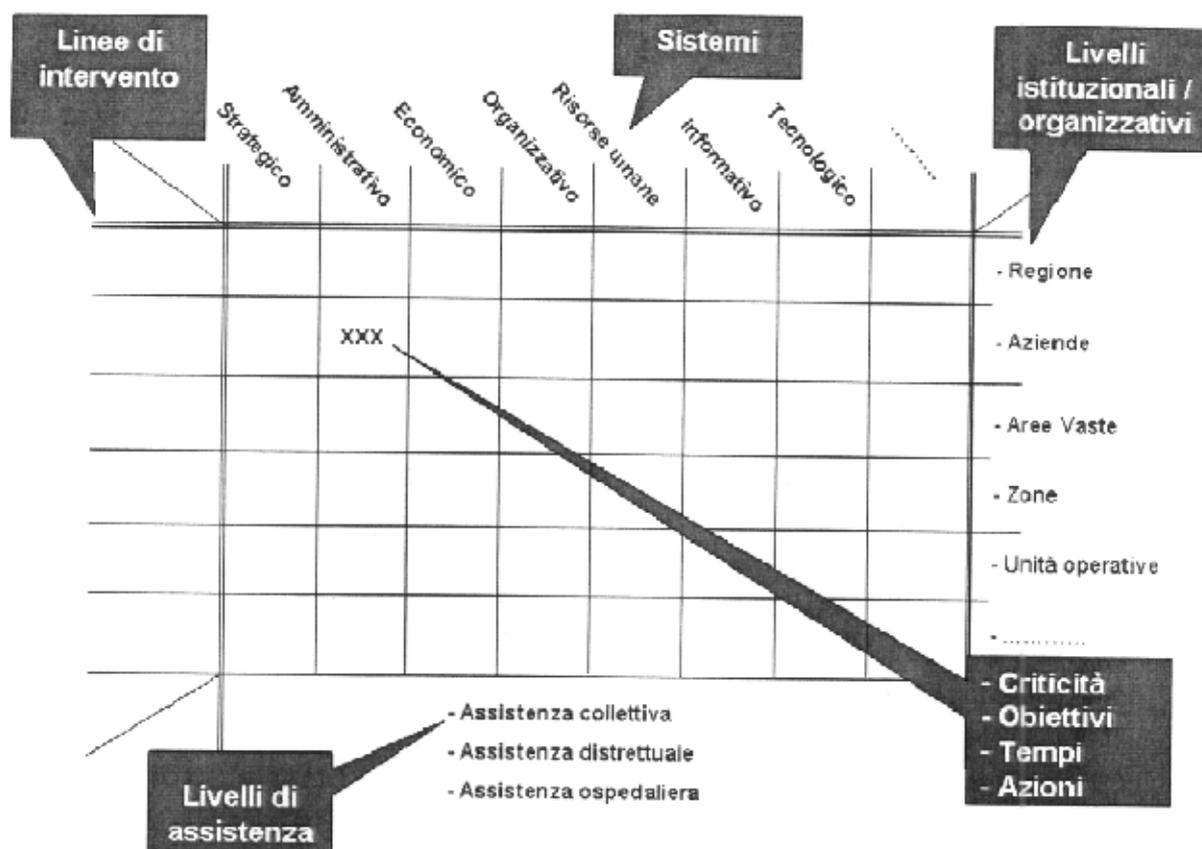
Ogni processo si articola quindi in fasi e momenti che ne caratterizzano lo sviluppo, e che si svolgono nell'ambito dei molteplici **sistemi** che compongono il SSR:

- strategico;
- demografico ed epidemiologico;
- strutturale ed urbanistico;
- economico-finanziario;
- organizzativo;
- produttivo;
- informativo e informatico (ICT);
- risorse umane;
- qualità.

L'adesione al percorso metodologico descritto, ponendo in relazione tutti gli elementi sopra indicati per il raggiungimento degli obiettivi strategici del SSR, richiede l'individuazione e la definizione di:

- criticità esistenti;
- obiettivi da raggiungere;
- azioni di intervento;
- tempi di attuazione.

Nel prosieguo del documento, il SSR della Regione Marche è presentato nell'ambito di questo approccio metodologico, con l'evidenziazione della situazione esistente, dei risultati conseguiti e degli indirizzi di carattere strategico e operativo per il prossimo triennio.



Il modello attuativo

Il.3 I criteri di fondo

Il percorso di costruzione del nuovo Piano, coerentemente con l'approccio metodologico descritto, fa riferimento ad alcuni criteri di fondo che di seguito sono illustrati:

- condivisione della strategia e chiara individuazione delle responsabilità attuative:** al fine di garantire un efficace processo di attuazione il Piano dovrà fornire percorsi di riorganizzazione e sviluppo altamente condivisi, in primo luogo, dalle autonomie locali e dalle parti sociali. A fronte di obiettivi strategici chiari di medio-lungo periodo, sarà compito del piano individuare ai vari livelli (regionale e locale) e in tutte le sue articolazioni (politica, direzioni, professionisti e cittadini) le responsabilità di governo dello sviluppo e dell'evoluzione del sistema. Il Piano dovrà individuare gli obiettivi prioritari di assistenza, soprattutto a tutela delle fragilità con particolare riferimento agli anziani non auto sufficienti, e gli attori responsabili della loro attuazione. Il Piano dovrà individuare percorsi di assistenza tecnicamente razionali (basati su un uso appropriato delle risorse) e politicamente compatibili, garantendo l'autonoma responsabilità degli esecutori del piano stesso;

- **informazione e comunicazione:** il processo di Piano dovrà basarsi su un bagaglio di conoscenze e di dati a supporto dei percorsi di sviluppo, dati che devono fornire rappresentazioni della realtà dei bisogni di assistenza e del fabbisogno di servizi da condividere tra sistema tecnico, politico e sociale. La condivisione - tra politici, tecnici ed amministratori - dei dati e delle informazioni, e quindi dello stesso modello interpretativo, circa l'attuale assetto logistico organizzativo del sistema sanitario e la distribuzione delle risorse sul territorio dovrebbe costituire un presupposto necessario per costruire le linee strategiche condivise di sviluppo del nuovo piano;
- **approccio integrato:** il SSR deve essere sviluppato come sistema altamente integrato a tutti i livelli (strutture periferiche e centrali, pubblico e privato, ospedale e territorio, direzioni e professionisti, nuove e vecchie professioni, medicina generale e medicina specialistica, servizi sanitari e servizi sociali), in modo da garantire tutte le possibili sinergie. Il processo di Piano dovrà privilegiare gli aspetti più hard del sistema e cioè l'assetto strutturale dell'offerta (dai servizi territoriali agli ospedali) ed i modelli organizzativi da privilegiare all'interno di tale struttura, quegli aspetti cioè che consentono un'adeguata distribuzione delle risorse nel quadro di vincoli che fanno da cornice al Piano;
- **coinvolgimento del mondo professionale:** la natura dei processi di riorganizzazione e qualificazione richiede che essi vengano fatti con i professionisti e non sui professionisti. E' quindi decisivo che le logiche complessive del cambiamento e le linee di riorganizzazione specifiche nei vari settori trovino momenti di discussione e confronto con le professioni interessate.

II.4 Il disegno progettuale di riferimento

L'evoluzione del sistema sanitario deve partire da risposte nuove che rappresentino opportunità di miglioramento per il SSR e che affrontino i problemi in modo interdipendente, in quanto la sanità costituisce un "sistema" complesso di elementi che tra loro interagiscono e si integrano.

Le specifiche del PSR, in un contesto di disegno progettuale di riferimento che, in chiave clinico-sanitaria, organizzativa e tecnologica, vada incontro alle esigenze di evoluzione del sistema sanitario, sono:

- il *miglioramento dell'accessibilità*, attraverso la diffusione e la semplificazione degli accessi e la riduzione dei tempi di attesa;
- l'*aumento della capacità diagnostica*, accompagnando l'evoluzione dell'atto medico dalla semeiotica fisica alla diagnostica molecolare;
- la *continuità di cura*, creando le condizioni per gestire il processo diagnostico-terapeutico in modo condiviso tra più operatori/strutture;

- l'*appropriatezza* del processo diagnostico-terapeutico, mantenendo sempre la corrispondenza tra l'azione di cura e gli effettivi bisogni di assistenza;
- la ricerca dell'*equilibrio economico-finanziario*, con la pianificazione ed il controllo della spesa;
- la *gestione della conoscenza*, per accrescere la formazione e diffondere le informazioni in modo sempre più mirato e coerente con la pratica clinica;
- lo sviluppo della *ricerca* e dell'*innovazione*, come strumenti di evoluzione della scienza medica e di creazione del valore per la crescita di realtà scientifiche e produttive sul territorio.

In questo ambito il PSR è orientato a ricondurre ad unità il sistema regionale attraverso il superamento dei confini aziendali e territoriali, per orientarsi verso modalità di collaborazione ed integrazione finalizzate al conseguimento di obiettivi strategici ed operativi condivisi, volti ad incrementare in termini qualitativi, quanto è offerto al paziente-utente.

Il modello è quello dell'**"azienda sanitaria estesa"**, che consiste in un sistema integrato di strutture ed unità operative che, secondo nuove modalità organizzative e utilizzando le innovazioni tecnologiche, siano capaci di cooperare tra loro con obiettivi comuni di *appropriatezza* e continuità assistenziale.

L'"azienda sanitaria estesa" è quindi da concepire come un'organizzazione unitaria in grado di condividere e integrare i servizi forniti dalle diverse strutture. L'azienda sanitaria estesa trova valorizzazione nella prospettiva di area vasta che può rappresentare una delle dimensioni dell'azienda estesa e stessa.

Il potenziamento dell'offerta di servizi per garantire al meglio la copertura di tutti i percorsi diagnostico-terapeutici e per integrare la conoscenza della storia clinica del paziente, richiede, all'interno di organizzazioni estese, l'introduzione di una struttura a **rete** che condivida e valorizzi le capacità e le risorse appartenenti all'intero sistema.

Si devono cioè creare le condizioni per le quali le unità operative appartenenti ad aziende o strutture diverse, possano condividere e scambiare servizi, prestazioni e informazioni (aree dell'*e-service* e dell'*e-procurement*), arrivando ad istituire dei veri e propri *dipartimenti virtuali*: terapeutici (urgenza e emergenza, cure primarie, aree di patologia quali la cardiologia, oncologia, neurologia, ecc.), diagnostici (laboratori in rete, diagnostica per immagini in rete, ecc.), di accesso e gestione (centri prenotazione, centri servizi ecc.), di trattamento socio-sanitario (assistenza domiciliare, dipendenze, salute mentale, ecc.).

L'introduzione di un sistema a rete, nella logica dell'"azienda sanitaria estesa", consente di integrare servizi, funzioni, strutture e operatori distribuiti sul territorio, in cui le strutture e le unità operative ospedaliere rappresentano i **"nodi di rete"**, con una articolazione tra centri di riferimento e centri periferici.

L'esistenza di reti organizzate consente la gestione condivisa di una grande quantità di esperienze e informazioni prodotte dalle strutture presenti; è in relazione a questo aspetto che l'introduzione di strumenti di diagnostica tecnologicamente sempre più sofisticati stanno determinando il passaggio:

- dalla *medicina clinica* (ricerca delle cause eziopatologiche più immediate per la terapia e il processo di cura) alla *medicina molecolare* (concentrata sul processo predittivo preventivo, per un più efficiente trattamento individuale);
- dalla semeiotica fisica (attraverso gli organi sensoriali del medico: tatto, vista e udito) all'evoluzione tecnologica dell'atto medico (attraverso sonde in fibre ottiche, immagini digitali, ecc.), per l'utilizzo di tecniche con maggiore profondità diagnostica, fino al monitoraggio a distanza dei pazienti attraverso sensori microelettronici.

Ulteriore conseguenza di queste trasformazioni è la possibilità di gestire sempre di più il paziente al di fuori della struttura ospedaliera, nella logica dell'**"ospedale esteso"**, allargato cioè allo studio medico, ai centri diagnostici specializzati territoriali fino al domicilio del paziente, attraverso l'utilizzo delle più avanzate tecnologie innovative ed una forte integrazione sul piano organizzativo con servizi di cura e assistenza domiciliare e di gestione a distanza del paziente. In questo senso, deve essere potenziata la presenza sul territorio di unità operative che costituiscono il punto di congiunzione tra le reti afferenti ai diversi livelli di assistenza (fino all'ambito sociale), e che si pongano come modalità di assistenza intermedia fra gli ospedali, l'assistenza domiciliare integrata-programmata e le strutture residenziali protette.

Alla luce di queste considerazioni, il sistema a rete, nella logica dell'azienda estesa, costituisce l'ambito in cui poter procedere all'implementazione di *soluzioni avanzate in termini organizzativi e tecnologici*, con particolare attenzione per quelle soluzioni "trasversali" orientate all'assistenza (rete per l'urgenza/emergenza, rete di MMG/PLS, centro unico di prenotazione territoriale, rete per la diagnostica delle immagini, rete dei laboratori, reti di patologia), secondo logiche di *e-community*, e quegli strumenti che rappresentano la base per lo sviluppo del sistema sanitario in rete (anagrafe unica, repository centralizzato, fascicolo sanitario elettronico, etc.), in chiave di *e-government*.

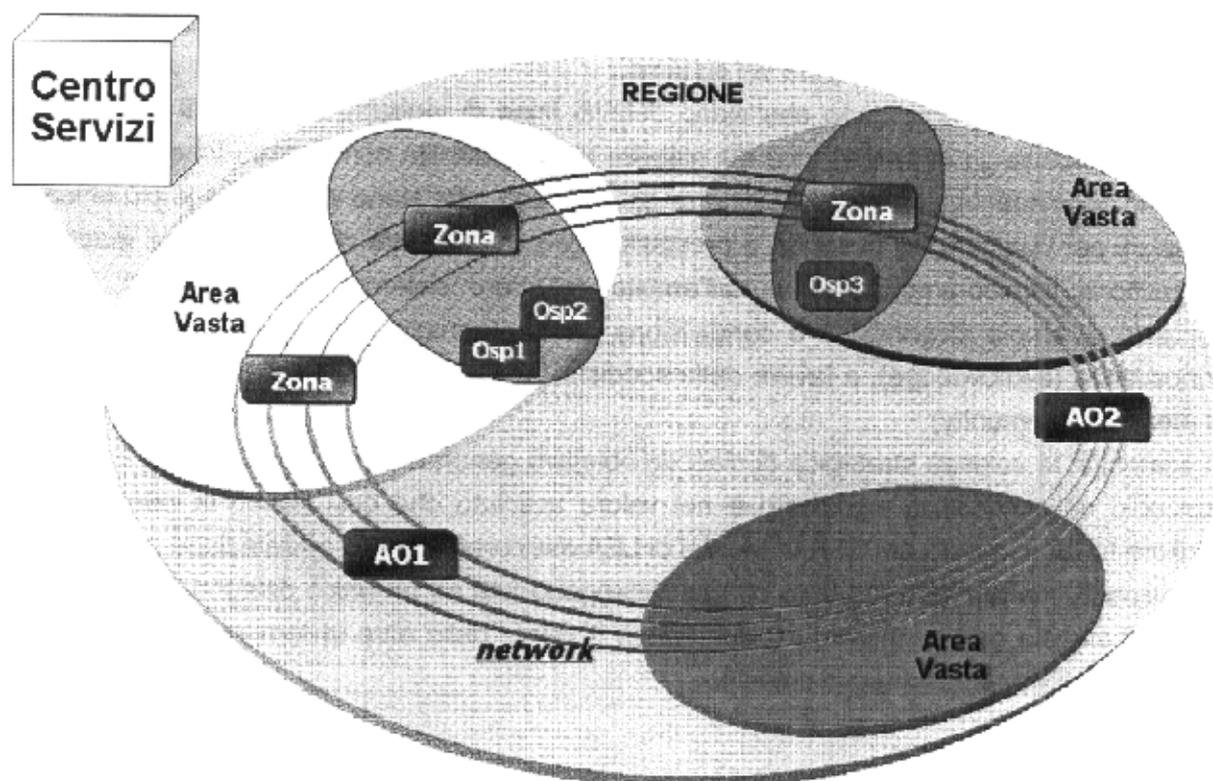
La realizzazione di queste soluzioni, se da un lato è orientato a migliorare ed a semplificare il funzionamento del SSR e la *fruibilità* dei suoi servizi, dall'altro introduce un elevato grado di *complessità* del sistema, in ragione della necessità di stabilire regole, strumenti, processi e azioni che consentano la gestione di tutte le componenti. In questo senso, è prefigurabile la realizzazione di **centri servizi** per l'erogazione di servizi evoluti (servizi per i processi amministrativo-gestionali, servizi di supporto tecnico e servizi infrastrutturali), che abbiano la possibilità di coordinare, omogeneizzare, supportare e gestire processi e servizi, e che favoriscano anche lo sviluppo di nuovi poli di attività e la relativa crescita di nuove figure professionali. In particolare tra i servizi evoluti erogati da un centro servizi, assume particolare importanza la centralizzazione di servizi amministrativo-gestionali (quali gli acquisti) per razionalizzare la gestione, valorizzare le sinergie ed aumentare l'efficienza.

In questo scenario, la Regione acquista quindi un ruolo fondamentale per il **governo complessivo del sistema** (*e-governance*), per il quale diventa indispensabile il

consolidamento dei processi di monitoraggio, analisi ed interpretazione dell'andamento e del funzionamento del sistema sanitario.

La disponibilità di informazioni che consentano una organizzazione sistematica della conoscenza, dalla situazione demografico-epidemiologica alla storia clinica dei pazienti, dall'organizzazione dei servizi alle modalità di erogazione delle prestazioni, crea le condizioni per monitorare l'andamento dei principali fenomeni che caratterizzano il "sistema salute" della Regione e costituisce il presupposto per verificarne ed indirizzarne tempestivamente il percorso.

Il livello centrale, con una organizzazione orientata alla progettualità e a logiche di indirizzo, deve quindi realizzare un adeguato **sistema di governo e di controllo** secondo logiche aderenti al modello interpretativo descritto, per migliorare le capacità di monitoraggio ed intervento della Regione, relativamente alla valutazione della capacità di offerta assistenziale delle strutture appartenenti al SSR ed al crescente fabbisogno di salute della popolazione.



Disegno progettuale di riferimento

II.5 Gli obiettivi generali

II.5.1 L'orientamento ai LEA

I Livelli Essenziali di Assistenza definiscono prestazioni e servizi che devono essere garantiti a tutti i cittadini quando ricorrono al servizio sanitario. Questo deve avvenire in modo uniforme in tutti i territori, cosicché l'obiettivo fondamentale del SSR consiste nel superare progressivamente le disomogeneità e le disuguaglianze presenti nell'offerta di servizi sanitari a fronte di differenze della struttura demografica, sociale ed economica della popolazione.

Promozione della salute, prevenzione e sicurezza, governo clinico, appropriatezza, formazione, ricerca, innovazione e sanità elettronica rappresentano le dimensioni da presidiare nel nuovo PSR affinché i LEA siano garantiti in modo uniforme in tutto il territorio regionale. Il carattere strategico di ciascuna di queste dimensioni è determinato dal fatto che sono contemporaneamente e reciprocamente strumento ed obiettivo nell'ambito di un percorso progettuale di evoluzione del sistema.

In particolare, esse richiedono che siano definite linee di indirizzo e regole di governo al livello centrale (e-governance), che sia stabilita la compatibilità con le specifiche funzioni di governo delle amministrazioni pubbliche (e-government), che siano individuate le più efficaci soluzioni per l'erogazione di servizi e prestazioni (e-service), oltre alle più razionali modalità di gestione tecnico-amministrativa nell'ambito dell'intero sistema (e-procurement), in un contesto di ampia disponibilità e condivisione delle informazioni e, più in generale, della conoscenza (e-knowledge), a favore della soddisfazione delle esigenze di insiemi omogenei di utenti (e-community).

In sostanza, la valenza strategica di ciascun obiettivo generale di seguito descritto, consiste non solo nello specifico significato e nel valore assoluto che essi hanno in relazione al migliore funzionamento del SSR in termini di LEA assicurati ed alla soddisfazione dei bisogni dei pazienti, ma anche per il fatto che appartengono tutti ad un unico disegno strategico in cui ogni singola parte concorre ad aumentare il valore delle altre in termini di benefici per l'intera collettività e per ciascun cittadino.

II.5.2 Riduzione dei tempi di attesa

Il contenimento del fenomeno delle liste di attesa richiede un insieme di azioni, di cui alcune di natura operativa per individuare le criticità e per rimuoverle con interventi mirati, altre di minor efficacia ma che sono preliminari per un'azione di riposizionamento dell'offerta delle prestazioni specialistiche nella regione, ad esempio:



- la definizione di criteri di priorità clinica che permettano di offrire la fruizione del servizio o della prestazione in un tempo breve, in particolare se la tempestività della risposta può condizionare in modo determinante lo stato di salute del paziente;
- la definizione delle procedure di verifica delle liste di attesa, in modo coerente con le specifiche nazionali di rilevamento, con l'obiettivo di ottenere un quadro del fenomeno comparabile con le altre regioni;
- l'evidenziazione di situazioni ad elevata criticità per specialità e per ambito territoriale, con il relativo corredo delle cause di criticità (analisi del processo di erogazione e degli eventuali colli di bottiglia);
- la verifica a livello regionale delle strutture di erogazione e delle modalità fruizione del servizio (finestre di maggior carico, volatilità del servizio per specialità e per territorio);
- valutazione delle opportunità date dalla ridefinizione degli orari di fruizione dei servizi;
- la definizione di strumenti di comunicazione ai cittadini per consentire la più ampia conoscenza delle modalità di accesso alle forme di assistenza specialistica nell'intera rete di strutture della Regione.

L'obiettivo di queste azioni nell'immediato deve comunque essere coerente con un piano complessivo di medio periodo, finalizzato al corretto dimensionamento e alla fruizione dei servizi ad alto valore distribuiti nel territorio regionale.

II.5.3 Appropriatelyzza

La appropriatezza è il concetto da esplodere nella duplice accezione di :

- appropriatezza clinico/prescrittiva;
- appropriatezza dell'ambito di cura e del regime assistenziale.

La necessità di comportamenti ed interventi appropriati è una questione sostanzialmente etica ed indipendente dalla quota di risorse a disposizione; per definire e governare in maniera equa il livello di risposta sanitaria, poiché è impossibile dare il massimo a tutti, si deve garantire un livello minimo di assistenza per tutti, che sia il più alto possibile.

Esistono tuttora ampie opportunità di miglioramento per i professionisti impegnati nell'assistenza sanitaria, in particolare: nella diminuzione degli errori evitabili, nel miglior utilizzo dei servizi, sottoutilizzati alcuni sovrautilizzati altri, negli stili prescrittivi, nella stabilità di erogazione dei servizi.

Le differenti componenti del SSR individuano, esplicitano ed attivano strumenti condivisi capaci di presidiare l'adeguatezza dell'offerta, mentre il raccordo con il sociale completa il ventaglio strategico e conferma l'appropriatezza del regime assistenziale.

Il Piano deve debitamente considerare gli interventi volti alla appropriatezza, che possono essere schematizzati in:

- promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica;
- attivazione di Reti cliniche per specifici processi assistenziali;



- canali informativi sul tessuto sociale per il monitoraggio delle performance;
- valutazioni comparate degli outcome in rete clinica o extra rete clinica.

La promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica, rispettivamente intese come la capacità di ottenere i risultati desiderabili e l'utilizzo di un intervento sanitario efficace su pazienti che ne possono effettivamente beneficiare, viene garantita dall'interazione di diversi processi da attivare nel SSR:

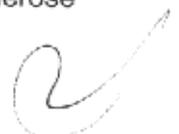
- l' Evidence Based Health Care che fornisce evidenze attraverso la ricerca e le revisioni scientifiche, la produzione e la diffusione di linee guida, la formazione ed il sostegno al cambiamento culturale nell'applicazione di pratiche basate sull'evidenza e su criteri di costoefficacia;
- l' Health Technology Assessment (HTA), che concorre a definire servizi e sistemi appropriati ed efficaci, in quanto strumento che permette ai gestori delle organizzazioni sanitarie di accertare le proprietà, gli effetti e l'impatto delle tecnologie sanitarie impiegate;
- la reingegnerizzazione dei processi assistenziali in quanto consente di trasformare in scelte organizzative contestualizzate le prove di efficacia messe a disposizione dall'Evidence Based Healthcare;
- l'attività di audit clinico per la valutazione della coerenza degli standard clinici;
- la ricerca clinica ed assistenziale in quanto promuove progetti che mirano a rilevare nella pratica clinica nuovi approcci ed evidenze e quindi possono sicuramente sostenere l'aggiornamento e l'introduzione di più efficaci ed appropriate procedure clinico-assistenziali.

II.5.4 Promozione della salute

Il triennio precedente ha visto, coerentemente con il PSR, sviluppare obiettivi di miglioramento della salute e del benessere sociale attraverso: la qualificazione dell'offerta dei servizi, la tutela delle fragilità, la promozione e la sicurezza della salute, la tutela dell'ambiente, etc. Il nuovo Piano Sanitario deve consolidare il lavoro fatto e impostare nuove iniziative là dove si sono identificati margini di sviluppo ulteriore.

La società moderna ha assunto la consapevolezza che la salute è un bene che deve essere salvaguardato con ogni mezzo; in ragione della stessa consapevolezza, il concetto di salute ha assunto negli ultimi decenni, connotazioni sempre più ampie e pervasive nel nostro vivere sociale e individuale. Entrano ormai a pieno diritto nel concetto di salute collettiva aspetti legati alla qualità dell'ambiente e degli alimenti, e le campagne promozionali che hanno come presupposto il benessere fisico e mentale, sono un tema ricorrente della comunicazione sociale moderna.

Mentre ha l'obbligo di garantire i LEA, il sistema sanitario non è in grado di farsi carico di questa crescente domanda da parte della popolazione, tuttavia sono sempre più numerose



le iniziative che hanno come obiettivo *l'educazione alla salute*. In questo caso, interpretazioni e chiavi di lettura recenti, mutuata dai paesi del nord Europa, richiamano il cittadino a non considerare la salute solo come un diritto, per il quale lo stato sociale è chiamato a svolgere la necessaria opera di assistenza, ma bensì come un dovere, dove il *senso civico* di ognuno deve animare comportamenti virtuosi che garantiscano a se stesso ed alla comunità elevati standard di salute.

La conoscenza della realtà del SSR, dei suoi punti di forza e di debolezza, consente di inserire nel piano sanitario le azioni promozionali della salute, attraverso l'istituzione di *specifici progetti centrati sui bisogni degli utenti*; questi progetti saranno in grado di attivare sul territorio campagne informative, attraverso i locali mezzi di informazione e punti di comunicazione pubblicitaria, con l'obiettivo di portare la popolazione, soprattutto i soggetti più fragili e naturalmente più isolati, incontro alle iniziative ed agli interventi che il SSR pone in essere.

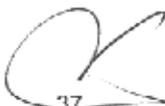
Punto centrale della vita sociale, la famiglia è il primo livello di attenzione e di assistenza per ogni cittadino, la capacità del piano sanitario di promuovere iniziative e comportamenti che da ambo le prospettive, di prevenzione e di assistenza, trovino nella *famiglia* il *cardine* sul quale innestare l'azione del sistema socio sanitario, è la prima importante risposta allo stato di bisogno del malato.

Ancora, la promozione della salute volge l'attenzione alle patologie ad alta diffusione, e quindi ad alto onere economico per il sistema; qui è maggiore il richiamo rivolto alla popolazione per l'adozione di percorsi di prevenzione (stili di vita, controlli periodici, adesione a programmi di prevenzione cardiologica specifica, etc) o piani di assistenza per lungodegenza presso il domicilio. In modo conseguente, la Regione deve favorire interventi che promuovano preventivamente adeguati stili di vita oltre ad attivare programmi predefiniti di assistenza per chi è particolarmente soggetto al rischio di peggiorare le proprie condizioni di salute.

Il quadro di promozione della salute, per la Regione Marche, deve però fare conto sul tessuto sociale ancor prima che sulla leva economica; la forte e diffusa presenza di associazioni di volontariato, il tessuto culturale pervasivo delle realtà municipali, i punti di incontro locali (biblioteche, scuole, associazioni, meeting, etc) sono le circostanze dove il tema dell'assistenza sanitaria rivela un necessario e radicale cambiamento verso una obbligata *integrazione fra collettività e strutture del SSR*.

Fra i temi da consolidare o da affrontare, per migliorare salute e benessere, si ripropongono quindi nuovi e più specifici obiettivi di:

- tutela della salute delle fasce più deboli e dei pazienti fragili;
- promozione degli stili di vita;
- prevenzione e controllo delle malattie infettive;
- prevenzione, diagnosi e cura delle patologie di ampia diffusione (oncologiche, cardiocerebrovascolari);



37
ms

- prevenzione delle malattie cronico-degenerative (diabete, obesità, malattie apparato respiratorio, malattie allergiche, malattie reumatiche, malattie renali, malattie neurologiche).

In questi ambiti il sistema socio-sanitario deve sviluppare, in collaborazione con gli enti locali e con le associazioni di volontariato, iniziative e interventi di rilancio e consolidamento dei risultati correnti.

Il.5.5 Prevenzione e sicurezza

Nel triennio precedente la coerente applicazione del PSR e del nuovo modello organizzativo prefigurato dalla L.R 13/04, attraverso la DGR 54/04 e la DGR 866/04, ha permesso lo sviluppo di una rete regionale per la prevenzione collettiva ed il controllo delle sicurezze.

Il percorso identificato a livello regionale trova conferma nel PSR 2006/2008, nel riaffermare l'efficacia di un percorso metodologico che segua alcuni punti fondamentali:

- effettuare una definizione dei bisogni, e tra questi la identificazione delle priorità, partendo da una analisi dei dati epidemiologici per quanto possibile partecipata e condivisa tra il "sistema sanità", le altre istituzioni, le rappresentanze dei cittadini, i portatori di interessi collettivi ed il mondo della produzione;
- progettare e porre in essere azioni di sistema, in cui le "reti sanitarie" operano in sinergia con le altre reti istituzionali, in cui i vari attori hanno ben chiari compiti propri, strumenti ed obiettivi da raggiungere;
- operare con un atteggiamento culturale maggiormente rivolto all'appropriatezza degli interventi ed alla valutazione di efficacia degli stessi (metodologia della Evidence Based Prevention);
- utilizzare le normative come strumento necessario, ma non esaustivo, per il raggiungimento di obiettivi di salute, piuttosto che considerarle come finalità principale dell' azione istituzionale;
- sviluppare, all'interno della progettazione, strategie per una comunicazione coerente ed efficace in quanto questa, nel campo della prevenzione dei rischi e promozione della salute, risulta strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi;
- definire, fin dalla fase di progettazione, un sistema di verifica dei risultati.

In questa ottica il sistema sanitario della nostra regione è impegnato fortemente nell'attuazione dei più significativi progetti concordati tra lo Stato e le Regioni province autonome (Piano nazionale della prevenzione, il recupero di risorse attraverso l'applicazione di pratiche di EBP, lo sviluppo della rete informativa della prevenzione a partire dall'area

veterinaria e sicurezza alimentare, la predisposizione del piano pandemico e più in generale la strutturazione di un sistema integrato per la gestione delle emergenze sanitarie.

Si condivide dunque che obiettivi di sistema prioritari anche per il nostro territorio regionale sono rappresentati dai seguenti:

- Il consolidamento in tutto il territorio della rete per la prevenzione collettiva rappresentata dai Dipartimenti di Prevenzione e consolidamento del nodo tecnico regionale di supporto e coordinamento.
- La strutturazione ed il consolidamento, all'interno di tale rete, della funzione epidemiologica, in ambito sia umano che animale, come funzione chiave per la conoscenza dei bisogni, il monitoraggio della efficacia degli interventi, il miglioramento della qualità dei flussi informativi e della capacità della loro gestione, finalizzate anche ad una più efficace e sintonica comunicazione istituzionale;
- creazione e/o consolidamento, all'interno di tale rete, di nodi per il supporto alle azioni sul campo, che sappiano metodologicamente sviluppare programmi finalizzati alla promozione della salute, con particolare riferimento alle tecniche di comunicazione;
- consolidamento del metodo di lavoro in rete, in cui i nodi, posti ai vari livelli, condividano gli obiettivi, gli strumenti, le reciproche e complementari funzioni, divenendo - in una medesima filiera - "coproduttori" dei programmi di azione;
- miglioramento del sistema informativo a supporto della rete per la prevenzione.

Il consolidamento del percorso in atto che è parte del passaggio da una concezione e una prassi della sanità centrata sulla struttura ospedaliera ad una incardinata principalmente sui servizi territoriali deve essere concretamente supportato dalla previsione di investimenti economico-finanziari finalizzati alla diffusione della prevenzione in particolare al potenziamento dell'assistenza territoriale in generale.

II.5.6 Governo Clinico

La *Clinical Governance* è uno strumento di integrazione sistemica tra gli obiettivi della gestione clinica e gli obiettivi della gestione economica cercando di superarne, per quanto possibile, la dicotomia. Essa non può che partire dall'**analisi dei processi clinico-assistenziali** dove nasce e si sviluppa l'appropriatezza clinica e da dove scaturisce l'appropriatezza economica.

Il Governo Clinico rappresenta un **approccio di integrazione sistemica di strumenti clinici e gestionali**: *evidence based medicine, disease management, technology assessment, risk management, accountability and performance, reengineering, ecc*, ed ha l'obiettivo di conseguire il miglioramento continuo ed integrato dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità dei processi clinici diagnostico-terapeutici e dei profili di cura. Essa si realizza

mediante l'apprendimento di metodi di organizzazione del lavoro, l'audit clinico e gestionale, il lavoro di gruppo, il lavoro per processi, in rete, ecc.

Si tratta, quindi, di un processo di cambiamento culturale dei professionisti e degli operatori che **imparano a "progettare insieme" il flusso del lavoro/processo clinico-assistenziale** di cui sono parte. In questo contesto di progettazione integrata e, quindi, di condivisione di obiettivi e di risultati attesi, essi possono esercitare la *Governance* che significa responsabilità sulle risorse e sui risultati.

Il Governo Clinico permette di accrescere l'appropriatezza, di ridurre la variabilità e di migliorare l'adesione a standard di trattamento appropriati: consente di ridurre la distanza tra efficacia pratica (*effectiveness*) ed efficacia teorica (*efficacy*), migliorando direttamente il comportamento professionale e razionalizzando l'organizzazione. L'obiettivo finale è una medicina basata sulle prove di efficacia e non solo sui modelli delle linee guida, ed è pertanto necessario che i percorsi siano basati su revisioni realmente sistematiche della letteratura, sia dal punto di vista professionale e sia per i modelli organizzativi del contesto nel quale tali percorsi saranno applicati.

La conseguenza dell'utilizzo degli strumenti della *Clinical Governance* consiste nella riduzione di tutti i tipi di costo: errori, duplicazioni, mancanza di appropriatezza, conflitti, ecc. con il risultato di determinare un miglioramento continuo ed integrato della qualità.

Per applicare questo approccio è necessario avviare un solido sistema di *clinical information system* che permetta di disporre di adeguati sistemi di monitoraggio informativo e di supporto alle decisioni in modo da migliorare il governo della domanda, il controllo dell'offerta, l'efficienza produttiva e, in ultima analisi, l'appropriatezza dell'assistenza.

Il contributo del Governo Clinico alla vita aziendale si realizza nell'esercizio della responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati e nella salvaguardia di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione. Perciò ridefinisce e orienta tutte le dimensioni della qualità nella convinzione che il servizio offerto esplicita i suoi livelli di accettabilità su più dimensioni, da quella tecnica a quella relazionale, organizzativa, economica e ambientale, e creando un sistema in grado di ricevere i segnali dai dipartimenti/Strutture organizzative, elaborarli se necessario, e diffonderli verso tutte le funzioni interessate, a tutti i livelli aziendali.

Lo svolgimento di questo approccio, e l'esercizio di questa responsabilità, non possono essere in un luogo (dipartimento, distretto) o in una funzione (Medicina Generale) ma vengono svolti unicamente nella progettazione e realizzazione del processo di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione di cui il cittadino ha bisogno e che è trasversale a tutte queste strutture e funzioni e, quindi, si svolge nelle reti cliniche e nelle reti di patologia attorno alla persona.

La *Clinical Governance* ha ancor più bisogno di autonomia professionale rispetto al passato poiché si basa sulla responsabilità di conoscere e accettare l'obiettivo dell'azienda/sistema che consiste nell'orientare le attività dei singoli professionisti verso l'obiettivo di salute e la

risposta ai pazienti. Responsabilità, cioè, di individuare le proprie priorità nei singoli settori, ma anche nel dichiarare quale contributo si intende dare ai colleghi e all'azienda/sistema in termini di risultati complessivi da raggiungere.

L'applicazione della Governance nell'assistenza e nella pratica clinica e, quindi, l'"esercizio" della responsabilità che essa rappresenta, possono orientare i professionisti e gli operatori alla corresponsabilità verso le scelte strategiche dell'azienda e del sistema.

II.5.7 Integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria è una delle direttrici di maggior importanza, i cui punti principali, comuni a quanto presente nel Piano Sociale, sono:

- *principi generali di riferimento dell'integrazione sociale e sanitaria* - Si ribadisce: l'importanza dell'approccio integrato sociale e sanitario alle problematiche di salute; l'integrazione socio-sanitaria non come settore a se ma area comune tra sistema servizi sanitari e sistema servizi sociali; l'integrazione non delegata a figure specializzate ma responsabilità comune degli operatori e dei professionisti sanitari e degli operatori e dei professionisti sociali. L'approccio per settori di intervento deve essere contenuto dentro una cornice unitaria;
- *contenuti dell'integrazione sociale e sanitaria* - Attraverso: l'armonizzazione dei contenuti dei D.P.C.M. 14/02/2001 e D.P.C.M. 29/11/2001; l'individuazione di possibili LIVEAS regionali;
- *assetto istituzionale* - Con attenzione: 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 Con la rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari nello sviluppo della gestione associata (tra soggetti istituzionali) nella logica solidaristico-assicurativa contro la logica contributivo-capitaria e nel consolidamento del sistema integrato pubblico privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali Con la partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini a: consultazione, concertazione, coprogettazione, cogestione/ corresponsabilità, controllo partecipato;
- *programmazione integrata sociale e sanitaria* - Attraverso l'allineamento e la coerenza degli atti di programmazione dal livello centrale ai vari ambiti territoriali.

Stante il quadro normativo ed organizzativo maturo, il piano deve portare il contributo di interventi mirati a incanalare le risorse di attivazione di quei processi che sono la pratica realizzazione dei concetti formulati nelle normative.



41

II.5.8 Ricerca e innovazione

I sistemi sociali sono per loro natura dinamici, negli ultimi decenni le loro componenti razionali e irrazionali hanno modificato obiettivi e regole con rapidità impressionante. Motori di queste trasformazioni sono: le aspettative delle popolazioni, i mutamenti demografici, le macrotendenze sociali, lo sviluppo economico, la globalizzazione e per i sistemi della salute il progresso medico – scientifico e tecnologico.

Condizione capitale per il progresso medico-scientifico è l'attenzione alla ricerca, alla formazione e all'innovazione; per questo il piano sanitario deve formularne un contributo significativo attraverso:

- l'impulso della ricerca, sia di base, con il contributo delle facoltà universitarie, sia clinica, con il coinvolgimento degli istituti medici universitari;
- la formazione, con le sue componenti tradizionali istituite (ECM, corsi di formazione professionali, etc) e con le componenti di alta specialità da sviluppare con il contributo delle strutture universitarie;
- la valutazione delle tecnologie, tracciando una mappa regionale delle disponibilità strumentali e infrastrutturali a supporto delle cure;
- la sperimentazione di nuovi percorsi e tecnologie nei processi di cura;
- la attivazione, in collaborazione con enti di ricerca, di interventi sperimentali sul territorio per l'assistenza domiciliare;
- il sostegno di programmi di ricerca biomedica, di medicina molecolare, di farmacogenomica, di neuroscienze, etc.;
- l'istituzione di percorsi virtuosi fra ricerca, formazione e strutture cliniche- territoriali, con l'obiettivo di integrazione e di sviluppo delle conoscenze.

La capacità del sistema sanitario di muovere e muoversi nella direzione del progresso medico-scientifico è il miglior sintomo del suo carattere di protagonista nelle dinamiche dei sistemi sociali.

II.5.9 Sanità elettronica

Alla modernizzazione dei processi sanitari contribuisce fortemente la "sanità elettronica" con la diffusione pervasiva e bilanciata di soluzioni innovative nel campo dell'Information and Communication Technology (ICT).

Un approccio nuovo sta infatti nascendo dall'incontro di due evoluzioni parallele:

- la sempre maggiore specializzazione e frammentazione degli interventi sanitari, che richiede una razionalizzazione di percorsi di cura condivisi tra molteplici attori e una ricostruzione dell'unitarietà d'azione sul singolo paziente;

- la disponibilità di soluzioni innovative, in particolare reti sicure, telefonia mobile, apparecchiature intelligenti domiciliari, contact center e portali con informazioni pratiche, conoscenze autorevoli e servizi operativi.

Nella Regione esistono numerose esperienze che hanno affrontato in modo valido diversi aspetti che preannunciano la sanità elettronica; in assenza di una visione complessiva queste esperienze risultano necessariamente parziali e pertanto esse vanno messe a sistema, integrate tra loro e propagate con opportuna gradualità soprattutto per ottenere un impatto sull'appropriatezza e sulla qualità dell'assistenza.

Nel frattempo sono state create con il *Piano regionale di e-Health*, le infrastrutture di base che costituiscono le fondamenta di ogni processo di informatizzazione, giustamente resi coerenti con altri settori economici della Regione. Tali infrastrutture devono essere ulteriormente potenziate in previsione dello sviluppo massiccio della sanità elettronica. Occorre semplificare e ridisegnare, integrandoli, i flussi operativi attuali, con una conseguente informatizzazione. E' opportuno considerare sia i flussi cartacei in cui è coinvolto direttamente il cittadino (es. prescrizioni, procedure, appuntamenti, referti, dimissioni, certificati), sia le attività amministrative e manageriali connesse (inclusi cruscotti e indicatori). Si tratta di spostare l'attenzione dai bisogni delle strutture e degli operatori sanitari alla "centralità del cittadino".

Le soluzioni di telecomunicazione applicate alla sanità possono ormai rendere fra loro indipendenti il luogo di effettuazione di un'indagine o di una pratica rispetto ai luoghi ove hanno sede le competenze; non già ignorando quanto già esistente nella sanità locale, bensì razionalmente completandone l'efficacia.

Importante in questo sforzo dovrà essere infine l'intervento sul fattore umano: la riqualificazione e l'incremento degli addetti ICT (Information and Communication Technology, cioè degli innovatori, a livello sia centrale che periferico), nonché l'adeguamento delle competenze degli operatori sanitari sulla gestione avanzata di informazioni e conoscenze, a supporto dei processi assistenziali.

L'adozione della sanità elettronica postula principi e azioni che si fondano su una miriade di interventi centrali o distribuiti e questi concorrono a implementare infrastrutture e procedure di notevole complessità; la complessità dei sistemi mette di fronte gli operatori a cambiamenti rilevanti. La percezione (di solito negativa) del cambiamento dovuto alle componenti sul campo (mettere a punto le infrastrutture abilitanti, riorganizzare i processi operativi, ripensare i processi clinici e adeguare le risorse umane) deve essere indirizzata e supportata con un processo di *change management* in grado di coinvolgere e far convergere: i vantaggi delle tecnologie, le nuove funzionalità e l'adozione convinta degli operatori.

III LE LINEE GUIDA DI SVILUPPO

La raccolta e l'analisi dei dati e delle informazioni sui servizi erogati e sulle strutture consentirà al percorso evolutivo delineato dal Piano di articolarsi in un insieme di processi/progetti coordinati tra loro, finalizzati ad un miglioramento della qualità della assistenza e rivolti ad un utilizzo più razionale delle risorse.

In questa prospettiva le traiettorie di razionalizzazione e sviluppo del "sistema-sanità" devono essere progettate ed attuate in stretto raccordo con l'assetto e l'articolazione dell'intera organizzazione, e più in particolare lungo la direzione del raccordo tra la rete ospedaliera ed i bacini assistenziali omogenei così come configurati nella prospettiva di area vasta a "geometria variabile" (una architettura assolutamente tipica ed innovativa presente nel modello marchigiano), in cui ciascun ospedale si caratterizza per intensità di cura specifica.

Gli studi sui flussi ci consentono di verificare come l'utenza ha ormai superato la logica zonale quale confine entro cui cercare le soluzioni per i propri problemi assistenziali; ne è ampia prova il vistoso interscambio di utenza che si verifica tra territori contigui e talora anche tra territori lontani; nella realtà regionale, con l'unica e spiegabile eccezione di Ancona, oltre il 35%-40% della domanda di ricovero viene mediamente soddisfatta in presidi situati al di fuori della Zona di residenza del cittadino, con punte che si avvicinano al 50%.

Per contro, se si utilizza invece come base di analisi una scala interzonale corrispondente a territori di area vasta si può riscontrare come a questo livello di bacino le dinamiche di interscambio trovino una loro forma di riequilibrio. In pratica, a questa scala si riscontra un grado di attrazione interno all'area che oscilla intorno all'80% e raggiunge quasi la punta del 90% nell'anconetano, se si va a depurare il dato dalle variabili legate a condizioni atipiche geopolitiche (in particolare l'alto Montefeltro, ma non solo) ed ai contesti più poveri di servizi (Fermano ed area costiera centro-meridionale) che determinano flussi anomali di utenza.

E' come dire che l'utenza ospedaliera ha già superato le logiche localistiche e municipalistiche e che queste dunque sono esclusivamente riconducibili a dinamiche autoreferenziali, per lo più interne al sistema, ignorate nei fatti dai cittadini marchigiani. Risulta, in tale prospettiva, ridefinito il ruolo degli Ospedali di Rete: sono attivate sinergie d'Area Vasta, per configurare bacini assistenziali omogenei adatti a meglio interpretare i vincoli della sostenibilità.

Il concetto di Area Vasta a geometria variabile espone tutta la propria potenzialità nella dimensione della rete, la presenza al suo interno di soluzioni assistenziali complete per ciascun specifico percorso, costituisce bacini omogenei e dinamici nei quali il percorso si articola coinvolgendo le strutture in modo razionale.

Occorre sviluppare un piano di interventi atto ad equilibrare azione di conduzione e di sviluppo sostenuti da adeguati strumenti di gestione dell'ASUR.



III.1 Il consolidamento dell'assetto istituzionale

La correzione dell'eccessiva frammentazione della struttura gestionale/operativa, della disomogeneità organizzativa e di impiego efficace ed efficiente delle risorse assegnate sia all'assistenza ospedaliera sia all'assistenza territoriale sia all'infrastruttura amministrativo-gestionale, è chiaramente riconoscibile nell'impianto e nel dettaglio della LR 13/03. Questa impostazione va perseguita, rafforzata e consolidata attraverso il recupero di una unitarietà "di sistema" alla scala regionale, che significa nel contempo:

- garantire a livello regionale le informazioni per l'indirizzo ed il coordinamento delle componenti del SSR, in una logica di responsabilizzazione per obiettivi;
- perseguire l'obiettivo di fruibilità dei servizi tramite una allocazione delle risorse mirata ai bisogni della popolazione correttamente identificati;
- ricondurre i meccanismi di funzionamento aziendalistici verso obiettivi di governo, compatibilità e sostenibilità economica di sistema nel suo complesso;
- sviluppare l'azione del SSR a sostegno delle peculiarità di contesto locale, legate a variabili di carattere epidemiologico, demografico, socio-economico e comunque adattare le potenzialità delle reti di assistenza alla localizzazione dei bisogni. L'ASUR è quindi impegnata a perseguire lo sviluppo dei processi gestionali cui corrisponde azioni di programmazione, monitoraggio e controllo degli stessi.

Tali soluzioni saranno attivate soprattutto attraverso un rafforzamento della struttura di governo a livello centrale e con la condivisione di processi gestionali tra strutture d'offerta facenti capo ad uno stesso bacino di utenza: **l'Area Vasta**. Essa è da intendere non quale rappresentazione di un nuovo livello organizzativo, bensì come un ambito di riferimento corrispondente ad un bacino d'utenza, idoneo per una integrazione unitaria di funzioni e per azioni gestionali unificate.

La declinazione prefigura Aree Vaste prevalentemente riconducibili ad una "geografia ottimale", coincidente con i confini provinciali, pur ritenendo opportuna una dimensione a "geometria variabile", capace cioè di riconoscere la scala dimensionale sovrazonale adeguata al problema/processo/attività presi in considerazione.

L'Area Vasta rappresenta dunque il contesto per:

- implementare e garantire settings operativi riguardanti definite aree specialistiche o dedicati a particolari, rilevanti e diffuse problematiche di salute (o *gruppi di problematiche*); faranno eccezione rispetto a tale schema soltanto le funzioni aventi bacini d'utenza ottimali più ampi di una specifica area vasta;
- assicurare modalità di funzionamento dei vari settings secondo un criterio reticolare che abbia al suo centro il cittadino-utente e che sia in grado di accompagnarlo al suo interno nel rispetto di criteri di accesso appropriato, di adeguatezza di strutture e

servizi, di umanizzazione del rapporto, di equità prestazionale per aree territoriali e categorie di cittadini.

La definizione e l'implementazione di reti dedicate, dando corpo ad accordi ed a protocolli interni sviluppati nell'ambito di una cornice generale condivisa, è fra i primi temi da affrontare nel contesto di "Area Vasta".

L'esperienza della ricerca di accordi interzonalì di area vasta nel settore ospedaliero, condotta nelle aree Nord, Sud e nell'anconetano, può rappresentare l'incipit di questo ineludibile percorso che va sistematicamente sostenuto e perseguito da una volontà istituzionale determinata.

III.2 L'organizzazione dei servizi

Nel quadro dei nuovi orientamenti strategici, il SSR deve dare rinnovato impulso alla revisione dell'organizzazione dei propri servizi. I servizi costituenti le componenti produttive si collocheranno gradualmente in un contesto reticolare di condivisione dei fattori di produzione, per cui l'azione di ogni singolo componente si svilupperà in un contesto di notevole complessità e dovrà tenere conto della rete di interazioni che si instaurano. In questo caso il soggetto

I Centri Servizi si faranno invece carico dei servizi di amministrativo-gestionali, di supporto e tecnologici per il complesso produttivo e per l'intero SSR.

Assecondando l'obiettivo di integrazione della rete assistenziale, le principali aree di riorganizzazione riguarderanno sia le strutture che il territorio:

- sviluppo ed innovazione nell'area della prevenzione, in modo da estendere sempre più l'intervento ai fattori di rischio comportamentali, ambientali e sociali e da saldare gli interventi di prevenzione primaria con quelli di prevenzione secondaria (diagnosi precoce) e terziaria (prevenzione delle recidive e delle complicanze);
- caratterizzazione e differenziazione degli ospedali di rete in modo da avere per ciascuno di essi una composizione interna delle diverse linee di attività compatibile con il fabbisogno del territorio di riferimento (Area Vasta e Zona), con le potenzialità della struttura ed il quadro di riferimento economico complessivo;
- governo della distribuzione delle alte specialità in modo da concentrarle in un numero limitato di sedi in rete tra loro;
- riorganizzazione e potenziamento dei servizi per i soggetti fragili (anziani, salute mentale, dipendenze patologiche e disabilità gravi) in stretta integrazione con i servizi sociali in modo da spostare sempre più l'offerta a livello domiciliare e residenziale, quest'ultima distribuita, dimensionata ed organizzata in modo da garantire allo stesso tempo accessibilità ed economie di scala;



- potenziamento/razionalizzazione dell'offerta residenziale extra-ospedaliera attraverso l'utilizzo dei poli ospedalieri con finalità assistenziali che in tempi rapidi e comunque a regime riguardino solo l'area delle post-acuzie e dei servizi territoriali.

Un ambito centrale di intervento per la riorganizzazione dei servizi è legato al funzionamento del distretto. Il Distretto si conferma il luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria e, attraverso la corrispondenza "speculare" con l'Ambito Territoriale Sociale, l'interfaccia principale tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali.

Il "modello marchigiano" attuale di integrazione socio-sanitaria, che il piano riconferma e fa proprio:

- mantiene ed esalta la competenza sociale dei Comuni, promuovendo la programmazione e gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale sociale.
- conserva le competenze sanitarie nel sistema "ASUR - Area Vasta / Zone / Distretti", rafforzando l'area socio-sanitaria.
- non prevede deleghe di competenze sociali alla sanità.
- non prevede un "autonomo" settore socio-sanitario, ma un'area comune da valorizzare e gestire in modo condiviso e organizzato.

Gli "orizzonti" dell'integrazione socio-sanitaria attraversano la programmazione sanitaria e sociale come un "ponte" che da un lato deve garantire chiarezza, stabilità, continuità ai processi e ai percorsi dell'integrazione socio-sanitaria, e, dall'altro, collegarne i livelli: istituzionale, organizzativo/gestionale, professionale, territoriale.

La tutela delle fragilità, uno degli obiettivi della integrazione socio-sanitaria, si realizzerà focalizzandosi e articolandosi sostanzialmente su tre aspetti:

- i nessi procedurali ed organizzativi rivolti alla continuità dell'assistenza, sia relativamente alle dimissioni protette sia relativamente alla presa in carico dei molteplici bisogni delle persone; fino alla costruzione di una rete costituita: dai servizi di Distretto e dei Dipartimenti all'interno di una Zona Territoriale, dai Servizi sociali, dai servizi delle realtà del privato convenzionato, nonché dai servizi delle associazioni di volontariato e degli organismi della partecipazione;
- la opportunità di individuare strumenti, metodologie in grado di collegare assetti organizzativi, risorse ed operatività, di facilitare la creazione ai vari livelli dell'organizzazione sanitaria delle "connessioni operative stabili" per un'utenza fragile multiproblematica;
- un approccio verso nuove fragilità che tenga conto delle specificità e peculiarità e quindi della necessità di "mediazione" e di accompagnamento diretto ed indiretto nei percorsi sanitari (anche attraverso l'utilizzo di figure professionali dell'equipe operativa per svolgere una funzione di tutori guida).

III.3 L'adeguamento strutturale

E' evidente e diffusa l'attenzione che oggi l'utenza annette all'accoglienza, alla qualità del comfort ambientale ed alle esigenze di privacy nel periodo, pur breve, che essa trascorre all'interno delle strutture sanitarie, in particolare in quelle di degenza. Molteplici presidi, anche strategici, della Regione presentano avanzate condizioni di obsolescenza, solo in parte emendate da interventi di ristrutturazione od ampliamento interno. E' il caso di alcuni importanti presidi di rete e di molte delle strutture minori.

E' altrettanto evidente quanto molte delle strutture ospedaliere presentino problemi di accessibilità viaria essendo inserite nei centri urbani; la collocazione intraurbana rende peraltro più difficoltosi gli interventi di miglioramento, di ampliamento, di realizzazione di parcheggi, oltre a determinare problematiche legate al rumore urbano ed alla inquinazione atmosferica.

Le attuali strutture, comprese quelle più recenti, sono inoltre inadeguate sotto il profilo della concezione stessa dell'organismo ospedaliero, perché basata sul modello della divisione/reparto ospedaliero autonomo ed autosufficiente. L'esatto contrario di quanto richiede l'introduzione dei nuovi modelli organizzativi di scala dipartimentale e dei modelli organizzativi delle aree di degenza basati sulla modulazione dell'intensità assistenziale. E' chiaro che le risorse assorbite da questi schemi strutturali - organizzativi sono maggiori, che i costi di gestione sono quindi più elevati, e che la mancata integrazione genera effetti disfunzionali.

Si ritiene pertanto necessario sviluppare il ridisegno della rete ospedaliera ed una conseguente politica di miglioramento e rinnovamento delle strutture, in particolare di quelle più importanti e strategiche.

III.4 La qualità dei servizi del SSR

Nei decenni precedenti la qualità del sistema sanitario era argomento elitario e veniva dibattuto nei simposi a cui partecipavano specialisti ed economisti di alto livello. Negli ultimi anni, l'abbondanza delle informazioni disponibili (anche tramite la rete internet), l'azione della stampa e di organizzazioni di difesa della salute, la possibilità di confronti extra nazionali, hanno creato e creano nella cittadinanza maggiore coscienza e consapevolezza sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

La definizione di qualità e la sua valutazione non sono identiche nei vari Paesi e anche fra regione e regione della stessa Nazione possono esservi differenze. L'obiettivo per ogni sistema sanitario è quindi quello di organizzarsi per riconoscere le aspettative legittime della popolazione e rispondere in modo sollecito ed equilibrato.

Nonostante i caratteri singolari di ogni realtà, la Commissione Europea per la Salute Pubblica ha proposto un nuovo programma (2003-2008) con tre priorità:

- migliorare l'informazione per lo sviluppo della Sanità Pubblica;
- reagire rapidamente ai pericoli per la salute;
- affrontare i determinanti della salute mediante azioni di promozione della salute e di prevenzione delle malattie

Una politica della qualità a livello regionale deve avviare analisi approfondite sulle cause delle prestazioni scadenti; recenti esperienze indicano che il miglioramento della qualità dipende, non tanto dall'aver maggiori risorse (personale, equipaggiamenti o denaro), ma dalla riorganizzazione dell'uso delle risorse esistenti, e dalla modifica del modo con cui vengono utilizzate.

I criteri ed i meccanismi efficaci per integrare e attivare la politica regionale all'interno dell'azione di governo e tra tutti gli stakeholders e i settori della fornitura di servizi sanitari sono i seguenti:

- il coordinamento del miglioramento della qualità è chiaramente definito all'interno del ministero della Salute; ci sono comunicazioni efficaci con altre agenzie, come le assicurazioni sanitarie, la Sanità pubblica, la finanza, l'informazione e le organizzazioni internazionali;
- l'affidabilità e i meccanismi per implementare il miglioramento della qualità sono definiti lungo tutto il sistema sanitario;
- le strutture di supporto come le agenzie, i comitati e i networks (comprese le organizzazioni non governative, i reclami dei pazienti, le istituzioni di formazione e ricerca, i gruppi professionali) sono stabiliti, pubblicizzati e accessibili a livello nazionale.

La raccolta ed il coordinamento delle informazioni, che questi meccanismi producono, richiede un centro tecnico in grado di elaborarle e metterle a disposizione degli organi competenti per la valutazione della qualità.

La valutazione delle prestazioni sanitarie, essenziale per governare il sistema, necessita però di collegarsi e mantenere relazioni con meccanismi interni e locali di autovalutazione e di miglioramento della qualità al primo livello di cure e a quello ospedaliero. Un elemento chiave di un programma regionale è il supporto di queste iniziative locali fornendo standard validi per l'organizzazione e le pratiche cliniche, strumenti affidabili per misurare le performance e mezzi efficaci per cambiare.

I costi finanziari di un programma qualità regionale devono essere identificati con realismo in fase progettuale e allocati in conformità con i budgets concordati, soprattutto quelli su formazione, ricerca e informazione.

III.5 La valorizzazione delle risorse umane

La capacità di intraprendere percorsi nuovi e modelli più evoluti per il SSR dipende dal patrimonio delle proprie risorse umane. Solo la condivisione degli obiettivi, il consolidamento

delle competenze generali ed il sostegno alle competenze distintive, la leva strategica della formazione e lo stimolo della partecipazione, porteranno l'evoluzione del SSR nella direzione degli obiettivi indicati dal Piano Sanitario.

L'azione di valorizzazione delle risorse umane, che il processo evolutivo intrinsecamente racchiude, sarà l'ambito nel quale il sistema di governo delle risorse ed il sistema sindacale svilupperanno i piani di crescita dei contenuti e della qualità del lavoro del personale del SSR.

Per raggiungere gli obiettivi del Piano appare fondamentale un coinvolgimento di tutto il personale, ciascuno secondo le proprie competenze e responsabilità, dagli infermieri ai tecnici, dai medici agli amministrativi, all'interno di una politica sanitaria della qualità globale.

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

La formazione deve essere intesa come continua ed intensa perché in un ambiente caratterizzato da continui cambiamenti e instabilità, come quello sanitario, il personale dovrà essere al tempo stesso sempre più flessibile e motivato e quindi pronto e preparato ad essi.

In passato l'attenzione delle organizzazioni sanitarie si è rivolta soprattutto alla gestione della tecnologia ma oggi la stessa attenzione deve essere posta nella gestione delle risorse umane perché altrimenti aumenterà ancora il gap che si è venuto a creare tra evoluzione tecnologica e involuzione organizzativa che comporta una disumanizzazione progressiva di tutto l'ambiente sanitario.

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

In questo contesto è necessaria una strategia orientata a trasferire strumenti e metodi per apprendere metodologie di organizzazione del lavoro come il lavoro di gruppo, il lavoro per processi ed in rete, l'audit clinico e gestionale, che sono indispensabili ai processi decisionali sia clinici che gestionali.

Tali metodologie devono essere orientate anche al modo con cui affrontare il cambiamento e l'innovazione in termini sociali e psicologici, ad averne consapevolezza e vederne le minacce ma anche le opportunità.

Quindi, un piano della formazione e dell'apprendimento basato sulla formulazione di obiettivi da raggiungere, correlato a risorse e responsabilità e, infine, ad indicatori di misura dei

risultati che consentano di rimodulare continuamente nel tempo nuovi e più ambiziosi obiettivi di miglioramento.

III.6 L'ottimizzazione delle risorse economiche e finanziarie

La politica degli investimenti deve individuare traiettorie coerenti con i driver indicati, agendo anche questa nella prospettiva di superare logiche puramente incrementali orientandosi invece nella generazione di valore attraverso la coerenza con quanto già esiste.

La sostenibilità del sistema per il futuro e la possibilità di reggere il passo di una evoluzione tecnologica e scientifico-specialistica costante ed incalzante dipenderanno, in larga parte, dalla capacità di sviluppare una politica di riequilibrio in grado di:

- recuperare risorse dal superamento di ipertrofie e ridondanze non più giustificate dall'evoluzione assistenziale e da una gestione equilibrata;
- intervenire su modelli organizzativi ad elevato assorbimento di risorse, ad elevata cristallizzazione di assetto, a bassa flessibilità operativa, a limitata relazionalità interoperativa ed a scadente capacità di presa in carico;
- accelerare il superamento definitivo di metodologie di approccio di tipo microeconomico del recente passato, che hanno sovente determinato una espansione dei volumi di domanda e di prestazioni, sviluppando invece una politica di governo e di gestione del sistema basata sull'introduzione di criteri di creazione di "valore";
- investire appropriatamente le limitate risorse disponibili per compensare le carenze evidenti (dotazionali, tecnologiche, specialistiche, strutturali) e per garantire l'indispensabile politica di adeguamento continuo;
- incentivare le risorse umane e professionali (che sono poi la maggior ricchezza del sistema) verso una migliore duttilità e flessibilità di impegno operativo, verso la crescita della professionalità, verso la creazione di valore;
- recuperare le risorse oggi drenate dalla mobilità passiva interregionale, il cui saldo continua a presentare un segno marcatamente negativo.

E' forse inutile riconfermare l'importanza dei criteri di finanziamento nell'influenzare il comportamento delle organizzazioni e degli operatori, a seconda dei criteri adottati, forte è la ricaduta sull'efficienza produttiva, l'appropriatezza delle cure prestate e l'attenzione ai bisogni del paziente. Le diverse esperienze: spesa storica, a prestazione con tariffa prospettica o retrospettica, a quota capitaria, ecc. hanno chiaramente dimostrato tale nesso causale.

Un coerente sistema di finanziamento deve rendere la spesa compatibile con le risorse impiegate, attraverso l'incremento dell'efficienza e dell'appropriatezza, garantendo la compatibilità della spesa con le risorse sia a livello di programmazione (definizione dei fabbisogno e priorità), sia gestionale (monitoraggio della spesa, qualificazione del management, sistemi incentivanti).

Il sistema deve ispirarsi ai seguenti criteri generali:

- garantire la sostenibilità finanziaria del servizio reso da ogni singola azienda e dal SSR nel suo complesso;
- incentivare l'impiego efficiente delle risorse;
- definire risorse adeguate per lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria;
- promuovere l'appropriatezza nella utilizzazione dei livelli assistenziali.

III.7 L'innovazione tecnologica

L'innovazione tecnologica aggiunge valore al sistema laddove garantisce coerenza con i bisogni della popolazione di riferimento. Il corretto utilizzo di strumenti innovativi apporta sensibili benefici in termini di qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie migliorando nel contempo i livelli di sicurezza per pazienti ed operatori e riducendo, frequentemente, i costi ed i tempi di processo.

D'altro canto i suddetti benefici non possono essere considerati sistematici, mentre risultano assai più evidenti gli effetti negativi non trascurabili quali la complessità di gestione ed uso delle nuove tecnologie, l'incidenza diretta (investimenti) ed indotta (consumabile, formazione, manutenzione, ..) sui bilanci e sul patrimonio aziendale.

In sintesi occorre sottolineare che, a fronte di risorse finanziarie fatalmente limitate, l'investimento in tecnologie innovative, piuttosto che un *imperativo tecnologico* generato dall'adesione al fenomeno della tecnologia in genere ed in particolare verso quella innovativa, a prescindere che ne sia stata accertata la costo-efficacia, sia supportato da una cultura di progetto, in modo che le risorse vadano soltanto dove, avendo valutato le alternative, siano stati definite in modo razionale e quantificate le priorità, gli obiettivi da raggiungere e le risorse a ciò necessarie, senza cadere nel rischio di 'malpractice' sempre presente, o anche di indurre domanda ingiustificata a seguito di offerta inappropriata.

L'introduzione di un sistema di governo della innovazione tecnologica richiede di sviluppare alcune considerazioni sui rilevanti temi che seguono:

- l'istituzione di un board multispecialistico per la definizione dei programmi aziendali di investimento in tecnologie. Tale gruppo, accogliendo e valutando sia le esigenze di rinnovo del parco tecnologico che le opportunità di innovazione tecnologica e di riorganizzazione dei sistemi, contribuisce, tramite appositi strumenti metodologici, alla identificazione delle aree di intervento prioritarie ed alla definizione dei programmi aziendali di investimento in tecnologie;
- attivare una riflessione sulle potenzialità e sull'importanza delle strutture di ingegneria clinica presso le aziende e/o presso la Direzione Regionale;
- l'indizione di procedure di appalto, per l'acquisizione di tecnologie e relativi servizi, con valenza sovrazonale (es. di area vasta e/o aziendale) e pluriennale (es. gare aperte). Tale modalità consente infatti importanti economie di scala quali ad esempio:

- riduzione degli oneri di gestione amministrativa e tecnica delle procedure di gara;
- risparmio sugli importi degli investimenti grazie alla maggior appetibilità degli appalti e ad una presumibile più alta partecipazione e concorrenzialità degli offerenti;
- standardizzazione del parco tecnologico con evidenti benefici in termini di gestione tecnica, manutenzione, formazione del personale utilizzatore;
- l'armonizzazione dell'importante apporto finanziario dei donatori (Aziende private, Istituzioni pubbliche e private, Fondazioni, etc.) agli obiettivi di pianificazione sanitaria. Tale attività mira alla massima valorizzazione del contributo dei donatori consentendo il consolidamento e lo sviluppo delle eccellenze di ambito sanitario e tecnologico ed evitando l'infruttuosa dispersione di detti contributi;
- l'utilizzazione di strumenti innovativi per il monitoraggio degli investimenti in tecnologia; tali strumenti facilitano il ritorno informativo e la verifica di adeguatezza (economica, funzionale, qualitativa, organizzativa) delle tecnologie acquisite consentendo dinamiche di affinamento continuo dei programmi aziendali di investimento.

Le tecnologie biomediche rappresentano una grande risorsa produttiva ed un considerevole patrimonio per il sistema sanitario e sono da considerare a pieno titolo come uno degli elementi fondamentali nella definizione programmatoria delle politiche sanitarie e dei relativi piani attuativi e realizzativi.

III.8 Lo sviluppo dei sistemi di rete

Nell'azione di cambiamento l'evento assistenziale deve essere sempre meno un fatto singolare e sempre più inserito in una rete di attenzione con cui i vari sistemi del SSR circondano gli assistiti. La rete è costituita da relazioni, interazioni, punti di intervento, eventi interdipendenti, responsabilità, procedure, infrastrutture, strumenti tecnologici, etc.. L'insieme di queste componenti si dispone in strutture organizzative finalizzate a incrementare la qualità dei servizi con cui il sistema sanitario assiste la popolazione regionale.

Reti di patologia: Le reti di patologia prendono forma con l'obiettivo di aggregare le migliori conoscenze nel campo di una specifica patologia. Un esempio di reti che man mano le Regioni stanno attivando sono le reti di *Oncologia, Cardiologia, Neurologia, delle Malattie Rare*, etc. La rete di patologia ha l'obiettivo di costituire un luogo dove raccogliere le informazioni ed i protocolli di cura più aggiornati, di fornire in modo condiviso servizi ad alto contenuto tecnologico a supporto degli stessi protocolli, e di distribuire questi servizi in modo organizzato nell'ambito regionale.

Reti di servizi specialistici: L'efficienza e l'efficacia per i servizi specialistici del SSR sono gli obiettivi principali della realizzazione dei sistemi di rete. La copertura dell'intero territorio, con servizi ad alto valore economico-tecnologico, spinge alla condivisione delle infrastrutture

di base, questi erogano servizi con infrastrutture centralizzate e articolano invece, geograficamente, i terminali di accesso e di distribuzione. Fra gli obiettivi di questa classe di reti, ad esempio le Reti di Laboratori o le Reti di Diagnostica per Immagini, vi è quella di supportare le reti di patologia nei loro complessi protocolli specialistici.

Reti di servizi territoriali: per il territorio, l'adozione di un modello di riferimento per il SSR, costituito da sistemi fra loro interconnessi, comporta lo sviluppo di una nuova gamma di servizi, erogati sempre più in prossimità dell'ambiente di vita dell'assistito, soprattutto in relazione ad interventi per patologie che non necessitano di terapia intensiva o rilevante impegno tecnologico. I servizi sono distribuiti nell'ambito geografico tramite soggetti quali gli Ospedali di polo, le strutture distrettuali, le organizzazioni volontaristiche, i MMG, etc., utilizzando infrastrutture di servizio, con le quali attivano, ognuno per la propria competenza, l'azione di assistenza socio-sanitaria. In particolare, strutture organizzate in forma di *ospedali di comunità* possono rappresentare una valida soluzione per lo sviluppo di cure primarie, a bassa intensità assistenziale, nelle forme residenziali e semiresidenziali a carattere sanitario, per garantire servizi in prossimità del domicilio del paziente

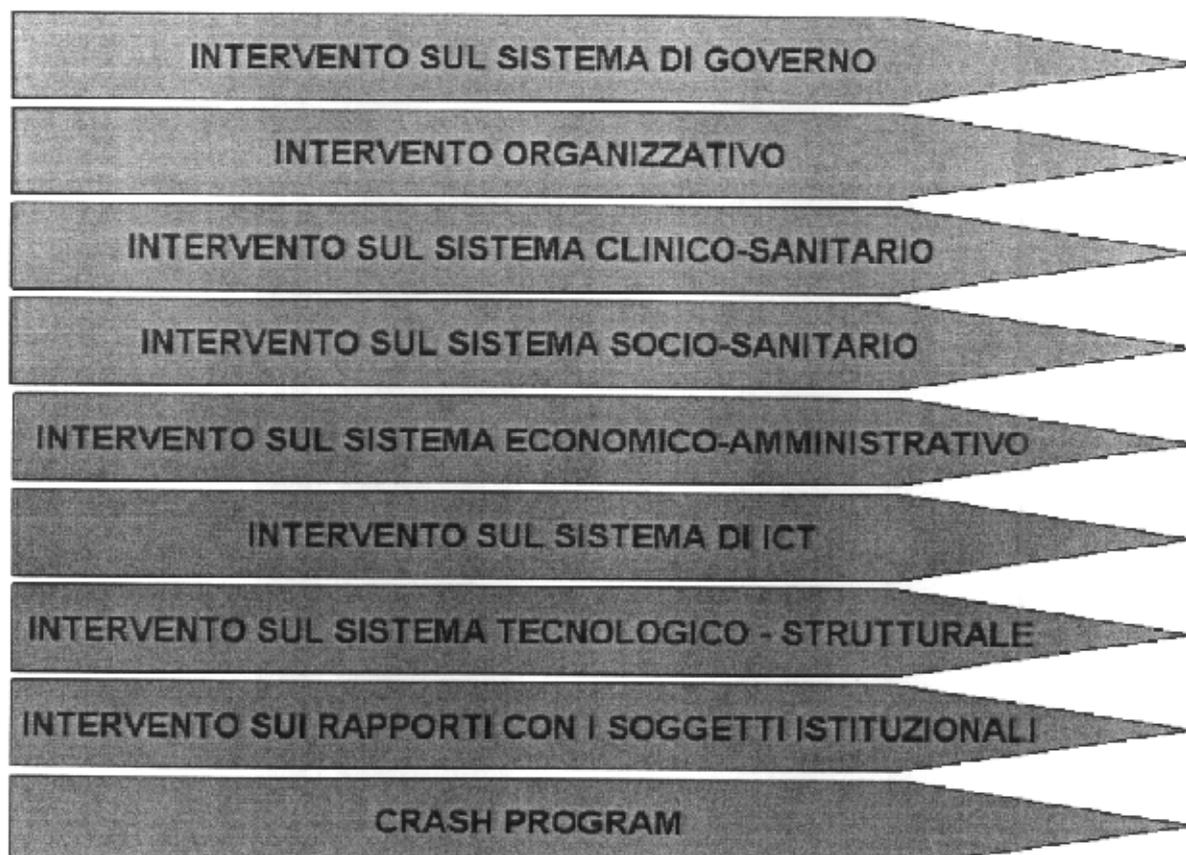
Rete per la prevenzione collettiva : anche le più recenti vicende legate alla epidemia di influenza aviaria confermano come la risposta efficace per il contenimento di rischi che possono esporre intere collettività, passi attraverso la operatività efficace di strutture in rete e, sempre più spesso dell'efficace collegamento tra reti diverse. Ciò sia sul versante dello scambio rapido di informazioni, sia sul versante dell'intervento coordinato sul campo. L'esperienza maturata nella nostra regione indica le seguenti linee di lavoro per mettere a regime il sistema:

- a) Analisi dello stato attuale del sistema della prevenzione primaria (livelli ministeriali e degli istituti centrali, livelli regionali e delle Province Autonome, livelli zonali dell'ASUR).
- b) Individuazione puntuale, nell'ambito del governo del territorio regionale, delle autorità competenti nei vari campi della prevenzione primaria (veterinaria e sicurezza alimentare, sanità pubblica e tutela della salute in rapporto con i rischi ambientali, tutela della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro), compiti di ognuna e risorse disponibili.
- c) Organizzazione generale e competenze di gestione del sistema della prevenzione primaria regionale nonché modalità di coordinamento tra i diversi attori (Stato, ISS, ISPESL, Regioni, IZS, ARPA ecc).
- d) Modalità di determinazione delle priorità di sistema per l'utilizzo delle risorse.
- e) Organizzazione e gestione dei piani di emergenza per la salute umana e per le popolazioni animali anche in coordinamento con il nuovo Dipartimento per le politiche integrate di sicurezza e per la protezione civile .
- f) Ruolo e funzioni di una rete per la sorveglianza epidemiologica umana ed animale e l'analisi dei dati

g) rete informativa.

IV LE LINEE GUIDA DI INTERVENTO

Di seguito vengono descritte le principali linee di intervento che, coerentemente con gli orientamenti forniti nelle linee guida del cambiamento, indicano le azioni da intraprendere nel medio-lungo termine per il raggiungimento degli obiettivi generali del Piano.



Le linee di intervento

IV.1 Interventi per il governo del SSR

L'assunzione di un ruolo di holding da parte della Regione per svolgere attività decisionali attive nei confronti del sistema, costituisce un elemento strategico per riorientare e far evolvere il SSR. L'utilizzo della leva della pianificazione strategica come strumento di indirizzo e coordinamento del sistema è finalizzato a garantire il maggiore equilibrio nell'organizzazione e nel funzionamento dei servizi su tutto il territorio regionale, coerentemente con le necessità e le esigenze specifiche di ambito locale.

Di conseguenza, il monitoraggio e l'analisi tempestiva delle variabili che rappresentano gli andamenti economici e di produzione del valore del SSR sono prerequisiti fondamentali per

una corretta azione di governo. Ogni azione intrapresa nell'indirizzare la produzione di servizi e la spesa relativa nel SSR deve appoggiarsi su un sistema chiaro e condiviso di informazioni.

In questo senso, un obiettivo fondamentale dell'azione di governo è legata alla necessità di organizzare un vero e proprio "sistema della conoscenza", che permetta di rendere circolare il processo di fruizione, a tutti i livelli istituzionali, delle informazioni sul sistema sanitario e sulla copertura dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Soprattutto, per consentire di verificare in modo tempestivo le reali condizioni del sistema e agevolare il processo decisionale per la definizione di azioni ed interventi, rafforzando così il ruolo di coordinamento ed indirizzo strategico della Regione. La realizzazione di un tale sistema richiede azioni quali:

- definizione di variabili e indicatori nell'ambito delle aree di indagine e delle dimensioni di analisi;
- definizione e regolazione dei flussi di raccolta dei dati, in particolare per livelli di assistenza;
- realizzazione dell'archivio regionale dei dati e delle informazioni di governo;
- definizione dei modelli statistici di analisi e di previsione;
- struttura del reporting.

Il controllo delle variabili e degli effetti che su queste producono gli interventi organizzativi, tecnologici ed economici, conferiscono al sistema di governo il ruolo di strumento per la guida del SSR, dapprima in termini di **indirizzo**, in secondo luogo in termini di **monitoraggio e valutazione**, cosicché si possa attivare in un circolo virtuoso il processo di continuo miglioramento ed evoluzione del SSR.

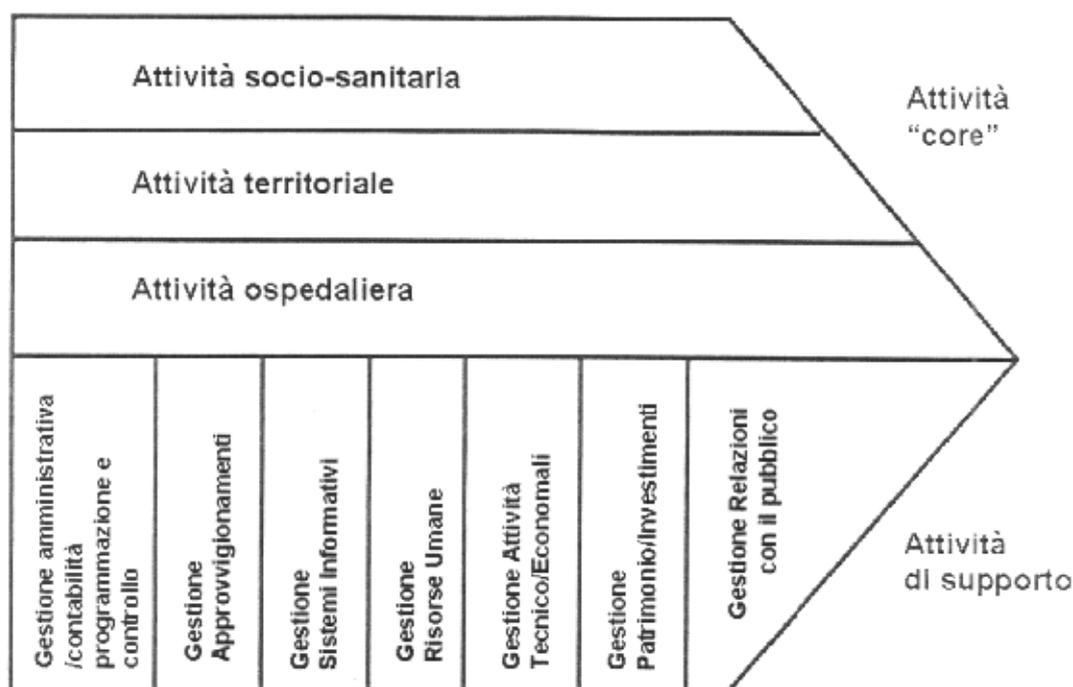
Alla base dell'impianto del sistema si pone quindi l'introduzione, la condivisione, la diffusione e l'utilizzo della metodologia per la valutazione del bisogno, della domanda e dell'offerta dei servizi del SSR, particolarmente orientati ai LEA, che costituisce il nucleo forte del modello interpretativo precedentemente descritto e riportato nella seguente figura.



Sistema di governo

IV.2 Intervento organizzativo

La chiave interpretativa delle azioni dello sviluppo organizzativo del precedente PSR, riconfermate nel prosieguo dell'attuale, si richiama alla "catena del valore delle filiera sanitaria", descritta in sintesi nella figura.



La catena del valore della filiera sanitaria

La struttura organizzativa del SSR è andata incontro nel tempo ad una serie di interventi ed aggiustamenti che hanno consentito di definire a livello istituzionale un quadro ben delineato che necessita a questo punto un definitivo consolidamento.

Il più recente inserimento del livello di Area Vasta, come già descritto in precedenza, costituisce l'elemento fondamentale per innescare una serie di interventi di carattere organizzativo che permettano di mettere in atto quanto stabilito dalla normativa regionale.

L'obiettivo degli interventi non riguarda la riduzione della presenza delle strutture e servizi presenti sul territorio, quanto piuttosto la valorizzazione ed il rilancio di tutti i centri di attività attraverso azioni di riadeguamento delle strutture, riorganizzazione dei servizi, razionalizzazione delle risorse, rimodulazione delle funzioni, riqualificazione del personale, in sintesi di consolidamento e sviluppo del SSR salvaguardando le decisioni prese ed il patrimonio (umano, organizzativo, strutturale, economico, etc.) esistente.

- **Il governo regionale.**

La Regione deve orientarsi verso un modello comportamentale di indirizzo strategico e di monitoraggio e verifica che accentui la sua capacità di governo complessivo, al fine di evitare la variabilità dei comportamenti aziendali e potenziando altresì gli elementi di cooperazione e condivisione. La sua azione deve assicurare condizioni di maggiore equilibrio nell'offerta di servizi e prestazioni, indirizzando iniziative ed interventi in relazione alle specifiche esigenze presenti nelle singole Zone e secondo una modulazione che tenga conto del bacino di

utenza a livello di Area Vasta. In particolare, è da attuare l'integrazione degli strumenti di programmazione ai diversi livelli istituzionali, al fine di omogeneizzare i contenuti, dal più alto livello strategico e di indirizzo fino al livello più operativo degli strumenti di programmazione territoriale.

L'attività di coordinamento e concertazione avverrà con il Coordinamento di Area Vasta, composto dai Direttori delle zone di riferimento, garantendo inoltre le modalità di collaborazione con la AV limitrofe.

- ***Le Aree Vaste e il network territoriale.***

Una delle prime azioni di consolidamento e sviluppo del SSR riguarda l'immediata implementazione dell'Area Vasta come livello di riferimento ottimale per azioni gestionali, collaborazioni e integrazione di funzioni tra le Zone interessate, per perseguire la realizzazione di un modello a rete finalizzato al miglioramento del sistema di erogazione dei servizi e ad innalzare i livelli di efficienza dei processi amministrativo/tecnico/logistici.

Il Coordinamento di AV deve operare per assicurare una forte cooperazione tra le Zone e, ad un livello superiore, una forte interazione tra le AV e le Aziende attraverso l'implementazione di reti dedicate ed il consolidamento dell'organizzazione dipartimentale, al fine di garantire le migliori modalità di assistenza nel bacino di utenza specifico ma in una logica di coordinamento generale a livello regionale. Il Coordinamento deve inoltre assicurare la partecipazione delle Conferenze dei Sindaci e dei Comitati dei Cittadini alle attività di programmazione, verifica e controllo esercitate con riferimento all'AV.

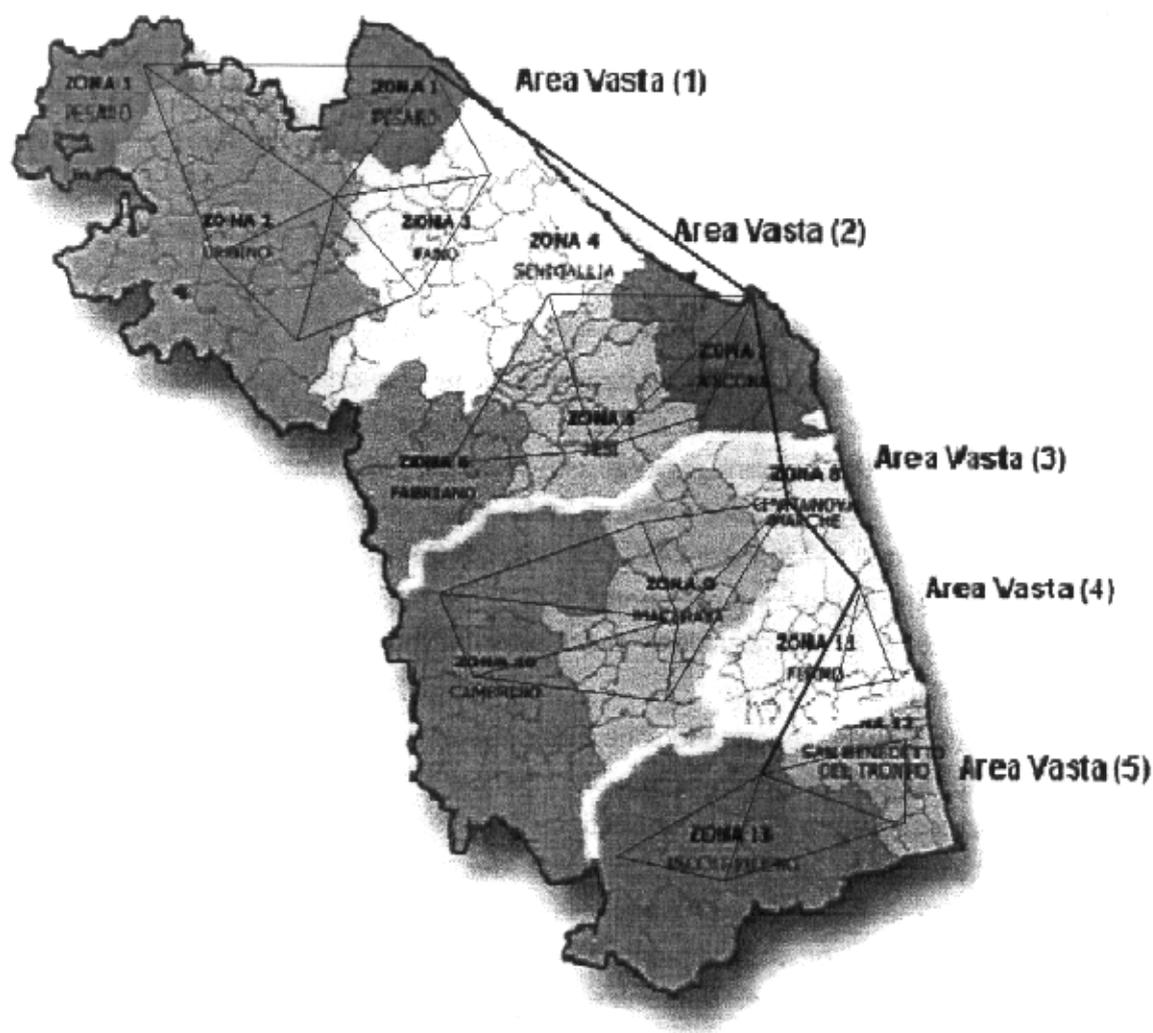
- ***La rete ospedaliera e il network clinico.***

Il sistema ospedaliero è strutturato come organizzazione a rete dove le AO costituiscono i Centri di Riferimento regionale, che devono garantire l'erogazione di prestazioni delle "alte specialità", così come intese dal vigente decreto ministeriale, a servizio dell'intero territorio regionale. Le AO interagiscono con gli altri nodi del network clinico, che sono rappresentati dagli Ospedali di Rete e, in un ambito più locale e con funzioni più limitate, dagli Ospedali di Polo, secondo l'articolazione funzionale indicata nel paragrafo sul sistema reticolare dell'assistenza ospedaliera. I vari nodi sono organizzati per offrire la maggiore copertura assistenziale nelle Zone e nello specifico bacino di utenza definito dall'AV, secondo modalità di coordinamento e integrazione che sostengano l'equilibrio in termini di dotazioni e livelli di assistenza e che definiscano percorsi di diagnosi e cura garantiti nell'AV.

I nodi/ospedali si coordinano e completano la loro offerta di servizi e prestazioni in modo complementare ed integrato tra loro, in ragione della differenziata distribuzione delle funzioni e delle dotazioni; i nodi/ospedali devono inoltre collaborare con i centri di riferimento regionale secondo comuni percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle specifiche aree di patologia o di servizio,

nell'ambito dei compiti di coordinamento e integrazione definiti all'interno dei Dipartimenti clinici sovrazonali.

Il network clinico è completato dalla presenza sul territorio di strutture specialistiche in grado di erogare prestazioni per pazienti in elezione, in modo complementare a quanto previsto dalle strutture ospedaliere. L'attività di coordinamento ed integrazione è compito del Dipartimento clinico sovrazonale.



La rete sanitaria: integrazione delle zone nelle aree vaste

- **Il network socio-sanitario.**

Per garantire continuità nei percorsi clinico-sanitari, la rete ospedaliera esistente deve essere potenziata e differenziata nelle sue funzioni, al fine di offrire ai pazienti modalità di assistenza differenziate ed in linea con quanto previsto dai LEA,

assicurando una presenza quanto più capillare e diffusa sul territorio.

L'azione di intervento è diretta alla riqualificazione degli *Ospedali di Polo*, che costituiscono il punto di congiunzione tra i servizi ospedalieri ed il territorio (*Distretti*), al fine di ampliare, differenziare e modulare il sistema dell'emergenza, la rete dei servizi specialistici, la rete delle cure primarie, la rete dei servizi territoriali, tenendo conto dell'estrema variabilità delle strutture e delle dotazioni ed agendo su assetti che potranno presentare condizioni di estrema personalizzazione e flessibilità, integrandosi con l'intero assetto dell'AV di riferimento.

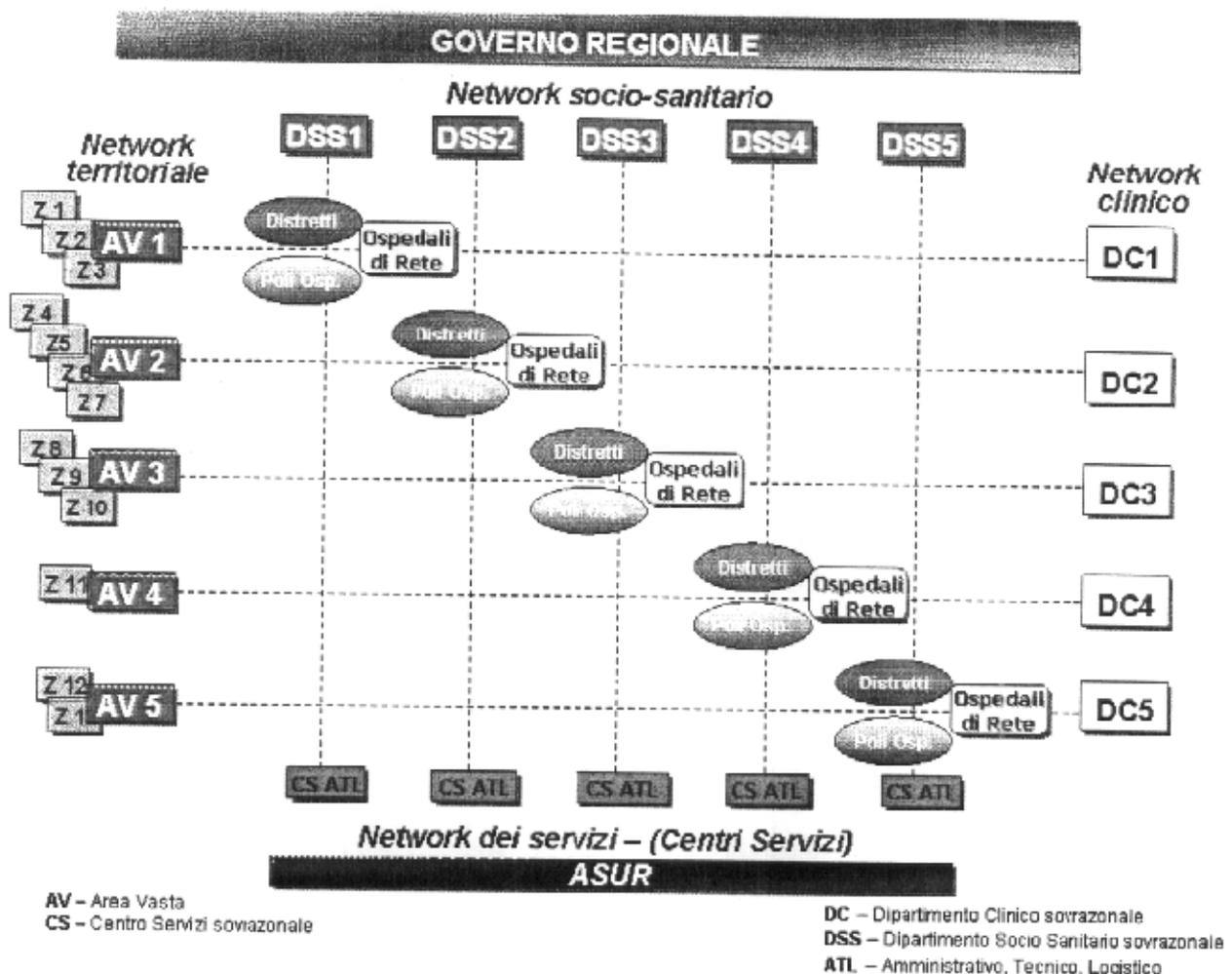
Gli ospedali di polo, che presentano specificità e peculiarità legate al territorio di appartenenza, devono diventare anche punto di raccordo e di integrazione per l'assistenza socio-sanitaria potendo operare in coordinamento con i **Dipartimenti socio-sanitari sovrazonali**, ed in collaborazione con le funzioni assistenziali distrettuali e con la rete dei MMG/PLS, in modo da realizzare il network socio-sanitario che integra le realtà presenti in ciascuna zona raccordandole a livello di Area Vasta.

- ***I Centri Servizi e il network dei servizi.***

Il coordinamento e l'omogeneizzazione nella gestione dei servizi amministrativo tecnico logistici avviene a livello di AV attraverso **Centri Servizi**, che devono disporre di una organizzazione che valorizzi le competenze specifiche delle articolazioni organizzative presenti nelle varie Zone, considerate più idonee allo svolgimento di funzioni per l'AV. Obiettivo dei Centri Servizi è quindi di realizzare un network per la gestione dei servizi, che consenta la razionalizzazione delle risorse impiegate e la valorizzazione delle sinergie interzonali, evitando duplicazioni e diseconomie.

Il Centro Servizi, secondo logiche funzionali volte a privilegiare la qualità dei servizi erogati, sarà in grado di sviluppare i servizi a supporto quali: acquisto di beni e servizi, esecuzione di lavori e gestione delle relative procedure di appalto, gestione del patrimonio immobiliare, gestione dei magazzini e della logistica, attività amministrative relative al personale dipendente e convenzionato, compresa la gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento, coordinamento della mobilità interzona del personale, gestione sistemi informativi, e quanto altro previsto e regolato dalla normativa vigente.

Il coordinamento interno tra le varie strutture zonali e il centro servizi avviene secondo logiche rapportali volta alla massimazione dei servizi erogati.



Il sistema a rete

IV.3 Interventi nell'ambito clinico-sanitario

Il nuovo piano sanitario, in coerenza con vincoli e opportunità, con riferimenti metodologici e le direttrici di cambiamento identificate, privilegerà la ridefinizione dell'offerta e dei processi nella logica dell'appropriatezza piuttosto che l'individuazione di rigidi riferimenti quantitativi per l'allocazione dei servizi. Le principali azioni che il piano sanitario dovrà prevedere riguarderanno fondamentalmente i punti che seguono.

IV.3.1 Il sistema reticolare dell'assistenza ospedaliera

Aziende Ospedaliere, Ospedali di Rete, Ospedali di Polo, Strutture private convenzionate.

L'Ospedale per intensità di cura, durata di degenza e modalità di accesso configura l'opzione entro cui ridefinire le logiche di funzionamento. Le dimensioni virtuose che tale assetto presidia sono infatti le seguenti:

- determina una profonda modificazione nella erogazione dell'assistenza, focalizzando l'attenzione sul processo e sui risultati;
- abbatte il "potere" e la centratura sul posto letto, centrando invece il sistema sulla priorità clinica;
- valorizza il ruolo dell'infermiere all'interno del processo assistenziale, ridefinendo l'enfasi sul ruolo medico quale componente specialistica.

La centratura quindi sulla "competenza specialistica" in sostituzione dell'arcaica centratura sul "posto letto", l'intensità e il regime di cura, l'identificazione di specifiche linee produttive, declina una nuova organizzazione che modifica, fino ad annullare, gli attuali confini di specialità/organo.

Intervenire sul funzionamento - ancor più che non intervenendo sull'assetto e sulle risorse - significa cercare di dar vita ad un "sistema" ed a "reti" in grado di assumere in cura e prendere in carico il cittadino ed i suoi problemi di salute e di farli assurgere a centralità effettive, basando il processo di rinnovamento sui bisogni reali di salute della popolazione. E' assolutamente necessario cercare di trasferire al cittadino una sensazione di "prossimità" autentica e palpabile che sia in grado di sostituire una vicinanza fisica storica non più corrispondente ad una concreta esaustività dei servizi forniti.

C'è da dire, al riguardo, che l'articolazione dipartimentale ospedaliera, nella sua accezione attuale, zonale come scala e strutturale sotto il profilo tipologico, debole nei poteri effettivi e rigida nella sua connotazione funzionale, ben poco si è prestata all'avvio di innovazioni non finalizzate alla mera efficienza ed è rimasta confinata nel ristretto del settore ospedaliero e di ciascun singolo presidio, dialogando assai poco anche con il territorio. Appare dunque necessario sperimentare ed applicare modelli dipartimentali aventi una connotazione più sbilanciata verso una centratura su problematiche di salute e di autentica integrazione.

Sarà altresì elemento centrale dell'intervento sul funzionamento, quello di ampliare le logiche funzionali dell'assistenza ospedaliera alla scala di area vasta, assicurando però contemporaneamente il coinvolgimento delle funzioni di scala distrettuale essenziali per una gestione integrata delle suddette.

Le coordinate di riferimento per gli interventi sul funzionamento possono dunque essere ragionevolmente rappresentate:

- dalla centratura sui bisogni di salute;
- dalla facilitazione dell'accessibilità e della fruibilità di attività e servizi;
- dalla implementazione di sistemi operativi ad elevata relazionalità (reti) verticale ed orizzontale, intra-presidi, intra-specialità, inter-specialità, interprofessionali, intrazonali ed interzonal, intralivello ed interlivelli;
- dalla ricerca di livelli avanzati di flessibilità del sistema e delle reti, onde consentire una adeguata personalizzazione delle cure;
- dal perseguimento di un processo di innalzamento della qualità professionale ed assistenziale e di omogeneizzazione dei profili di assistenza;

- dalla individuazione e dalla responsabilizzazione dei ruoli impegnati nel funzionamento e nella manutenzione delle reti;
- dalla ricerca di modelli operativi in grado di consentire una migliore duttilità di impiego e di impegno delle risorse, in particolare di quelle umane, garantendone anche opportune forme di incentivazione;
- dallo sviluppo di una opportuna osmosi tra i vari regimi, in particolare con il regime ambulatoriale.

Soprattutto nell'area chirurgica è necessario superare la tradizionale segmentazione per reparti creando aree diverse a seconda della durata e della intensità della degenza.

Il ruolo delle Aziende Ospedaliere e dell'INRCA va inquadrato all'interno della prospettiva di sistema, come punti nodali della rete curante. L'alta specialità, l'alta intensità, l'alta complessità trovano nell'ambito di cura proprio delle AA.OO. il contenitore ideale ed appropriato; vanno altresì indagate le criticità e le opportunità derivanti dal rappresentare comunque Ospedali di riferimento per le comunità cittadine in cui sono localizzate, nonché quelle relative alle rapportualità di area vasta.

L'A.O. Ospedali Riuniti con i due presidi di alta specializzazione Lancisi e Salesi sostanzia la peculiarità di configurarsi come il trait d'union con il mondo della ricerca, per cui vanno rinforzate le dinamiche di osmosi e di valore aggiunto che tale prospettiva può garantire.

L'INRCA definisce il contenitore logico privilegiato delle politiche per gli anziani, ambito nel quale la prospettiva reticolare, di integrazione con i territori e con le azioni del sociale necessitano di enfasi coerenti.

L'A.O. San Salvatore implementa il proprio ruolo di risposta specialistica con particolare vocazione di presidio della "marca di confine".

IV.3.2 Il consolidamento del sistema dell'emergenza

Il problema dell'emergenza inquadra un profilo decisivo nell'organizzazione dei sistemi sanitari avanzati: ridefinire la sede, la quantità e la composizione delle POTES, ripensare le postazioni di continuità assistenziale sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo - essendo queste state individuate secondo mera logica incrementale - il raccordo tra queste aree e i Dipartimenti di Emergenza Ospedalieri, deve condurre ad un evoluto sistema che ragiona e si articola centrandosi su prospettive cliniche che sostengono approcci gestionali.

Alla casualità del responder va contrapposta la logica di processi di rete condivisi: la rete dello Stroke, la rete del Trauma, la rete dell'acuzie cardiologica, le emergenze pediatriche; per ciascuna va implementato un percorso condiviso, che assume il carattere di protocollo metodologico, ma di cui non va disegnato, come troppo spesso avviene, il percorso unidirezionale verso l'ambito di cura più appropriato, ma vengono altresì disegnati i processi di "rientro", al fine di garantire lo "scarico" delle rianimazioni e/o dei punti a maggior intensità assistenziale, atti a garantire continuamente la disponibilità di sistema.

IV.3.3 Le reti di patologia

L'appropriatezza nel percorso diagnostico terapeutico è il requisito di maggior pregio del SSR. Le "reti di patologia" sono lo strumento con cui moderni sistemi sanitari rispondono ad un contesto sempre più complesso di conoscenze necessarie a garantire l'appropriatezza dell'atto medico.

Le "reti di patologia" operano provvedendo ad un servizio moderno, focalizzato sul cittadino, rapido, accurato, basato su evidenze di fatto, svolto da una equipe preparata e motivata. I gruppi di lavoro che formano le équipes delle reti di patologia sono in grado di :

- lavorare oltre i tradizionali confini, stabilendo nuove relazioni e ingaggiando le conoscenze di cui la rete può disporre su base regionale, nazionale o internazionale;
- ridisegnare i servizi : le analisi di laboratorio e le diagnosi radiologiche effettuate presso le strutture che hanno il paziente in cura o la valutazione di poter effettuare test e analisi il più vicino possibile al domicilio del paziente;
- ridurre variazioni inappropriate dei risultati attraverso audits, standardizzazione dei processi operativi e protocolli basati sulla evidenza delle pratiche;
- utilizzare in modo efficace le tecnologie di ICT (information communication technology) allo scopo di rendere le informazioni disponibili a chi le utilizza; inoltre in questo ambito favorire l'impiego delle procedure automatiche di verifica dei processi che riguardano il paziente
- assicurare il cittadino marchigiano che è nelle condizioni di essere seguito con le migliori conoscenze ed i migliori servizi in qualsiasi momento indipendentemente da dove esso si trovi;
- pianificare, gestire e fornire servizi di alto livello nel migliore modo possibile (efficacia) e con costi sopportabili dal SSR (effecenza)

La disponibilità di infrastrutture tecnologiche che abilitano alla duplice condivisione delle informazioni del paziente e delle conoscenze degli specialisti sulla patologia, attiva una rete di cura nella quale gli specialisti sono in grado di formalizzare linee guida e protocolli di cura condivisi che sono il miglior riscontro del valore e della appropriatezza terapeutica.

La costruzione di una rete di patologia passa attraverso un progetto complesso, i soggetti sono coinvolti ai vari livelli del SSR: nelle aree di alta specializzazione (conoscenza), nella organizzazione dei servizi (accesso, fruibilità), nella gestione (amministrativa, tecnologica, etc.), e solo il coordinamento a livello di "Area Vasta" o meglio "Regionale", esprime le

condizioni per un utilizzo ottimale delle risorse congiuntamente con l'obiettivo di efficacia per la popolazione marchigiana.

Il SSR dovrà tenere in debito conto e favorire le condizioni di sviluppo delle reti di patologia, con il duplice scopo di costituire aggregazioni di conoscenze, strumenti e servizi per combattere le malattie, e che questi servizi e conoscenze siano disponibili in modo diffuso sul territorio regionale per arrivare là dove è necessario aumentare l'appropriatezza delle azioni del percorso diagnostico terapeutico.

IV.3.4 La riorganizzazione delle attività territoriali

Il processo di ridefinizione delle attività territoriali comporta la concretizzazione del modello della "presa in carico e della continuità assistenziale" che caratterizza il Distretto sanitario marchigiano.

Questo cambiamento di ottica che propone il superamento del modello tradizionale, più basato sull'attenzione alla produzione, conduce alla realizzazione del "distretto integrato" dove si può correttamente sviluppare l'integrazione socio-sanitaria e assistenziale. La ridefinizione e riorganizzazione dei servizi territoriali è importante che passi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi che servano a tessere, partendo dal basso, la rete dei servizi e delle strutture distrettuali in una logica di condivisione e supporto reciproco interdistrettuale e, ove necessario, interzonale (in riferimento all'area vasta).

In questa prospettiva il Piano sanitario individuerà gli strumenti capaci di garantire il governo dei principali snodi critici del sistema della domanda ed il progressivo riorientamento dell'offerta.

IV.3.5 Intervento nell'ambito della prevenzione primaria collettiva

Si intende proseguire nell'implementazione del Piano di potenziamento completando il riequilibrio delle risorse in ambito territoriale per il settore della prevenzione, mantenendo il metodo della assegnazione, nell'ambito dei budget per le Zone Territoriali, di fondi finalizzati a progetti strategici di valenza regionale, monitorati a questo livello, in continuità con quanto attuato nel triennio precedente, che ha consentito soddisfacenti risultati.

Sarà maggiormente valorizzato il ruolo delle aree vaste che permetteranno il miglioramento della risposta qualitativa ai bisogni, attraverso l'attuazione delle "eccellenze di sistema", già previste dalle linee guida regionali.

Si proseguirà nel consolidamento della Rete epidemiologica marchigiana e si predisporrà un atto di indirizzo delle funzioni di promozione della salute, da organizzare in area vasta al fine di ottimizzare l'uso delle risorse.

Nell'area della veterinaria e della sicurezza alimentare le attività di sviluppo più rilevanti dovranno riguardare, prioritariamente:

- il sistema informativo e di comunicazione del rischio, dove è previsto un ulteriore sviluppo dello stesso per l'area veterinaria-alimenti (SIVA);
- l'applicazione dei nuovi regolamenti C. E. nel campo della sicurezza alimentare: dal 1° gennaio 2006 il sistema nazionale di controllo ufficiale dei prodotti alimentari è stato ridefinito rendendolo più efficace e più adeguato agli standard europei. Sono pertanto necessari periodici atti d'indirizzo per la corretta ed uniforme prima applicazione e lo sviluppo dell'audit quale metodo di verifica dei diversi livelli;
- profilassi e monitoraggio malattie infettive e diffuse: devono avere continuazione i Piani di profilassi ed eradicazione di bovini ed ovini nel territorio regionale al fine di acquisire le qualifiche di "ufficialmente indenne" in tutte le province;
- sviluppo della rete epidemiologica veterinaria: dovrà essere potenziata l'integrazione ed il coordinamento per poter assicurare interventi uniformi su tutto il territorio da parte delle diverse strutture sanitarie dell'ASUR e dell'IZS deputate all'attività di controllo ufficiale, nonché interventi immediati a seguito di attivazione del sistema di allerta. Per fare ciò è necessaria la progettazione di un centro regionale per l'epidemiologia veterinaria (CEV) da sviluppare nell'ambito della REM;
- prevenzione randagismo e tutela degli animali d'affezione: va prestata specifica attenzione alle disposizioni sanitarie relative alla prevenzione e lotta al randagismo. Vanno sviluppati specifici progetti per la prevenzione al randagismo, per il controllo delle colonie feline e per lo sviluppo della pet-therapy;
- emergenze epidemiche veterinarie: sulla base delle esperienze sviluppatasi nel corso dell'epidemia mondiale di influenza aviaria va istituzionalizzato e rafforzato il sistema sinergico interistituzionale all'interno delle maxi emergenze sanitarie coordinate dalla Protezione civile (GORES);
- sorveglianza nutrizionale: in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 va proseguito il progetto in campo nutrizionale per la promozione di stili di vita salutari e vanno coinvolti maggiormente gli operatori sanitari (in particolare i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta).

Nell'area della sanità pubblica:

- verranno sviluppati completamente i Progetti del Piano Nazionale della Prevenzione 2005/2007, sia di prevenzione primaria e collettiva (prevenzione dell'obesità, vaccinazioni, incidenti stradali, domestici ed infortuni sul lavoro) che di prevenzione secondaria riabilitativa (prevenzione cardiovascolare, programmi di screening oncologici, prevenzione delle complicanze del diabete);

- verranno rese operative le priorità del sistema informativo (vaccinazioni ed infortuni sul lavoro);
- continuerà l'azione interistituzionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro con INAL e parti sociali, ed entro il 2007 verrà proposto il 3° Accordo di Programma triennale Regione Marche /INAIL, condiviso nei contenuti con le parti sociali;
- si darà attuazione sul territorio al Piano Nazionale vaccini e si predisporrà il recepimento del Piano Pandemico Nazionale;
- si darà impulso, sulla base di linee di indirizzo regionali, ad una revisione della mission della rete per la medicina dello sport che dovrà essere di traino anche per la promozione di una corretta attività fisica nelle varie fasce di età della popolazione.

IV.4 Interventi nell'ambito socio-sanitario

La costruzione di un atto di programmazione integrato tra componente sociale e componente sanitaria della Regione seguirà alcune linee di indirizzo già presentate agli assessori nel novembre scorso che propongono le seguenti direttrici:

- proseguire un processo avviato che viene riassunto nel testo di un capitolo unico di integrazione tra i due Piani che delinea processi di:
 - o stabilizzazione dell'assetto istituzionale dell'integrazione tra sociale e sanitaria con particolare riferimento a ruolo e funzioni dell'ambito sociale e del Distretto sanitario;
 - o integrazione tra la programmazione sociale e la programmazione sanitaria regionale e territoriale con indicazioni unitarie e coerenti;
 - o organizzazione e gestione integrata dell'accesso alla rete dei servizi, dei processi di valutazione, presa in carico e continuità dell'assistenza e del riordino delle figure professionali;
 - o integrazione tra i diversi settori di intervento con particolare riferimento a quelli ad altra integrazione socio-sanitaria (area Materno-infantile, area disabilità, area salute mentale, area dipendenze patologiche, area adulti fragili, area anziani)
- individuare le direttrici di sviluppo del percorso già avviato all'interno di un Piano Sanitario e di un Piano Sociale autonomi nella stesura, ma caratterizzati da stesse indicazioni operative riguardanti il sistema dei servizi territoriali;

- riprendere le indicazioni strategiche di cambiamento già oggetto di interesse e di intervento in questi anni. In particolare le principali direttrici di cambiamento vengo individuate in:
 - o Potenziamento e razionalizzazione della residenzialità extraospedaliera attraverso l'utilizzo dei poli ospedalieri con finalità assistenziali per l'area della post acuzie e dei servizi territoriali
 - o Potenziamento del sistema delle cure domiciliari e degli strumenti di supporto alla famiglia;
 - o Potenziamento del sistema di accesso integrato sociale e sanitario alla rete dei servizi;
 - o Riorganizzazione e potenziamento dei servizi per soggetti fragili
 - o Sviluppo e innovazione nell'area della prevenzione
 - o Qualificazione della capacità della presa in carico socio-sanitaria territoriale e delle funzioni di valutazione e di continuità assistenziale a titolarità dell'ambito/Distretto
- ribadire i principali nodi critici che hanno caratterizzato in questi anni il percorso di implementazione delle indicazioni riportate sul piano sociale del 2000 e sul piano sanitario "Un'alleanza per la salute"; questi nodi sono stati raggruppati per aree tematiche: 1. assetto istituzionale; 2. strumenti istituzionali di programmazione; 3. assetto operativo/organizzativo; 4. politica delle tariffe;
- per ogni area sono state indicate singole problematiche da affrontare e risolvere:
 - o Assetto istituzionale:
 - a) rapporto ambito/distretto da stabilizzare con particolare riferimento al potenziamento del ruolo di programmazione, indirizzo e controllo del comitato dei Sindaci sia per l'ambito che per il Distretto
 - b) rapporto ambito/distretto/dipartimenti e rapporto coordinatore di ambiti/direttore di Distretto con particolare riferimento alla riorganizzazione del ruolo dei referenti tecnici dell'ambito (coordinatore) e del Distretto (direttore) e al rapporto di questi con i responsabili dei dipartimenti relativamente a ruolo e funzione di programmazione;
 - c) rapporto tra pubblico/privato da regolamentare con l'obiettivo di stabilizzare strumentazioni giuridiche capaci di predisporre un sistema di partnership territoriali per la produzione e verifica degli atti di programmazione;
 - d) Coordinamento della programmazione di ambito /Distretto all'interno di una logica di "Area Vasta".
 - o Strumenti istituzionali di programmazione:

- a) rapporto tra piani di ambito e piani di distretto con particolare riferimento alla omogeneizzazione dei tempi di elaborazione e di presentazione degli stessi, di monitoraggio e valutazione con l'obiettivo di arrivare ad un unico atto di programmazione;
- b) rapporto tra programmazione di settore e programmazione generale con particolare riferimento a: piano anziani, piano infanzia, progetto tutela salute mentale, piano sulla disabilità, sistema delle dipendenze patologiche con particolare riferimento alle modalità di applicazione dei principi e della organizzazione dei servizi, alla istituzione di cabine di regia integrate e al rapporto con la normativa regionale esistente nelle materie oggetto dei Piani, ai progetti obiettivo esistenti, ai piani da realizzare
 - Assetto operativo: a) ridefinire un disegno dei percorsi di accesso alla rete dei servizi, alle funzioni di valutazione e presa in carico da parte delle Unità Valutativa Distrettuale integrate per tutte le fragilità sociali; b) riordinare il sistema delle figure professionali; c) implementare un sistema informativo integrato socio-sanitario finalizzato a supportare i processi di programmazione, attuazione e controlli delle politiche regionali di welfare;
 - Politica delle tariffe: arrivare alla definizione di un sistema tariffario socio-sanitario regionale che individui i criteri di compartecipazione del servizio sanitario regionale, degli enti locali e dei cittadini basato su criteri di equità e sul principio dell'"universalismo selettivo".
- confermare i tavoli di lavoro sia nella componente sociale (funzionari, dirigenti, consulenti, coordinatori di ambito), sia in quella sanitaria (manifestazioni di interesse nell'ASUR)
- redazione del documento finale che costituirà il testo della parte comune di integrazione socio-sanitaria da inserire nel piano sociale e nel piano sanitario e dal quale si evinceranno le azioni per il consolidamento dell'integrazione socio-sanitaria.

La stabilizzazione dell'integrazione socio-sanitaria

Nelle linee di intervento saranno comprese le azioni per stabilizzare l'integrazione socio-sanitaria, presenti sia nel Piano Sanitario che nel Piano Sociale; queste possono essere indicate in:

- Programmazione integrata sociale e sanitaria - Avviando la prospettiva del "Piano regolatore dei servizi integrati alla persona" con la coerenza tra i diversi livelli territoriali della programmazione sociale e sanitaria
- Processi, percorsi, procedure - Con i riferimenti espliciti a:

- Accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario ("UVD Sportello della Salute – UPS Unità Promozione Sociale" come accesso territoriale unico socio-sanitario diffuso e capillare con figure dedicate e professionalmente formate correlato al sistema informativo, al servizio sociale professionale e all'area della valutazione)
- Definizione dell'Area logica della valutazione integrata attraverso lo sviluppo e l'armonizzazione delle funzioni integrate di valutazione multiprofessionale e interdisciplinare, l'individuazione di strumenti condivisi di valutazione e di definizione dei percorsi di continuità assistenziale e di sviluppo della progettazione partecipata
- Definizione dell'Area logica della presa in carico e della continuità assistenziale integrata individuandola come luogo per la definizione del profilo di cura più appropriato al bisogno dell'assistito
- Progressiva definizione di standard di intervento e di prodotto sotto il profilo della adeguatezza delle strutture di offerta per le prestazioni socio-sanitarie gestite, in maniera integrata, dai servizi sociali e dai servizi sanitari
- Integrazione professionale tra personale sociale e socio-sanitario di competenza degli enti locali e di competenza ASUR
- Organizzazione e gestione - Con riferimenti ai "luoghi" e alla organizzazione dei processi, dei percorsi e delle procedure
- Integrazione sociale e sanitaria nei settori di Intervento - Con il rafforzamento della logica di sistema unitario e coerente collocando organicamente al suo interno le necessarie specificità di settore di intervento, di attenzione alle fragilità, e di contesto territoriale: Materno –infantile; Adolescenti e giovani; Disabilità; Salute mentale; Dipendenze; Adulti fragili; Anziani.
- Integrazione del sistema informativo sociale regionale con il sistema informativo dei servizi territoriali sanitari.

IV.5 Interventi in ambito economico-amministrativo

Le azioni economiche-amministrative devono essere di rapida attuazione, con l'obiettivo di consolidare un quadro economico rappresentativo della realtà del SSR, e quindi di agire tempestivamente nell'ottimizzare dell'allocazione delle risorse, la dove il bisogno meglio si rende evidente.

IV.5.1 Vincolo di compatibilità economica

A fronte delle iniziative che debbono ridare forza alle prerogative di coordinamento e

controllo del sistema economico amministrativo a livello regionale, si colloca il quadro dei vincoli di compatibilità con il piano economico regionale per il triennio 2007-2009.

Il quadro economico del SSR rappresenta la cornice nell'ambito della quale procedere con le azioni di piano e garantire l'equilibrio economico nel triennio 2007-2009, con la contestuale copertura di tutte le perdite pregresse fino all'anno 2006.

In particolare, l'equilibrio economico viene garantito nel triennio e in ciascun anno attraverso il pareggio tra i ricavi complessivi previsti nel sistema e i costi programmati, a legislazione invariata. Le entrate complessive, indicate nella tabella sottostante, sono rappresentate dalle entrate da FSR, dalla mobilità attiva extraregionale, dai ricavi minimi e dalle entrate aggiuntive legate all'applicazione della Legge Finanziaria n. 296 del 27/12/2006.

Entrate Complessive (valori in milioni di €)					
	Bil prev 2006	2007	2008	2009	Trend 06/09
Entrate complessive	2.496	2.658	2.727	2.795	
Var %		6,4 %	2,6 %	2,5 %	11,9 %

Nell'ambito delle entrate complessive, le entrate previste da FSR sono state calcolate sulla base della percentuale di accesso al FSN definito dalla Legge Finanziaria.

di cui Entrate da FSN a Disposizione SSR (valori in milioni di €)					
	Bil prev 2006	2007	2008	2009	Trend 06/09
Entrate da FSN	2.287	2.451	2.527	2.609	
Manovra recupero disavanzo 2006		20	30	46	
Disponibilità da FSN	2.287	2.431	2.497	2.563	
Var % su disponibilità FSN		6,3 %	2,7 %	2,6 %	12,1 %

Nell'ambito delle risorse disponibili per il sistema viene stabilito l'obiettivo di crescita dei costi del SSR, come si evince dalla tabella sottostante

Obiettivo andamento dei costi <i>(valori in milioni di €)</i>					
	Bil prev 2006	2007	2008	2009	Trend 06/09
Costi	2.597	2.658	2.727	2.795	
Var %		2,3 %	2,6 %	2,5 %	7,6 %

In particolare, per realizzare l'obiettivo annuale di azzerare il disavanzo e contenere il volume complessivo dei costi a tali livelli è improcrastinabile:

- lanciare alcuni progetti di razionalizzazione finalizzati a contenere i costi di esercizio già a partire dal secondo semestre 2007 (crash program);
- rimodulare il sistema dell'offerta al fine di attivare e portare a risultato le riforme strutturali assolutamente necessarie che necessitano di tempi medi-lunghi, come descritte nel PSR;
- rendere sempre più pregnante l'esercizio dei compiti di monitoraggio e controllo, così come previsto nella D.G.R. 868/05 che determina una più significativa collaborazione tra il Servizio Salute e le Aziende.

Le risorse che si libereranno dalle manovre strutturali previste saranno così destinate al potenziamento dei servizi sanitari, finalizzato nel triennio ad un riequilibrio delle disomogeneità esistenti a livello territoriale tra le Aziende/Zone, permettendo quindi una riallocazione delle risorse tra livelli assistenziali.

	2007	2008	2009	Totale
Potenziamento attività anno 2007	64	64	64	
Potenziamento attività anno 2008		68	68	
Potenziamento attività anno 2009			69	
Totale Cumulato	64	132	201	396

IV.5.2 Organizzazione delle funzioni amministrative delle aziende del SSR

E' necessario attivare le azioni propedeutiche ad agevolare, in tempi brevi, il superamento della logica burocratica in favore di un'organizzazione orientata al conseguimento di obiettivi manageriali secondo logiche di coerenza con le linee strategiche previste dal PSR e nel rispetto dei principi di compatibilità e sostenibilità economica dell'intero SSR.

Obiettivo principale dell'intervento sarà quello di completare il disegno organizzativo definendo, attraverso un adeguato processo di analisi:

- le logiche di localizzazione (accentramento/decentramento) per ciascuna unità organizzativa/amministrativa, sulla base di un'accurata analisi costi/benefici;
- le logiche di localizzazione/ubicazione delle unità organizzative deputate alle attività amministrative e di supporto, scelte che verranno definite "incrociando" le informazioni riferite agli aspetti di struttura con le informazioni relative alle specifiche professionalità delle risorse umane attualmente impiegate.

Il processo di razionalizzazione agirà sulle tre aziende del SSR, con particolare focalizzazione per l'ASUR, quale soggetto maggiormente impattato dal mutamento istituzionale avvenuto con la L.R 13/03.

L'idea di fondo è proporre una struttura organizzativa in grado di supportare il modello di governo del SSR mediante recuperi di efficienza (sfruttando economie di scala e di esperienza) e il potenziamento dell'efficacia gestionale.

Reingegnerizzazione dei processi amministrativi

Coerentemente con le nuove strutture organizzative occorrerà riprogettare i processi amministrativi per conseguire i seguenti obiettivi:

- miglioramento dell'efficacia dei processi (rafforzamento del controllo interno) e della qualità degli output, sia a favore dell'utenza, sia a favore dei "clienti interni";
- incremento di efficienza (eliminazione di attività duplicate e di controlli puramente formali, in parte ereditati dalla prassi amministrativa in vigore nel superato regime di contabilità finanziaria).

Al termine dell'attività di reingegnerizzazione e di change management, per ordinare e regolamentare la materia, sarà opportuno produrre appositi manuali delle procedure.

La necessità per il SSR di basare il proprio sviluppo organizzativo sulla logica dei processi è da intendersi come un obiettivo finalizzato non tanto sull'automazione diretta alla semplificazione delle procedure, ma piuttosto orientato al governo dei flussi informativi che consentono la condivisione di dati e la comunicazione tempestiva tra i diversi soggetti coinvolti in un processo, allo scopo di favorire una migliore gestione della conoscenza e di eliminare sovrapposizioni, sprechi, ridondanze e le distanze spazio-temporali nel supporto alle decisioni legate alle attività.

IV.5.3 Innovazione della funzione acquisti e logistica

Le linee di sviluppo e di consolidamento delle aree amministrative del SSR trovano i loro fondamenti nella:

- revisione dell'assetto nel numero e nei modelli di governance delle aziende che lo compongono;
- revisione dei processi;
- evoluzione strategica ed operativa della funzione acquisti e logistica.

L'obiettivo dell'intervento è la razionalizzazione delle attività di approvvigionamento e della logistica attraverso l'accentramento delle funzioni. L'accentramento delle procedure di approvvigionamento viene da più parti evidenziato come un aspetto rilevante dei processi di riforma della pubblica amministrazione finalizzata al riequilibrio economico e al recupero di efficienza, e può rappresentare un'opzione foriera di importanti benefici anche nel settore sanitario. Esiste ancora oggi una varietà di comportamenti di acquisto da parte delle diverse aziende del SSR e, addirittura delle diverse zone che è causa di notevoli disomogeneità delle condizioni ottenute dai fornitori, a scapito della capacità negoziale dei soggetti del SSR. A ciò è da aggiungere una disomogeneità nei comportamenti di acquisto delle diverse aziende sanitarie nonché alle numerose e ormai consolidate opportunità offerte dal ricorso a strumenti tecnologici evoluti. Tali strumenti già ampiamente collaudati dal settore privato, agevolano la ricerca di forme di accentramento di determinate tipologie di servizi senza pregiudicare, ma anzi elevando, i livelli di servizio offerti all'utenza.

L'innovazione organizzativa dovrà prevedere, inoltre, il ricorso a strumenti di e-procurement e di market place. L'accentramento della funzione approvvigionamenti sarà organizzato su tre livelli, a seconda della natura degli articoli acquistati e delle modalità di consumo e di distribuzione su base territoriale:

- Area Vasta;
- ASUR;

- Centro servizi condivisi destinato a servire sia l' ASUR , sia le aziende ospedaliere (modello a tendere).

La realizzazione di un intervento di questo tipo consentirà, all'intero SSR, di accedere ad una serie di benefici quali:

- incremento della capacità negoziale dei centri di acquisto dovuto alle maggiori quantità trattate;
- economie di scala nella gestione dei processi di acquisto;
- economie di esperienza nell'impostazione di gare regionali;
- riduzione delle attività a basso valore aggiunto;
- miglioramento delle capacità di pianificazione;
- creazione dell'albo fornitori su base regionale.

Un altro importante aspetto della riprogettazione riguarderà la riqualificazione del sistema logistico. Si tratta di un obiettivo di medio termine che richiederà interventi radicali sia sul fronte dei processi, sia sul fronte delle strutture: accentramento e riqualificazione dei magazzini, adozione di sistemi avanzati per la gestione "snella" degli approvvigionamenti, in grado di garantire una sostanziale riduzione delle giacenze di materiali di consumo e di evitare possibili "rotture di stock".

I benefici perseguiti possono essere riassunti nei seguenti:

- riduzione delle scorte e conseguente miglioramento della posizione finanziaria;
- riduzione dei costi di approvvigionamento e di stoccaggio;
- miglioramento della qualità del servizio ai centri utilizzatori.

IV.5.4 Valorizzazione del patrimonio

La composizione del patrimonio in evidenza nello stato patrimoniale della ASUR, e delle due AA.OO, deve essere, prima confrontata con le effettive esigenze infrastrutturali del SSR, e poi valorizzata, per gli assets non funzionali alla produzione di servizi sanitari.

L'azione ha il duplice obiettivo di liberare le immobilizzazioni non strategiche (o addirittura ostanti in termini di conto economico, in ragione degli alti costi di ristrutturazione e di manutenzione), e di convogliare nuove risorse finanziarie nel bilancio del SSR.

IV.5.5 Definizione e implementazione del nuovo modello di controllo di gestione del SSR

La definizione del nuovo modello di governance, impone necessariamente l'individuazione di un nuovo modello di programmazione e controllo regionale.



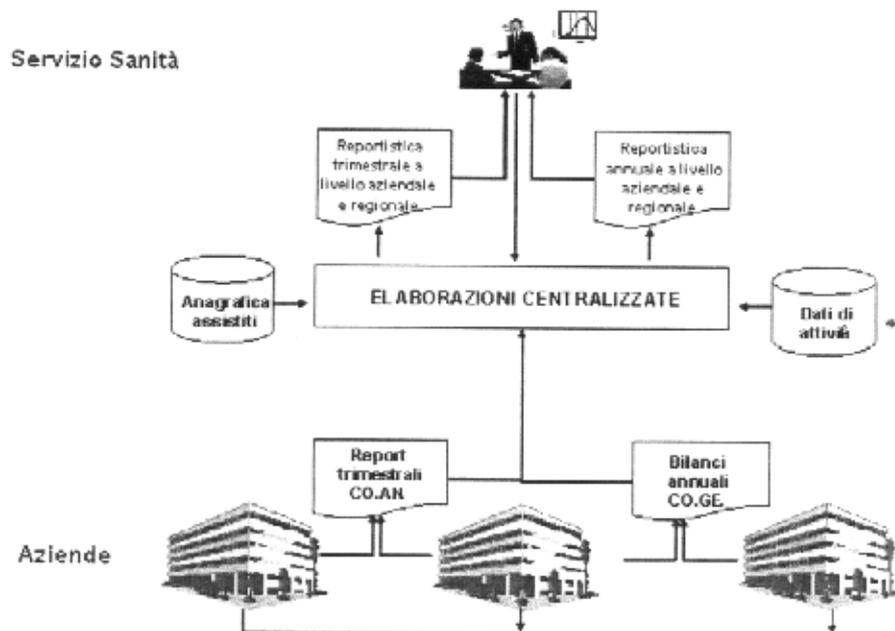
Il progetto coinvolgerà direttamente l'apparato regionale e tutte le Aziende Sanitarie. La Regione ha la necessità di rafforzare la propria capacità di governo, mediante lo sviluppo di un'attività di programmazione strategica basata sulla conoscenza delle caratteristiche della domanda e dell'offerta sanitaria, e, contemporaneamente, di migliorare le capacità di valutazione dei risultati gestionali conseguiti dalle diverse aziende anche mediante l'analisi comparativa dei costi sostenuti rispetto all'attività svolta.

Il nuovo modello di controllo dovrà pertanto consentire il costante monitoraggio delle variabili economiche, gestionali e di attività del sistema sanitario regionale.

Si tratta, in altri termini, di rafforzare le competenze e gli strumenti deputati alla raccolta delle informazioni necessarie e alla loro elaborazione sia per supportare la Regione nelle attività di pianificazione e di valutazione, sia per fornire alle Aziende informazioni comparative utili per avviare momenti di riflessione sulla ricerca di modalità di impiego efficiente ed efficace delle risorse e per avviare un sistematico benchmarking tra le stesse.

Il flusso dei dati a livello regionale dovrà assumere la seguente configurazione:

MODELLO DI CONTROLLO DI GESTIONE REGIONALE



Componenti del modello

Le linee di intervento per la realizzazione del nuovo modello prevederanno:

- contenuti e caratteristiche del sistema di reporting;

- definizione delle caratteristiche dei flussi informativi che alimenteranno il sistema di monitoraggio regionale e del sistema di archiviazione delle informazioni;
- progettazione e realizzazione degli elementi costitutivi del sistema di controllo (piano dei fattori, piano dei centri di rendicontazione, regole di attribuzione, dati di attività, anagrafica assistiti).

Sistema di reporting

Il sistema di reporting dovrà essere in grado di supportare l'attività di monitoraggio e di programmazione regionale fornendo elementi conoscitivi in merito a:

- analisi economico-finanziarie inerenti le performance gestionali ottenute dalle singole aziende e la possibilità di effettuare analisi comparative dell'efficienza;
- analisi sui dati dell'attività, dell'offerta e della domanda sanitaria garantendo la possibilità di effettuare confronti tra diverse aziende a livello di aree omogenee di attività e di singole tipologie di prestazione;
- congruenza dei risultati economico finanziari rispetto ai servizi/prestazioni sanitarie erogate;
- congruenza tra risultati economico finanziari e obiettivi di budget;
- cause degli scostamenti, a livello aziendale ed a livello regionale, tra dati previsionali e dati consuntivi;
- grado di congruenza del sistema di tariffazione in vigore.

Centri di responsabilità rilevanti ai fini del modello di controllo regionale

Ai fini del controllo regionale, i centri di responsabilità sono aree di attività che rappresentano l'articolazione minima prevista per consentire al Servizio analisi e valutazioni di tipo spazio-temporale tra le diverse strutture delle aziende.

IV.5.6 Decision Support System economico/sanitario regionale

Coerentemente con il *modello interpretativo* del sistema di governo, si tratterà di realizzare un sistema di "business intelligence" in grado di elaborare e presentare in forma sintetica tutte le informazioni necessarie alla gestione dell'intero SSR, a partire dai dati clinico-sanitari di attività, dai dati economici di costo e di ricavo, resi omogenei, coerenti e normalizzati. Il DSS attingerà da un apposito repository che verrà alimentato sia dai sottosistemi di area amministrativa, sia dai sottosistemi di area sanitaria, opportunamente integrati da apposito "middleware"

Caratteristica dominante del sistema informativo a tendere, sarà la capacità di rilevare, elaborare, scambiare e archiviare i dati, allo scopo di produrre e mettere a disposizione, nel momento, con le modalità e nei luoghi opportuni, le informazioni di cui necessitano i diversi soggetti del SSR, ricorrendo alla strumentazione tecnologica più adeguata e alle metodologie idonee al target da soddisfare.

La progettazione, a supporto dell'azione di governo, di un sistema così configurato consente, da un lato, di avviare concretamente un progetto che consenta a tutti gli attori del SSR di lavorare in sinergia verso l'obiettivo di una sostanziale riprogettazione dei processi di programmazione sanitaria del SSR marchigiano; dall'altro la configurazione di uno Strumento di Reportistica multilivello per la gestione integrata dei flussi informativi del SSR secondo requisiti di omogeneità, apertura e interoperabilità

IV.5.7 Risk management e gestione assicurazioni

I valori riportati dallo studio del Ministro della Salute "Risk Management in sanità: il problema degli errori – Commissione tecnica del rischio clinico - 2003" indicano in 2,5 mld € l'aggravio a carico del SSN (dati estrapolati dagli studi anglosassoni).

I relativi costi per la Regione Marche (che possiamo ragionevolmente stimare attraverso una normalizzazione correlata con la quota capitaria nazionale) si attestano su valori di 50-70 mln di €. L'azione nel breve periodo è costituita dalla revisione e l'implementazione di un più rigoroso sistema di regole aziendali, il cui scopo è quello di creare e mantenere la sicurezza nei processi clinici di assistenza sanitaria.

L'effetto della dotazione rinnovata (del sistema di regole) è:

- in forma preventiva, una maggiore forza contrattuale nel rapporto con le assicurazioni;
- in forma consuntiva, un posizionamento migliorativo dei parametri di rischio assicurativo delle strutture di assistenza della regione.

In questo nuovo contesto nasce conseguentemente, la valutazione di un "modello regionale unificato" per la gestione assicurativa, con il quale le strutture preposte saranno in grado di meglio rispondere ai requisiti di "risk management" del sistema e di valutarne le economie.

IV.6 Interventi in ambito ICT

Il contributo della componente ICT all'evoluzione del SSR deve svilupparsi con specifici interventi/progetti sulle direttrici di:

- o supporto alla gestione, al governo ed al controllo economico e patrimoniale del SSR,

in un ottica di autonomia gestionale delle unità operative, coerentemente con una unitarietà di controllo e governo strategico del sistema

- o integrazione del network assistenziale, su scala di "Zona/Area Vasta", per il percorso diagnostico terapeutico del cittadino marchigiano e garanzia di continuità di assistenza su scala regionale
- o sviluppo di network per i servizi di supporto sia del tradizionale percorso diagnostico terapeutico sia per l'attivazione di reti specialistiche di patologia (network di diagnostica per immagini, network dei laboratori, reti di assistenza domiciliare, etc...)
- o concentrazione delle risorse professionali e tecnologiche con gli obiettivi: di evitare le diseconomie dovute ad un'eccessiva frammentazione e di raggiungere le dimensioni necessarie a sostenere l'innovazione e lo sviluppo dei sistemi ICT.

Il contesto ICT della regione Marche vede alcuni di questi progetti/interventi già in fase esecutiva, si rinnovano pertanto la determinazione di portarli a termine con successo e la volontà di ripartire dai risultati ottenuti per sviluppare nuove iniziative nelle direzioni indicate.

IV.6.1 Piano di e-Health

Il piano di e-Health, con i suoi obiettivi, costituisce il principale progetto di integrazione organizzativa e tecnologica della Regione. Ad esso si è affidato e tuttora si affida, il ruolo di implementare gli strumenti con cui le strutture del SSR acquisiscono le risorse, gestiscono i magazzini, operano in contabilità generale e analitica, gestiscono il proprio patrimonio ed i flussi finanziari.

La condivisione degli strumenti, l'omologazione delle informazioni e la possibilità di stabilire azioni condivise in unico scenario decisionale, sono i reali vantaggi della nuova modalità operativa prodotta dal piano di e-Health; per questa ragione, il progetto non può considerarsi concluso con la sola dotazione degli strumenti operativi (funzionalità, reports, archivi, etc.) corredati da momenti formativi, ma deve essere in grado di attivare una gestione amministrativo-contabile unificata per le Aree Vaste Regionali.

La direzione progettuale del piano di e-Health, stimolando ulteriormente il processo di condivisione e unificazione a livello regionale delle prassi, dovrà accompagnare le unità operative del SSR, nell'adozione dei procedimenti e dei sistemi a sostegno dell'azione di controllo e di indirizzo del governo regionale.

IV.6.2 La rete di telecomunicazione e le reti delle strutture

L'infrastruttura di telecomunicazione è il sistema nervoso del contesto ICT della Regione, ogni unità deve potersi connettere ai network logico-funzionali ai quali partecipa e

scambiate ai vari livelli le informazioni necessarie per operare coerentemente con il disegno organizzativo regionale.

La regione marche ha attivato, nel precedente triennio, un progetto generale di verifica e potenziamento delle proprie strutture di telecomunicazione, in questo ambito si devono considerare gli esiti dell'intervento passato e stimare eventuali necessità derivanti dai network mirati ai servizi di supporto (rete di diagnostica per immagini, rete di laboratori, etc...)

La valutazione degli esiti del triennio precedente e la stima di ulteriori interventi dovrà riguardare, per quanto anzi detto anche le reti interne delle strutture aziendali.

IV.6.3 Integrazione del percorso diagnostico terapeutico

L'impianto organizzativo di un network assistenziale per la popolazione della Regione, passa dal punto di vista tecnologico una molteplicità di interventi, alcuni dei quali sono :

- ° rete tecnologica sicura per lo scambio messaggi fra strutture, cittadino ed amministrazione della sanità;
- ° anagrafe regionale condivisa;
- ° identificazione dei cittadini e degli operatori;
- ° normalizzazione delle informazioni;
- ° normalizzazione dei sistemi e delle modalità di scambio delle informazioni fra strutture;
- ° rete e dotazioni per la gestione dell'assistenza domiciliare.

Lo sviluppo del contesto ICT deve tener debito conto di questi elementi e considerare la conformità degli interventi, in corso o in previsione, ad un disegno generale che ha come obiettivo ultimo l'integrazione del percorso diagnostico terapeutico.

IV.6.4 I network di servizi

I network di **diagnostica per immagini**, di **laboratori**, dell'**assistenza domiciliare** conferiscono quegli strumenti orientati alla appropriatezza ed alla continuità che sono l'elemento qualitativo del SSR.

Gli utilizzatori privilegiati di questi network di elevato contenuto tecnologico, sono le **reti di patologia**, in quanto il contesto di alta specializzazione dal quale traggono origine, richiede strumenti e servizi sofisticati per la diagnosi e per la definizione di nuovi e più efficaci protocolli di contrasto della patologia.

La realizzazione di network in grado di condividere su scala regionale servizi sempre più essenziali per la diagnosi e per la cura, richiede un intervento progettuale ed organizzativo specifico. La progettazione in ogni caso richiede che i network siano inseriti organicamente nel disegno generale di integrazione del percorso diagnostico terapeutico.

IV.6.5 Centro Servizi

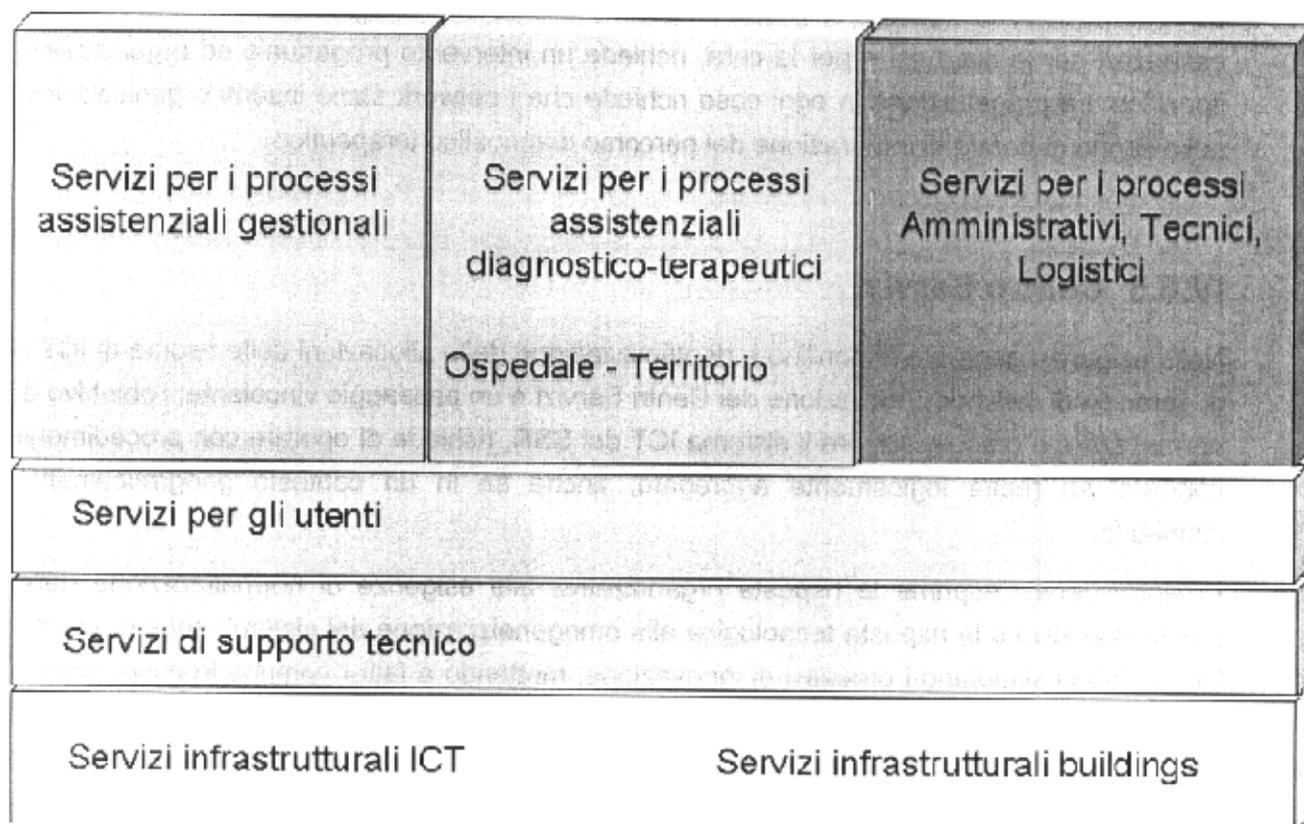
Nella esigenza generale di riordino e di ottimizzazione delle allocazioni delle risorse di ICT e di garanzia di sviluppo, l'attuazione dei Centri Servizi è un passaggio vincolante; l'obiettivo di normalizzare e omogeneizzare il sistema ICT del SSR, richiede di operare con procedimenti condivisi su realtà logicamente aggregate, anche se in un contesto geograficamente distribuito.

Il centro servizi esprime la risposta organizzativa alle esigenze di normalizzazione delle prassi operative e la risposta tecnologica alla omogeneizzazione dei sistemi; nel suo ambito localizzato si stimolano i processi di innovazione, mettendo a fattor comune le esperienze e le competenze ed aprendo il personale a nuove professionalità di maggior contenuto.

Lo sviluppo di network per i "servizi di supporto" richiedono un elevato impegno progettuale e gestionale che solo nella struttura articolata di un centro servizi trovano le risorse e le competenze necessarie per la realizzazione e la gestione.

Nella figura seguente è descritta, in sintesi, la struttura del Centro servizi dal punto di vista della tipologia dei servizi erogati e relativa ad un sistema sanitario evoluto. In questa ipotesi si considera che la struttura del centro sia in grado di sviluppare per il sistema sanitario servizi: organizzativi, gestionali, di rapporti con i cittadini e tecnologici-infrastrutturali.





Il Centro Servizi

IV.7 Interventi in ambito tecnico-strutturale

IV.7.1 Assessment tecnologico HTA

L'assessment tecnologico valuta, in base alle conoscenze scientifiche attuali, la reale efficacia degli interventi medici, l'appropriatezza e l'efficienza con cui sono adottati, i miglioramenti qualitativi ed i benefici clinici e organizzativi, fornendo la chiave di lettura per gestirli, promuoverli o scoraggiarli.

Incide, di conseguenza, sulle scelte che valutano l'utilità clinica ed economica delle tecnologie sanitarie: per evitare che l'incremento della spesa sanitaria spinga a razionare le prestazioni, si deve razionalizzare l'uso delle risorse disponibili, trasferendole dalle prestazioni meno efficaci a quelle di cui sia stata provata l'utilità e la necessità.

La valutazione sistematica delle procedure e tecnologie impiegate nell'assistenza sanitaria, realizzata raccogliendo e valutando le conoscenze e i dati della ricerca, riassunti in un apposito rapporto, consente di trarre le relative conclusioni e di fornire tutti i suggerimenti operativi necessari per il sistema sanitario.

Le scelte in sanità e nella politica sanitaria devono essere adottate in base a dati scientifici e certi, pertanto, l'assessment tecnologico deve consentire di:

- conseguire la minimizzazione dell'erogazione di prestazioni inefficaci, inappropriate o superflue, contenendo gli sprechi e migliorando la qualità complessiva dell'assistenza medica;
- valutare le prestazioni sanitarie erogate o comunque disponibili, e pianificare e gestire in modo più funzionale l'assistenza ai cittadini;
- condurre ad eseguire il censimento e l'analisi del parco tecnologico regionale, sia di diagnostica per immagini che di laboratorio, di proprietà delle strutture sanitarie o in outsourcing, al fine di elaborare un piano degli investimenti per l'incremento, il rinnovo e/o la sostituzione delle apparecchiature diagnostiche, e di consentirne la completa integrazione nel sistema informativo regionale;
- favorire la totale compatibilità ed integrazione, in base a standard di comunicazione prestabiliti (DICOM, etc) di tutti i flussi informativi sia diagnostici che terapeutici, inserendo in rete anche i medici di base per permettere agli operatori sanitari ed al cittadino di avere sotto controllo la storia clinica, e non solo i singoli eventi soggetti a ricovero descritti nelle cartelle cliniche. In questo modo il paziente potrà avere la disponibilità della registrazione di tutti gli eventi sanitari che lo riguardano, quali le patologie (acute e croniche) e le prescrizioni ricevute dal medico di base e potrà accedere a tutti i servizi sanitari di cui ha bisogno anche tramite un collegamento remoto (internet, SMS, ecc.).

I risultati dell'HTA devono concorrere alla riorganizzazione territoriale dell'assistenza sanitaria, influenzando sui processi di rifunzionalizzazione delle strutture esistenti e sui criteri di dimensionamento di quelle future.

L'assessment tecnologico permette di raggiungere l'obiettivo di ridurre ai minimi fisiologici le liste di attesa, all'interno di un sistema sanitario razionale e flessibile in grado di portare le prestazioni diagnostiche a "casa" del paziente, centralizzando le attività ad alto valore aggiunto di tipo medico e quelle ad alta intensità di cura che necessitano invece di ricovero.

IV.7.2 Metodologia progettuale

Attualizzare il modello di assistenza

Dal punto di vista sociale e culturale gli sviluppi in campo medico sono stati notevoli: la popolazione, salvo frange minimali, ha un livello di benessere sempre maggiore, è sempre più consapevole dei propri diritti e riconosce la salute come diritto primario, pretendendo prestazioni sanitarie di livello sia tecnico che di qualità globale sempre più elevate.

Sono quindi indispensabili la distribuzione e l'accessibilità di cure di nuovo tipo e un diverso e più attuale modello organizzativo integrato per riorganizzare il Sistema sanitario: le strutture vanno riviste in modo che ogni soggetto erogatore previsto si faccia carico di

specifiche prestazioni: quindi un'ottica di sistema configurato "a rete" (NETWORK CLINICO) con corretto collegamento e collaborazione tra tutti gli erogatori per fornire risposte adeguate alle aspettative di diagnosi, terapia, riabilitazione, assistenza.

Si va verso un processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersectorialità degli interventi.

Un sistema quindi non più "ospedale-centrico" ma più correttamente definibile "cittadino-centrico".

Tale integrazione dovrà quindi avere valenza innanzitutto organizzativa, supportata e possibilmente implementata dalla tipologia funzionale e dalle soluzioni spaziali previste.

Il modello di riferimento

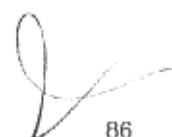
L'Ospedale per acuti è stato oggetto di un progetto di ricerca, da parte dell'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali, nell'ambito del Programma di Ricerca Sanitaria finalizzata del Ministero della Salute. Tale progetto ha avuto origine nel 2001 dalle conclusioni della Commissione Ministeriale, per l'elaborazione di un nuovo modello di ospedale per acuti ad alto contenuto tecnologico ed assistenziale ("Ospedale Modello") ed è stato completato nel 2003 con la pubblicazione del Rapporto conclusivo della ricerca condotta tramite l'Agenzia dei Servizi Sanitari di Roma dal titolo "Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza".

Il decalogo dell'"Ospedale modello"

I principi guida alla base dell'"Ospedale Modello", cui attenersi, e cui devono seguire le azioni sul piano progettuale e su quello dell'operatività della gestione quotidiana, possono essere riassunti nel seguente decalogo:

- UMANIZZAZIONE = Centralità della persona
- URBANITA' = integrazione con il territorio e la città
- SOCIALITA' = appartenenza e solidarietà
- ORGANIZZAZIONE = efficacia, efficienza e benessere percepito
- INTERATTIVITA' = completezza e continuità assistenziale
- APPROPRIATEZZA = correttezza delle cure e dell'uso delle risorse
- AFFIDABILITA' = sicurezza e tranquillità
- INNOVAZIONE = rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico, informatico
- RICERCA = impulso all'approfondimento intellettuale e clinico scientifico
- FORMAZIONE = aggiornamento professionale e culturale.

La filosofia del progetto



L'applicazione dei 10 principi informativi sopra ricordati del Nuovo Ospedale Modello per acuti consente di delineare un ospedale che si caratterizza per:

- buona compattezza della struttura
- funzionamento orientato ai processi, con contiguità dei principali servizi diagnostici
- studio accurato dei percorsi e dei flussi
- centralizzazione dei principali servizi di supporto
- enfasi sulle attività erogate in day-hospital, ambulatorio e a domicilio sul territorio
- comunicazioni, sistema informatico e telemedicina (cablaggio, punti per PC, chiamata infermieri, cercapersone, accessibilità remota, interrelazione con le altre strutture sul territorio, controlli e sicurezza)
- grande capacità di prestazioni e alte tecnologie pur in una dimensione di degenze ordinarie relativamente contenuta
- ambiente confortevole e amichevole e grande cura della sicurezza in tutti i suoi aspetti
- immagine percepita come non incombente
- adattabilità al mutare delle esigenze:

L'Ospedale è autonomo e autosufficiente e in grado di funzionare, almeno nelle sue componenti strutturali, impiantistiche e di dotazioni essenziali, anche in caso di eventi catastrofici o straordinari (come terremoti, inondazioni, epidemie) ed è pensato in particolare per funzionare in rete, telematica e operativa, con gli altri ospedali e gli operatori sul territorio del Sistema Sanitario: l'Ospedale diventa nodo importante e costoso, ma di pari dignità rispetto a tutti gli altri nodi della rete.

Questo è ancor più vero considerando le specificità del territorio regionale, (estremamente avanzato per la capacità di fornire servizi di assistenza sanitaria, medica e sociale, extraospedaliera) e l'intenzione di proseguire e sviluppare ulteriormente questa strada virtuosa organizzando ancora meglio l' integrazione e le sinergie fra tutti i servizi in network clinici, che devono potenziarsi, integrarsi e migliorarsi in continuazione.

Il bilancio energetico e prestazionale dell'edificio

Efficienza energetica globale dell'edificio: l'Ospedale è un involucro edilizio all'interno del quale il comfort ambientale, l'affidabilità e sicurezza, l'efficienza energetica e di funzionamento degli impianti, sono elementi fondamentali per garantire: il benessere percepito, le prestazioni clinico-sanitarie e la continuità di erogazione dei servizi in completa sicurezza.

Involucro edilizio: realizzato con tecnologie costruttive, dei materiali e delle soluzioni progettuali mirate ad ottenere il giusto rapporto tra prestazioni e costi di costruzione e manutenzione; facendo ricorso, in tal obiettivo, ai materiali fotocatalitici ed ai principi

87, me

progettuali di bioedilizia in ottica di confort acustico, riduzione del deficit ecologico e certificazione energetica degli edifici.

Impianti di produzione di energia: dotati di apparecchiature ad alta efficienza energetica (C O P) e con tipologie impiantistiche a basso impatto ambientale, in grado di utilizzare fonti di energie rinnovabili tendenti ad emissione zero oppure fonti energetiche disponibili come il teleriscaldamento integrate con sistemi di rigenerazione; l'architettura è basata su sistemi flessibili, modulari e implementabili, ridondanti e con reti di alimentazione e distribuzione ad anello.

Impianti di climatizzazione, trattamento d'aria e idrico – sanitario: realizzati con apparecchiature ad alta efficienza, con recupero energetico e con riutilizzo delle acque di processo per usi non potabili, composti con impianti a portata variabile per il controllo delle aree ad alto rischio sanitario e terminali ad induzione o radianti per un confort percepito ottimale

Impianti elettrici e speciali: dotati di apparecchiature o sistemi illuminanti a basso consumo energetico, con cablaggio strutturato delle reti e impianto wireless integrato e implementando sistemi di domotica per la gestione integrata dei servizi sanitari, di sicurezza e di controllo degli impianti.

Le ricadute sulla gestione

Nella conduzione nel tempo le nuove strutture consentiranno grandi miglioramenti nella gestione:

- per l'efficacia delle cure (assicurata da tecnologie e professionalità presenti);
- per l'efficienza nelle prestazioni erogate (con minor utilizzo di risorse a parità di prodotto assicurato e quindi possibilità di maggiori e migliori prestazioni a parità di spesa);
- con migliore qualità percepita e soddisfazione dei cittadini utilizzatori, malati e accompagnatori;
- con aumentata disponibilità di risorse ricavate da correzioni di sacche di spreco o improduttività.

IV.8 Interventi nell'ambito dei rapporti con i soggetti istituzionali del SSR

Accanto a questi processi orientati alla riorganizzazione della struttura dell'offerta, altri ne

vanno avviati per il governo dei rapporti con alcuni soggetti istituzionali.

Con tali soggetti sono necessari accordi, nel quadro di interazione e integrazione dei servizi, finalizzati a raggiungere più qualificati risultati contenendo la spesa mediante un più razionale utilizzo delle risorse disponibili ed individuano alcuni possibili strumenti:

- definizione negoziata di "protocolli d'intesa per fornitura di servizi e prestazioni" tra le diverse componenti con la specificazione del mix quali-quantitativo delle prestazioni e degli standard di qualità dei servizi;
- definizione negoziata di "aree di competenza sanitaria", esclusiva o prevalente, tra le differenti tipologie di aziende, in sintonia con il criterio, più volte ribadito, "a parità di efficacia sanitaria privilegiare l'intervento a minor costo";
- definizione concordata di percorsi assistenziali capaci di garantire:
 - integrazione e continuità del processo assistenziale considerando le fasi del ricovero e del post-ricovero, nell'ottica della centralità della medicina generale come previsto;
 - incentivazione dell'appropriatezza del livello di intervento, del rapporto con la tipologia di bisogno, dell'ottimalità del rapporto efficacia-costi;
 - valorizzazione delle potenzialità delle singole organizzazioni;
 - miglioramento e omogeneizzazione dei sistemi di rilevazione, di codifica e di valutazione delle attività e dei risultati.

Tra i soggetti istituzionali ricordiamo in particolare:

- o *rapporti con i medici convenzionati, da responsabilizzare sempre di più rispetto alle logiche generali di sistema; particolare attenzione è posta, nella logica di rete curante, al rapporto con il Medico di famiglia. Questo configura lo snodo strategico della attività distrettuale: contiguo al bisogno del cittadino, il MMG/PLS agisce da primo agente della decodifica del bisogno, e lo trasforma in domanda; questo delicato passaggio del momento assistenziale delinea un cambio sull'interpretazione del ruolo e della rapportualità: non più controparte aziendale, ma attore attivo del cambiamento, inserito a pieno titolo nelle logiche e negli obiettivi di sistema. L'Osservatorio Regionale sull'Appropriatezza, il Pool di Monitoraggio, la valorizzazione dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) sono tutti strumenti della rapportualità evoluta orientati a presidiare i consumi calibrati sui bisogni effettivi. Questi modelli mirano a dare particolare risalto ai collegamenti funzionali tra i nodi della rete assistenziale, assicurando una valutazione multidisciplinare dei bisogni, la presa in carico globale e continuativa, l'accompagnamento del paziente nel passaggio da un nodo all'altro della rete, la modularità della risposta assistenziale, il coordinamento a*

rete delle strutture assistenziali e dei soggetti in essa attivi.

- *rapporti con l'Università* che costituisce una fondamentale risorsa del Servizio Sanitario Regionale da più punti di vista:
 - 1) la formazione di base e quella specialistica che vanno programmate e gestite in coerenza con gli indirizzi del presente piano;
 - 2) il supporto all'innovazione nei modelli assistenziali sia in termini organizzativi che in termini tecnologici e professionali attraverso il potenziamento della ricerca applicata con ricadute sulla pratica assistenziale;
 - 3) il supporto alle attività di formazione continua del personale sia dipendente che convenzionato;
 - 4) la creazione di centri di riferimento clinici che siano punti di riferimento per la rete regionale e per le regioni limitrofe;
 - 5) sul piano clinico l'integrazione all'interno dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" dovrà supportare il ruolo dell'Università Politecnica delle Marche nelle direzioni sopra indicate.
- *rapporti con l'INRCA*, con cui portare a regime il processo di integrazione nel sistema complessivo dell'offerta di servizi alla popolazione anziana.
- *rapporti con i privati*, con i quali ottenere il massimo di integrazione e concordare linee prioritarie di attività nei diversi specifici settori;
- *rapporti con le altre Regioni*, a partire da quelle di confine, con le quali sono state percorse alcune prime esperienze rappresentate dalla stipula di accordi per contrastare ogni tipo di competizione. Rientrano in tali accordi le misure orientate a:
 - a limitare fenomeni opportunistici legati ai meccanismi di compensazione interregionale delle prestazioni;
 - ad introdurre vicendevoli accordi in materia di appropriatezza, onde ridurre i tassi di ospedalizzazione;
 - a definire preordinati volumi prestazionali remunerati per gli ambiti territoriali serviti in misura rilevante o addirittura preponderante da strutture ospedaliere extraregionali, come nel caso dell'Alto Montefeltro, ai fini anche di una gestione delle afferenze della rete per l'emergenza idonea a garantire adeguatezza e tempestività delle cure (accordi di confine);
 - a definire la fornitura di prestazioni a costi unitari più favorevoli ed a volumi preordinati.

V LEGENDA

Sigle e abbreviazioni:

AAOO	Aziende Ospedaliere
AO	Azienda Ospedaliera
AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
ASUR	Azienda Sanitaria Unica Regionale
ATL	Amministrativo Tecnico Logistico
AV	Area Vasta
DGR	Delibera della Giunta Regionale
ECM	Educazione Continua in Medicina
ERP	Enterprise Resource Planning
FSN	Fondo Sanitario Nazionale
HTA	Health Technology Assessment
ICT	Information and Communication Technology
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LIVEAS	Livelli Essenziali di Assistenza Socio-Sanitaria
MMG	Medico di Medicina Generale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PIL	Prodotto Interno Lordo
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PSR	Piano Sanitario Regionale
SdS	Sportello della Salute
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UCAD	Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali
UPS	Ufficio Promozione Sociale
UVD	Unità Valutativa Distrettuale